

**Оцінка результатів та впливу заходів
ЮНІСЕФ у впровадженні розширеної
ініціативи «Лікарня, доброзичлива до
дитини» в Україні**

Оцінку провела Анне-Лора Піньяр-Рейн, міжнародний консультант,
за участю Тетяни Зінченко, національного консультанта

17 жовтня – 27 листопада 2008 р.

Список аббревіатур

РПР	Річний план робіт
ІЛДД	Ініціатива «Лікарня, доброзичлива до дитини»
ПДПК	План дій із Програми для країни
МДО	Медико-демографічне обстеження
БККТ	Безпосередня контрольована короткочасна терапія
РІЛДД	Розширена ініціатива «Лікарня, доброзичлива до дитини»
ІОК	Інформування, освіта й комунікація (матеріали)
ДСІ	«Джон Сноу Інтернешнл»
ХНДРВ	Харчування немовлят і дітей раннього віку
ЦРТ	Цілі розвитку тисячоліття
МФ	Міністерство фінансів
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ПО	Проміжний огляд
ШКР	Швейцарська корпорація розвитку
ТЗ	Технічне завдання
ПІ	Підготовка інструкторів
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ЮНФПА	Фонд народонаселення ООН

Резюме

Задача оцінки полягала в тому, щоб оцінити роль Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ), як минулу, так і теперішню, в запровадженні розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» (РІЛДД) в Україні, надати рекомендації для науково-доказового коригування та майбутньої участі ЮНІСЕФ. Щоб виконати це завдання, консультанти застосували підхід, який передбачав участь всіх зацікавлених осіб, використовували відкриті та напівструктуровані інтерв'ю з основними інформантами та працівниками охорони здоров'я, а також спостереження у медичних закладах. Упродовж усього періоду оцінки проводився аналіз існуючих матеріалів та документів, мета котрого полягала в підтвердженні фактів, отриманих під час спостереження на місцях.

Крім напруженого графіку консультанти зіштовхнулися ще з однією перешкодою у проведенні оцінки, яку можна назвати «культурою таємниці», яка заважала вільному обміну інформацією в питаннях, які стосувались оцінки.

У Звіті Програми Розвитку ООН (ПРООН) про людський розвиток за 2007-2008 роки Україна посідає 76 місце. За Звітом Світового банку про світовий розвиток за 2008 рік валовий національний дохід на душу населення у країні становить 7,520 доларів США, що ставить Україну на рівень держав з середнім рівнем доходів.

Як зазначено у Доповіді Фонду народонаселення ООН (ФНООН) про стан народонаселення світу за 2008 рік, рівень смертності дітей першого року життя в Україні становив 13 на 1000 народжених живими, рівень смертності дітей до п'яти років – 17 на 1000 народжених живими, а рівень материнської смертності – 18 на 100 тис. народжених живими.

За кількістю стаціонарних ліжок (87 на 10 тис. населення) Україна вдвічі перевищує відповідний показник Великої Британії, що є типовим спадком радянських часів, коли стаціонарна медична допомога була більш розвиненою, ніж первинна. Це і сьогодні має наслідки для виконання багатьох програм в галузі охорони здоров'я. Приватні витрати становлять 43% загальних витрат на охорону здоров'я і значною мірою включають готівкові платежі населення, хоча офіційно медична допомога має надаватися безкоштовно.

У 1989 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та ЮНІСЕФ почали сприяти практиці виключно грудного вигодовування дітей до шести місяців із його продовженням до двох років. Уже у 1995 році Міністерство охорони здоров'я України затвердило першу галузеву програму підтримки грудного вигодовування. Невдовзі після цього почалося запровадження ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» (ІЛДД). У 2004 році в Україні було запропоновано розширену ІЛДД, а у 2006 році ВООЗ та ЮНІСЕФ опублікували нову редакцію матеріалів із розширеної ІЛДД.

У новій, розширеній ІЛДД пропонується поширити ІЛДД на інші служби, зокрема служби первинної медичної допомоги. Ключові компоненти РІЛДД – акцент на первинну медичну допомогу, важливість консультування та запровадження підходів, доброзичливих до матері і всієї родини. Аналіз виконання Цілей розвитку тисячоліття, Загальної оцінки країни, Рамкової програми допомоги ООН та Програмного плану дій ЮНІСЕФ країни сприяє досягненню цих цілей, і реалізація РІЛДД не суперечить цьому контексту. РІЛДД також є невід'ємною частиною правової та політичної бази України у сфері охорони материнства й дитинства.

За період 2003-2008 рр. ЮНІСЕФ виділив на запровадження (Р)ІЛДД 467,761 дол. США, при цьому більше половини цієї суми було витрачено на навчання, семінари та засідання робочих груп. Завдяки підтримці ЮНІСЕФ, МОЗ та обласними управліннями охорони здоров'я станом на 1 жовтня 2008 року 158 закладів атестовані як доброзичливі до дитини, 147 інструкторів, 169 експертів з оцінки та 177 спеціалістів пройшли відповідну підготовку. Створені та функціонують один Методично-організаційний моніторинговий центр на національному рівні,

27 обласних центрів підтримки грудного вигодовування, 50 центрів охорони материнства при пологових будинках, 29 центрів охорони материнства при міських лікарнях. Таким чином, існує нормативна база запровадження РІЛДД, ініціатива організаційно оформлена, і має мережу суб'єктів, які її реалізують.

Станом на вересень 2008 року 57% пологових будинків, 37% пологових відділень обласних лікарень, 26% пологових відділень міських лікарень і 24% обласних дитячих лікарень були атестовані як «Лікарня, доброзичлива до дитини».

РІЛДД сприяла досягненню певних позитивних результатів щодо охорони здоров'я матерів і дітей. Рівень смертності дітей першого року життя за період із 2004 до 2008 р. знизився з 16 до 13 на 1000 народжених живими; рівень смертності дітей до п'яти років за зазначений період знизився з 21 до 17 на 1000 народжених живими; рівень материнської смертності за цей період зменшився з 38 до 18 на 100 тис. народжених живими. Частка дітей, що знаходяться на виключно грудному вигодовуванні, у лікарнях, доброзичливих до дитини, збільшилася із 23.7% у 2006 році до 50.5% у 2008-му; кількість немовлят, що потребують інтенсивної терапії при народженні, скоротилася; зменшилася кількість ускладнень при пологах і кількість залишених дітей.

Крім цих очікуваних результатів РІЛДД також принесло деякі неочікувані позитивні результати. Це, зокрема, підвищення мотивації персоналу, покращення відносин між пацієнтом і лікарем у напрямку більш індивідуального підходу до клієнта, економія витрат на систему охорони здоров'я.

Разом з тим, у процесі запровадження РІЛДД також спостерігаються деякі обмеження та недоліки. По-перше, застаріла система охорони здоров'я в Україні, яка вимагає структурних реформ є головною перешкодою ефективному запровадженню РІЛДД: неефективна бюджетна система, низький рівень забезпеченості ресурсами, низька заробітна плата медичних працівників, диспропорції у забезпеченості ресурсами закладів різного рівня (заклади міського, обласного й районного рівня мають нерівний доступ до ресурсів, причому заклади районного рівня забезпечені найгірше). По друге, культура страху присутня на всіх рівнях заважає розбудові довірчих стосунків між сторонами процесу (пацієнтами й лікарями, медсестрами й лікарями, лікарями й керівництвом лікарень, керівниками національного рівня та обласного, обласного та районного рівнів).

Одним з системних недоліків є також питання наявності, збору, аналізу та достовірності даних. Збирання даних щодо **виключно** грудного вигодовування наразі не є загальною практикою, в результаті чого до наявних цифр щодо грудного вигодовування слід ставитися обережно. Заклади охорони здоров'я не реєструють соціальних статус своїх пацієнтів. Тому дослідникам було важко визначити ступінь доступності послуг для вразливих груп населення. Не всі атестовані заклади повідомили частку матерів, фактично охоплених до пологовими освітніми, інформаційними та консультативними послугами з питань грудного вигодовування та догляду за дитиною. Інформація, зібрана під час оцінки, показує, що у цих заняттях беруть участь лише 18% матерів, а заняття про партнерські пологи відвідують тільки 10%, хоча 99% вагітних жінок проходять принаймні хоча б один допологовий медичний огляд.

Ще один недолік у реалізації РІЛДД в Україні полягає в тому, що частка атестованих закладів охорони здоров'я на обласному рівні значно більша, ніж на районному, де атестовано лише 8% закладів. Це загострює слабкість української системи охорони здоров'я, де заклади другого та третього рівнів добре розвинені, а служби первинної допомоги слабкі. Це також суперечить спільним рекомендаціям ВООЗ/ЮНІСЕФ щодо розширеної ІЛДД, які роблять акцент саме на заклади первинної медичної допомоги. В Україні увагу зосереджено на дотриманні технічних вимог РІЛДД (наприклад, на наявності сімейних пологових залів), а не на центральному елементі РІЛДД – наданні послуг, доброзичливих до матері та родини вцілому.

Спостереження у відвіданих закладах та інтерв'ю зі спеціалістами охорони здоров'я показали, що серед фахівців, залучених до реалізації РІЛДД немає належного розуміння підходу, заснованого на правах людини. Крім того, важко оцінити ступінь охоплення вразливих груп, тому що немає системи моніторингу, яка б дозволяла виміряти цей аспект. Низька частка атестованих закладів районного рівня, які мають доступ до менших бюджетних асигнувань, збільшує існуючий у системі охорони здоров'я розрив у рівні допомоги, що має місце між обласними та міськими закладами, з одного боку, та районними закладами, з іншого боку.

Як результат, усі сторони повинні докладати зусиль для зміцнення та покращення реалізації РІЛДД в Україні: матері, працівники охорони здоров'я, керівництво лікарень, обласні центри підтримки грудного вигодовування, Національний методично-організаційний моніторинговий центр, Відділ охорони здоров'я матерів та дітей МОЗ та ЮНІСЕФ.

У майбутньому ЮНІСЕФ повинен дивитися за межі РІЛДД і скеровувати задіяні сторони на переорієнтацію запровадження РІЛДД у напрямку надання допомоги тим територіям, які гірше обслуговуються, та малозабезпеченим верствам населення. Це можна було б робити шляхом розбудови спроможності основних суб'єктів – Національного методично-організаційного моніторингового центру, обласних центрів підтримки грудного вигодовування, Управління материнства та дитинства МОЗ – у стратегічному розвитку, орієнтованому на потреби, сприянні якісним та індивідуальним послугам, розвитку служб, доброзичливих до матері і родини.

ЮНІСЕФ має також здійснювати лобіювання в Уряді та у донорській спільноті задля ініціювання реформи галузі охорони здоров'я, оскільки проведена оцінка показала, що недоліки у системі охорони здоров'я перешкоджають задовільному запровадженню РІЛДД.

Зміст

1	Завдання оцінки, підхід та методологія	7
2	Положення України за станом здоров'я та іншими показниками	8
3	Значущість діяльності ЮНІСЕФ із (Р)ІЛДД в Україні	12
3.1	Задачі (Р)ІЛДД у контексті співробітництва між ЮНІСЕФ та Урядом України	12
3.2	Внески ЮНІСЕФ та їхнє значення для досягнення очікуваних результатів ...	17
4	Результати та вплив РІЛДД на стан здоров'я матерів і дітей в Україні.....	21
4.1	Основні результати та вплив РІЛДД на стан здоров'я матерів і дітей в Україні	21
4.2	Чи охоплює РІЛДД малозабезпечені верстви населення, і як у концепції, управлінні та результатах РІЛДД представлено підхід, заснований на правах людини?	33
5	Як можна відстежувати дієвість РІЛДД за такими контрольними показниками, як результати ПДПК, результати РПР, наслідки для матерів і дітей.....	40
5.1	Вимоги.....	40
5.2	Здобутки	42
5.3	Недоліки, пробіли та обмеження	42
5.4	Визначені майбутні потреби	43
6	Ефективність.....	44
6.1	Витрати на запровадження РІЛДД в Україні (управління, моніторинг, навчання, оцінка, переоцінка)	44
6.2	Частки участі ЮНІСЕФ, Уряду та інших суб'єктів у фінансуванні	47
6.3	Чи є фінансові внески ЮНІСЕФ доречними, адекватними та достатніми для досягнення запланованих результатів?	50
6.4	Чи існує чіткий зв'язок між внесками ЮНІСЕФ і результатами РІЛДД?	52
6.5	Якою була і є роль ЮНІСЕФ у РІЛДД, і чого ми можемо навчитись із минулого досвіду?	55
7	Усталеність	57
7.1	Якими є критичні потреби в забезпеченні сталого прогресу РІЛДД?	57
7.2	Якою є й повинна бути роль ЮНІСЕФ у забезпеченні сталого прогресу РІЛДД (якщо вона потрібна)?	60
8	Висновки, отримані уроки, рекомендації	62
8.1	Висновки	62
8.2	Отримані уроки.....	62
8.3	Рекомендації	62
9	Додатки.....	67
9.1	Зведення рекомендацій	67
9.2	Деталі правових і політичних документів, які підтримують запровадження РІЛДД в Україні	69
9.3	Витяг із Закону України «Про Державний бюджет України на 2008 рік»	73
9.4	Прейскурант київської приватної клініки «Ісида» (джерело: http://www.isida.ru).....	74
9.5	Політика компанії «Нестле» щодо підтримки грудного вигодовування.....	76
9.6	Програма проведення оцінки	77
9.7	Перелік осіб, з якими проводилися зустрічі, та відвіданих установ	77
9.8	Список літератури	78
9.9	Анкети	81

1 Завдання оцінки, підхід та методологія

Задача оцінки, відповідно до Технічного завдання, розробленого ЮНІСЕФ, полягала в тому, щоб *оцінити роль ЮНІСЕФ, як минулу, так і теперішню, в запровадженні РІЛДД в Україні, надати рекомендації для науково-доказового коригування та майбутньої участі ЮНІСЕФ*. Метою є дослідити роль ЮНІСЕФ у запровадженні РІЛДД в Україні за такими критеріями, як значущість, ефективність, дієвість, вплив і усталеність.

Оскільки ІЛДД створена на науково-доказовій базі, то за самим визначенням існують незаперечні докази її ефективності у покращенні стану здоров'я матерів і дітей. Тому в цій оцінці увагу зосереджено не на результатах для здоров'я матері та дитини, а на ролі, результатах і впливі заходів ЮНІСЕФ у цьому процесі.

Експерти, які проводили оцінку, проаналізували роль ЮНІСЕФ у запровадженні РІЛДД в Україні в минулому, щоб сформулювати для ЮНІСЕФ обґрунтовані рекомендації щодо проміжного огляду програми співпраці в Україні.

Експерти обрали підхід, який передбачав участь всіх зацікавлених сторін. Його реалізацію було забезпечено шляхом активного вислуховування осіб, які безпосередньо задіяні у реалізації РІЛДД. Це дало можливість краще зрозуміти процес реалізації РІЛДД. Крім того, спостереження у закладах, доброзичливих до дитини, також надали цінну інформацію.

Під час оцінки експерти проводили бесіди з матерями, медсестрами, акушерками та лікарями, але головний акцент робився на персоналі управлінського рівня, що мало на меті зрозуміти, яку роль ЮНІСЕФ відігравав у минулому й що вони очікують від ЮНІСЕФ у майбутньому. Проте, варто зазначити, що експерти з оцінки жодним чином не обнадіювали співрозмовників і чітко роз'яснювали свою роль при кожній зустрічі з персоналом управлінського рівня в обласних управліннях охорони здоров'я та медичних закладах. Необхідно відзначити, що кожний співрозмовник хотів би, щоб ЮНІСЕФ збільшив свій внесок у запровадження РІЛДД в Україні.

Експерти зустрілися також з представниками Міністерства охорони здоров'я, проекту «Здоров'я матері і дитини» організації «Джон Сноу Інтернешнл», Методично-організаційного моніторингового центру, який курирує реалізацію РІЛДД на національному рівні, представниками обласних управлінь охорони здоров'я та керівним персоналом лікарень. Відвідання пологових відділень лікарень, післяпологових відділень, блоків інтенсивної терапії новонароджених, педіатричних відділень надали консультантам можливість зустрічатися з матерями та їхніми дітьми й спостерігати реальне здійснення РІЛДД.

Упродовж усього періоду дослідження консультант проводив аналіз документів щодо програм ЮНІСЕФ та національної політики щодо РІЛДД, а також матеріалів та звітів за дослідженнями із питань, визначених під час відвідань та інтерв'ю. Цей процес дозволив поглибити аналіз та отримати підтвердження фактів та висновків зроблених консультантами.

Під час відвідання трьох областей – Львівської, Івано-Франківської та Донецької однією з перешкод, з якими зіштовхнулися експерти була, так би мовити «культура таємниці». Особи, яких інтерв'ювали, керівний склад, лікарі, персонал середньої ланки та матері ухилялись від відповідей на деякі питання, найбільш очевидний приклад – вартість послуг та лікування.

Отже, хоча подана тут інформація є результатом різних інтерв'ю та спостережень, проведених у численних закладах, до неї слід ставитися з обережністю, враховуючи відсутність традиції прозорого обміну інформацією. Це питання згадується у доповіді щодо досягнення Цілей розвитку тисячоліття у Європі за 2006 рік: «Тенденція карати тих, хто повідомляє достовірні, але негативні дані веде до фальсифікації інформації про кількість народжених живими та померлих».

Ще одне обмеження, з яким стикнулися консультанти, полягало у стислому графіку проведення оцінки. Як результат, була відвідана обмежена кількість закладів, але дискусії, що мали місце з численними співрозмовниками, дозволили отримати широкую картину питань, які впливають на запровадження РІЛДД, і того, що залишається зробити для забезпечення усталеності РІЛДД.

2 Положення України за станом здоров'я та іншими показниками

Україна посідає 76 місце у рейтингу людського розвитку, представленому у звіті ПРООН¹. Її віднесено до категорії країн із середнім рівнем людського розвитку. У наведеній нижче таблиці подано порівняння країн-членів Співдружності Незалежних Держав (СНД), Польщі та Румунії з Україною.

Таблиця: Рейтинг України за людським розвитком серед інших країн

Країна	Рейтинг за людським розвитком ² (ЛР)	Індекс людського розвитку ³	ВНД на душу населення ⁴ (за ПКС, дол. США, 2006 р.)
Польща	37 (високий людський розвиток)	0,870	14830
Румунія	60 (високий людський розвиток)	0,813	9820
Білорусь	64 (високий людський розвиток)	0,804	8810
Російська Федерація	67 (високий людський розвиток)	0,802	11630
Україна	76 (середній людський розвиток)	0,788	7520
Грузія	96 (середній людський розвиток)	0,754	3690
Азербайджан	98 (середній людський розвиток)	0,746	5960
Туркменистан	109 (середній людський розвиток)	0,713	3838 ⁵

Україна фактично показує кращі результати за показниками охорони здоров'я, ніж Російська Федерація й навіть Румунія, які досягли більш високого рівня валового національного доходу на душу населення. Таке положення України безпосередньо впливає на діяльність ЮНІСЕФ.

Наприклад, у 2004 році ЮНІСЕФ припинив свою діяльність на Маврикії, частково тому, що Маврикій досяг комбінованого показника ВВП на душу населення більше 2,895 дол. США та рівня смертності дітей до п'яти років менше 30 на 1000 народжених живими⁶ - у 1990-ті роки, тоді як Україна досягла цього рівня задовго до того.

¹ Звіт про людський розвиток за 2007-2008 рр.: ПРООН, Нью-Йорк, 2008.

² Звіт про людський розвиток за 2007-2008 рр.: ПРООН, Нью-Йорк, 2008.

³ Там само.

⁴ Звіт про світовий розвиток за 2008 р.: Світовий банк, 2008.

⁵ Звіт про людський розвиток за 2007-2008 рр.: ПРООН, Нью-Йорк, 2008, цифра за 2005 рік (у звіті Світового банку за 2008 рік її немає).

⁶ Communication for change; Stanislaw Czaplicki (колишній представник ЮНІСЕФ на Маврикії); 2005 – стаття розташована за адресою www.comminet.com/en

Оскільки Україна стоїть перед іншими серйозними викликами, такими як ВІЛ-інфекція/СНІД та вкрай високий рівень інституціалізації дітей, позбавлених батьківського піклування, ЮНІСЕФ ще має грати певну роль в Україні. Проте, рівень розвитку України та її показники охорони здоров'я обмежують доступ до фінансування. Це необхідно пам'ятати, читаючи решту цього звіту, тому що в рекомендаціях урахований обмежений доступ до фінансування ЮНІСЕФ в Україні.

Наступна таблиця дозволяє нам порівняти показники, що стосуються стану охорони здоров'я у вищезгаданих країнах.

Таблиця: Основні показники здоров'я матерів і дітей в Україні та інших країнах⁷

Країна	Рейтинг за ЛР, 2008 рік ⁸	Рівень смертності дітей першого року життя (на 1000 народжених живими)	Рівень смертності дітей до п'яти років (на 1000 народжених живими)	Рівень материнської смертності (на 100 тис. народжених живими)
Польща	37	7	7	8
Румунія	60	15	19	24
Білорусь	64	9	12	18
Російська Федерація	67	16	18	28
Україна	76	13	17	18
Грузія	96	39	45	66
Азербайджан	98	72	89	82
Туркменістан	109	74	104	130

Ці показники відповідають наступному:

- Рівень смертності дітей першого року життя: цей показник є мірилом рівня малюкової смертності, тобто смертності дітей до 1 року. Це - кількість смертей серед дітей (у віці 1 року або менше) на 1000 народжених живими. Джерело: електронні таблиці, надані Відділом народонаселення ООН. Оцінки даних відносяться до 2008 року.
- Рівень смертності дітей до п'яти років: цей показник стосується відносної кількості смертей серед немовлят і дітей молодшого віку. Тут він виражається як кількість смертей серед дітей віком до п'яти років на 1000 народжених живими за даний рік. Джерело: електронна таблиця, надана Відділом народонаселення ООН. Оцінки даних відносяться до 2005-2010 років.
- Рівень материнської смертності: цей показник означає кількість смертей серед жінок на 100 тис. народжених живими, які є результатом станів, пов'язаних із вагітністю, пологами та супутніми ускладненнями. Джерело: ВООЗ, ЮНІСЕФ, ЮНФПА та Світовий банк, 2005, «Материнська смертність у 2005 році за оцінками ВООЗ, ЮНІСЕФ та ЮНФПА», ВООЗ, Женева.

Чисельність населення України у 2004 році становила, за оцінками, 47732079 чол.⁹, а у 2008 році, за даними деяких джерел, складе близько 46 млн.¹⁰ Коефіцієнт народжуваності становить, за оцінками, близько 1,1¹¹.

⁷ Доповідь про стан народонаселення світу за 2008 рік: «Питання культури, гендерної рівності та прав людини: досягнення спільного розуміння»; ЮНФПА, 2008.

⁸ Звіт про людський розвиток за 2007-2008 рр.: ПРООН, Нью-Йорк, 2008.

⁹ Статистична доповідь АМР США з охорони здоров'я в Україні. АМР США, червень 2005 р.

¹⁰ Інформаційна агенція ІТАР-ТАРС, Москва, 14 листопада 2008 р.

¹¹ Статистика ВООЗ станом на 22 жовтня 2008 р.

Рівні імунізації в Україні дуже високі, зокрема у 2002 році охоплення щепленнями від КДС, кору та поліомієліту становило 99%¹².

Таблиця: Вибрані показники здоров'я матерів і дітей в Україні за вибрані роки у періоді 2004-2008 рр.¹³

Рік	Загальний коефіцієнт народжуваності ¹⁴	Рівень смертності дітей першого року життя (на 1000 народжених живими)	Рівень смертності дітей до п'яти років (на 1000 народжених живими)	Рівень материнської смертності (на 100 тис. жінок)
2004 ¹⁵	10,49	16	21	38
2005	8,67	15 ¹⁶	19 (хлопчики) - 14 (дівчата) ¹⁷	35 ¹⁸
2008	9,55	13	17	18

Отже, у рівнях смертності дітей першого року життя, смертності дітей до п'яти років та материнської смертності з 2004 року спостерігається низхідна тенденція.

Згідно з попереднім звітом про результати Медико-демографічного обстеження населення України у 2007 році¹⁹, 99% жінок повідомили, що зверталися принаймні до одного медичного спеціаліста на предмет передпологового огляду. Цей показник не залежав від статистичної основи, такої як рівень доходів або район проживання (місто або село). Отримана цифра значно більша, ніж 90% охоплення жінок передпологовою допомогою у 1999 році. За даними Звіту ЮНФПА про стан народонаселення світу за 2008 рік, в Україні у 2008 році 100% пологів приймали кваліфіковані акушери.

Рівні грудного вигодовування, за результатами останнього Медико-демографічного обстеження населення України (2007)²⁰, показують, що, хоча на грудному вигодовуванні в Україні перебувають 80% дітей віком до шести місяців, лише 18% із них перебувають виключно на грудному вигодовуванні. 56% малюків віком до трьох місяців годуються з пляшечки. Четверо з десяти українських дітей у віці від шести до дев'яти місяців уже не перебувають на грудному вигодовуванні. **Включення статистичних даних про грудне вигодовування у медико-демографічне обстеження населення України показує, що докладаються зусилля для відображення цих цифр, і ці зусилля зі зміцнення механізмів збирання даних щодо грудного вигодовування повинні продовжуватися.**

Цікаво також відзначити, що в Україні на 10 тис. населення припадає 87 стаціонарних ліжок, тоді як у Польщі цей показник становить лише 53 (цифри за 2005 рік)²¹. Україна забезпечує для

¹² Статистична доповідь АМР США з охорони здоров'я в Україні, АМР США, червень 2005 р.

¹³ Доповідь про стан народонаселення світу за 2008 рік, ЮНФПА, 2008; Доповідь про стан народонаселення світу за 2005 рік, ЮНФПА, 2005; Доповідь про стан здоров'я у світі за 2004 рік; ВООЗ, 2004.

¹⁴ «Книга фактів» ЦРУ, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>, оцінки за рік.

¹⁵ Дані про рівні смертності дітей першого року життя, смертності дітей до п'яти років та материнської смертності взяті з таких джерел, як відомості про запис актів громадянського стану, переписи населення та (або) обстеження домогосподарств. Цифри за 2002 рік.

¹⁶ Джерело: електронні таблиці, надані Відділом народонаселення ООН. Оцінки даних – за 2007 рік.

¹⁷ Джерело: Відділ народонаселення ООН. Оцінки даних – за період 2005-2010 рр.

¹⁸ Джерело: ВООЗ, ЮНІСЕФ та ЮНФПА, 2003, «Материнська смертність у 2000 році за оцінками ВООЗ, ЮНІСЕФ та ЮНФПА», ВООЗ, Женева.

¹⁹ Медико-демографічне обстеження населення України у 2007 р., попередній звіт, Київ, червень 2008 р.

²⁰ Медико-демографічне обстеження населення України у 2007 р., попередній звіт, Київ, червень 2008 р.

²¹ Статистика ВООЗ станом на 22 жовтня 2008 р.

свого населення доволі велику кількість стаціонарних ліжок, наприклад, удвічі більшу, ніж у Великій Британії. Проте, дослідження виявили, що велика кількість стаціонарних ліжок у країні не обов'язково пов'язана з якісною охороною здоров'я. Це думка докладніше розвинута у статті Абрахама Ізраелі та Семюела Пенчаса «Кількість в охороні здоров'я не завжди заміняє якість»²².

В Україні тривалість перебування в стаціонарі матерів із новонародженими зазвичай становила мінімум 7 днів при нормальних пологах і могла збільшуватися до 14 днів, навіть при нормальних пологах без ускладнень. У таких випадках кількість стаціонарних ліжок зазвичай дозволяла забезпечувати таке тривале перебування у лікарнях. **Проте, з запровадженням ІЛДД та РІЛДД рекомендована тривалість перебування становить 3 дні, і велику кількість ліжок, можливо, треба буде адаптувати. Це слід зробити у рамках реформи галузі охорони здоров'я.**

Таблиця: Кількість стаціонарних ліжок на 10000 населення в Україні та в інших країнах

Країна	Кількість стаціонарних ліжок на 10000 населення ²³
Білорусь	111
Російська Федерація	97
Україна	87
Азербайджан	82
Франція	75
Румунія	66
Польща	53
Туркменістан	49
Велика Британія	39
Грузія	38
Канада	36
США	33

Таблиця: Кількість лікарів, медсестер і акушерок на 1000 населення²⁴.

Країна	Кількість лікарів на 1000 населення	Кількість медсестер на 1000 населення	Кількість акушерок на 1000 населення
Білорусь	4,55	11,63	0,52
Російська Федерація	4,25	8,05	0,47
Україна	2,95	7,62	0,50
Азербайджан	3,55	7,11	1,17
Франція	3,37	7,24	0,26
Румунія	1,90	3,89	0,25
Польща	2,47	4,90	0,57
Туркменістан	4,18	9,04	немає даних
Велика Британія	2,30	12,12	0,63
Грузія	4,09	3,47	0,29
Канада	2,14	9,95	немає даних
США	2,56	9,37	немає даних

²² Quantity in health Care is not always a substitute for quality; Abraham Israeli, Samuel Penchas; International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 10, Issue 1, page 27–30; 1997

²³ Статистика ВООЗ станом на 22 жовтня 2008 р.

²⁴ Доповідь про стан здоров'я у світі за 2006 рік; ВООЗ, Женева, 2006.

Аналіз двох цих таблиць разом показує, що кількість медичного персоналу в Україні порівняно з кількістю ліжок дуже мала.

У наступні таблиці наведені цифри щодо витрат на охорону здоров'я та послуг. У Звіті про людський розвиток показник «приватні витрати на охорону здоров'я» означає прямі (готівкові) витрати домогосподарств, приватне страхування, витрати безприбуткових установ, які обслуговують домогосподарства, та прямі платежі приватних підприємств за послуги. Разом із державними витратами на охорону здоров'я цей показник складає загальні витрати на охорону здоров'я. Показник «державні витрати на охорону здоров'я» охоплює поточні та капітальні витрати державного бюджету та місцевих бюджетів, зовнішні запозичення та гранти (в тому числі пожертвування від міжнародних агенцій та неурядових організацій), а також кошти фондів соціального (або обов'язкового) страхування здоров'я.

Таблиця: Витрати на охорону здоров'я в Україні та інших країнах²⁵

Країна	Рейтинг за ЛР	Державні витрати на охорону здоров'я (% ВВП)	Приватні витрати на охорону здоров'я (% ВВП)	Витрати на охорону здоров'я на душу населення (за ПКС, дол. США)
Польща	37	4,3	1,9	814
Румунія	60	3,4	1,7	433
Білорусь	64	4,6	1,6	427
Російська Федерація	67	3,7	2,3	583
Україна	76	3,7	2,8	427
Грузія	96	1,5	3,8	171
Азербайджан	98	0,9	2,7	138
Туркменістан	109	3,3	1,5	245

З цієї таблиці видно, що готівкові платежі становлять 43% загальних видатків на охорону здоров'я в Україні, при тому, що охорона здоров'я є безкоштовною. Саме в цьому контексті РІЛДД запроваджується й підтримується ЮНІСЕФ. У решті цього документу ми конкретніше розглянемо РІЛДД в Україні.

3 Значущість діяльності ЮНІСЕФ із (Р)ІЛДД в Україні

3.1 Завдання (Р)ІЛДД у контексті співробітництва між ЮНІСЕФ та Урядом України

Ініціатива «Лікарня, доброзичлива до дитини» спрямована на захист, пропаганду і підтримку грудного вигодовування на основі «Десяти кроків до успішного грудного вигодовування для лікарень», сформульованих ВООЗ та ЮНІСЕФ. Вищезгадані «Десять кроків» полягають у наступному:

²⁵ Звіт про людський розвиток за 2007-2008 рр.; ПРООН, Нью-Йорк, 2008.

Десять кроків до успішного грудного вигодовування для лікарень

1. Мати викладену в письмовому вигляді політику по відношенню до грудного вигодовування, яка постійно доводиться до всього медперсоналу.
2. Навчати всіх медичних працівників навичкам, необхідним для практичного здійснення цієї політики.
3. Інформувати всіх вагітних жінок про переваги грудного вигодовування і про те, як вести грудне вигодовування.
4. Допомогати матерям почати годування груддю протягом півгодини з моменту народження дитини.
5. Показувати матерям, як годувати груддю і як підтримувати лактацію навіть у тих випадках, коли їм доводиться розлучатися зі своїми дітьми.
6. Не давати новонародженим ніякої їжі й питва, крім грудного молока, за винятком випадків медичних показань.
7. Практикувати цілодобове спільне перебування в одній палаті матерів і дітей.
8. Заохочувати годування груддю на вимогу дитини.
9. Не давати немовлятам, яких годують груддю, сосок або пустушок.
10. Заохочувати створення груп підтримки грудного вигодовування і надсилати матерів у ці групи при виписці з лікарні або клініки.

У 1989 році ВООЗ та ЮНІСЕФ прийняли спільну Декларацію про захист, сприяння та підтримку практики грудного вигодовування, спрямовану на те, щоб допомогти жінкам усіх країн впровадити у життя умови для безпечного виключно грудного вигодовування новонароджених дітей не менш ніж до шестимісячного віку з подальшим збереженням грудного харчування дитини до двох років. У статті 24 Конвенції ООН про права дитини, ратифікованої Верховною Радою України в 1991 році, регламентовано необхідність «забезпечення інформацією всіх прошарків суспільства, зокрема батьків і дітей, щодо здоров'я і харчування дітей, переваг грудного вигодовування».

З метою забезпечення виконання положень Конвенції, Міністерство охорони здоров'я у 1995 році затвердило галузеву програму підтримки грудного вигодовування та видало Наказ від 05.01.1996 р. № 4 «Про організацію та забезпечення медичної допомоги новонародженим в Україні». Цим наказом було впорядковано спільне перебування матері та новонародженого в пологовому стаціонарі, врегульовано питання застосування нових підходів до грудного вигодовування в Україні. Цей крок став одним з початкових заходів поступового переходу медичних закладів до практики надання послуг відповідно рекомендацій ЮНІСЕФ.

Впровадження програми підтримки грудного вигодовування дітей в Україні протягом 1995-1999 років дозволило дещо підвищити частоту і тривалість грудного вигодовування, збільшити питому вагу спільного перебування матерів і новонароджених, провести навчання медичного персоналу й матерів. Протягом 1998-1999 років було створено 3 регіональні центри підтримки лактації і грудного вигодовування (м. Київ, м. Донецьк, м. Львів). У цих центрах було проведено певну роботу з навчання медичного персоналу й жінок, які годують груддю, сучасним принципам грудного вигодовування. В результаті реалізації подальших програм з підтримки грудного вигодовування почали працювати регіональні програми підтримки грудного вигодовування в АР Крим та 17 областях України (Луганська, Чернігівська, Полтавська, Кіровоградська, Львівська, Донецька, Волинська, Івано-Франківська, Дніпропетровська, Миколаївська, Сумська, Хмельницька, Тернопільська, Херсонська, Запорізька, Закарпатська, Одеська).

1 жовтня 1999 року було прийнято Зведений план дій між Урядом України та ЮНІСЕФ. Одним з розділів цього плану було впровадження ініціативи ВООЗ та ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини». З метою поширення практики грудного вигодовування на всі

лікувальні заклади України та запровадження ініціативи ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини» наказом МОЗ від 9 березня 2000 року № 50 було затверджено програму «**Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2000-2005 роки**». На виконання програми Міністерством охорони здоров'я України були розроблені проекти розпоряджень Кабінету Міністрів України від 29 березня 2002 р. № 161-р «*Про затвердження Концепції безпечного материнства*» та від 15 жовтня 2002 р. №583-р «*Про затвердження заходів щодо реалізації Концепції безпечного материнства на 2002-2003 роки*».

Один із уроків, отриманих на перших етапах запровадження ІЛДД в Україні, полягає в тому, що ІЛДД могла б бути більш ефективною, якби жіночі консультації, пологові будинки, педіатричні відділення й дитячі поліклініки самі стали доброзичливими до дитини. Саме тому у 2004 році, під впливом ЮНІСЕФ та Проекту «Здоров'я матері і дитини» ДСІ, були розроблені нові стандарти, за якими до цієї ініціативи були включені жіночі консультації, дитячі лікарні та поліклініки. Результатом стала нова, Розширена ініціатива «Лікарня, доброзичлива до дитини» (РІЛДД).

РІЛДД охоплює всі заклади та служби охорони здоров'я матерів і дітей: передпологові, перинатальні, неонатальні, педіатричні. У принципі, вона стосується також первинного, вторинного та третинного рівнів допомоги, тоді як ІЛДД охоплює лише пологові будинки. Відповідно до переглянутого варіанту ІЛДД, як зазначено у спільних документах ЮНІСЕФ і ВООЗ²⁶, у новій розширеній ІЛДД виняткове значення надається допомозі, доброзичливій до матері.

Дев'ять оперативних напрямків Глобальної стратегії у новій розширеній ІЛДД²⁷:

1. Призначити національного координатора з питань грудного вигодовування та створити координаційну раду з питань грудного вигодовування.
2. Забезпечити практичну реалізацію в кожному родопомічному закладі «Десяти кроків до успішного грудного вигодовування».
3. Вжити заходів для приведення в дію Міжнародного зведення правил щодо збуту заміників грудного молока та виконання відповідних наступних резолюцій Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я.
4. Прийняти оригінальне законодавство про захист прав працюючих жінок на грудне вигодовування.
5. Розробити, запровадити, контролювати й оцінювати комплексну політику, що охоплює всі аспекти харчування немовлят і дітей раннього віку.
6. Забезпечити, щоб система охорони здоров'я та інші відповідні галузі захищали, сприяли та підтримували виключно грудне вигодовування новонароджених дітей до шестимісячного віку з подальшим збереженням грудного харчування дитини до двох років і далі, надаючи при цьому жінкам підтримку, необхідну їм для досягнення цієї мети, у сім'ї, громаді та на робочому місці.
7. Сприяти своєчасному, достатньому, безпечному та належному пригодовуванню при продовженні грудного вигодовування.
8. Надавати рекомендації щодо харчування немовлят і дітей раннього віку в винятково важких обставинах, які включають надзвичайні ситуації та ВІЛ-інфікування батьків.
9. Розглянути питання про те, яке нове законодавство або інші відповідні заходи можуть знадобитися для введення в дію принципів і засад Міжнародного зведення правил щодо збуту заміників грудного молока та наступних відповідних резолюцій Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я.

²⁶ Матеріали з ІЛДД, переглянуті, оновлені та розширені для інтегрованої допомоги, ЮНІСЕФ/ВООЗ, 2006.

²⁷ Там само.

У рамках рекомендованих заходів, що їх мають уживати уряди, автори наполягають на важливості консультування та допомоги, доброзичливої до матері та дитини.

«Для того, щоб забезпечити громадську підтримку, як зазначено у кроці 10 ІЛДД, потрібно активніше залучати громаду до підтримки оптимального ХНДРВ²⁸» (харчування немовлят і дітей раннього віку). Автори розвивають цю ідею, одночасно пропонуючи деякі способи її реалізації. Це, зокрема, наступні положення:

Політичні та соціальні лідери громади - як чоловіки, так і жінки – віддані справі внесення змін на підтримку оптимального ХНДРВ.

Усі медичні заклади або місцеві служби охорони здоров'я атестовані як «доброзичливі до дитини» й активно підтримують як раннє грудне вигодовування, так і виключно грудне вигодовування (0-6 місяців).

Забезпечено доступ громади до консультаційного пункту (пунктів), де надається кваліфікована підтримка для раннього грудного вигодовування, виключно грудного вигодовування та продовження грудного вигодовування.

У громаді забезпечено підтримку частого та чутливого пригодовування з урахуванням віку паралельно з продовженням грудного вигодовування. Це зазвичай означатиме, що забезпечено наявність споживних мікроелементів або тваринних продуктів харчування.

Запроваджено систему взаємної підтримки матерів або аналогічну систему. (В умовах із високим рівнем поширеності ВІЛ серед жінок дітородного віку слід надавати додаткову підтримку ВІЛ-інфікованим матерям).

У громаді немає практики, дистриб'юторів, магазинів або служб, які порушують Міжнародне зведення (залежно від обставин).

Орган місцевого самоврядування або громадянське суспільство ініціює, створює та підтримує реалізацію принаймні однієї політичної чи соціальної нормативної зміни та (або) додаткової діяльності, яка активно підтримує інших та сім'ї у реалізації практики негайного та виключно грудного вигодовування (наприклад, розподіл задач за часом, надання повноважень на перевезення матері-годувальниці на консультацію, виявлення «прибічників/захисників грудного вигодовування» поміж громадських лідерів, організація робочих місць, зручних для грудного вигодовування, тощо).

В Україні запровадження розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» спрямовано на зменшення смертності дітей першого року життя, материнської смертності, смертності дітей до п'яти років, а також на досягнення кращих показників стану здоров'я дітей та матерів. У цьому звіті ми докладніше розглянемо ступінь, до якого ініціативу ІЛДД розширено в Україні.

Задачі РІЛДД відповідають Цілям розвитку тисячоліття. Як зазначено в Загальній оцінці країни (ЗОК) за 2004 рік²⁹, Україна зосередить свої зусилля на кількох цілях розвитку тисячоліття, зокрема на цілі 4 «Зменшення дитячої смертності» та цілі 5 «Поліпшення здоров'я матерів».

У ЗОК запропоновано чотири напрямки співробітництва ООН в Україні:

- покращення найважливіших показників здоров'я;
- сприяння дотриманню прав людини та гендерної рівності;
- сприяння досягненню загального добробуту;
- інституційна реформа та розбудова потенціалу демократичного управління.

У Рамковій програмі допомоги ООН для України (РПД ООН)³⁰ окреслені чотири пріоритетні сфери діяльності ООН в Україні:

²⁸ Матеріали з ІЛДД, переглянуті, оновлені та розширені для інтегрованої допомоги, ЮНІСЕФ/ВООЗ, 2006.

²⁹ Загальна оцінка країни. Україна. Представництво ООН в Україні, Київ, жовтень 2004 р.

³⁰ РПД ООН для України, 2006-2010 «У майбутнє ... разом». Представництво ООН в Україні, 2006.

- інституційні реформи, які посилюють зв'язок з громадськістю і забезпечують можливість усім людям здійснювати свої права людини;
- посилення громадського суспільства з тим, щоб усі громадяни мали доступ до послуг та користувалися своїми правами;
- охорона здоров'я та медичні послуги із особливою увагою до підвищення їхньої якості та доступності;
- добробут проти бідності – зменшення бідності шляхом ефективно збалансованого розвитку та підприємства й демократичного врядування.

План дій із Програми для країни (2006-2010 рр.)³¹, розроблений спільно Урядом України та ЮНІСЕФ, стосується національних пріоритетів та РПД ООН. Програма для країни сприяє досягненню тих ЦРТ, які є актуальними для України. У виконанні Програми для країни ЮНІСЕФ сприятиме досягненню цілей РПД ООН у сферах, що стосуються дітей та молоді.

У сфері охорони здоров'я дітей та розвитку дитини Програма для країни спрямована на сприяння зменшенню рівнів материнської та дитячої захворюваності та смертності. У рамках програми продовжиться підтримка «доброзичливих до дитини» закладів охорони здоров'я матерів і дітей, і будуть прийняті підходи, «доброзичливі до сім'ї». «Особлива увага приділятиметься запровадженню науково-доказової практики охорони здоров'я, сприянню та захисту виключно грудного вигодовування новонароджених дітей у перші шість місяців життя з подальшим збереженням грудного харчування дитини з відповідним пригодовуванням до двох років»³².

У своєму звіті про ЦРТ для України³³ за 2003 рік Міністерство економіки та з питань європейської інтеграції зазначає, що для досягнення конкретних ЦРТ для України необхідно здійснювати наступні заходи:

- проводити роботу щодо підвищення свідомості жінок стосовно збереження стану здоров'я;
- впроваджувати сумісне перебування матері та дитини в родопомічних закладах із одночасним впровадженням програми грудного вигодовування;
- підтримувати грудне вигодовування;
- розвивати медико-організаційні технології, що сприятимуть забезпеченню народження здорових дітей, збереженню та зміцненню їхнього здоров'я, профілактиці інвалідності;
- розширювати мережу з питань репродуктивного здоров'я (збільшувати кількість центрів планування сім'ї, безпечного материнства, медико-генетичного консультування тощо) та поліпшення їх забезпечення сучасним обладнанням.

Ці заходи безпосередньо відповідають деяким ключовим засадам ІЛДД.

Національні пріоритети у сфері охорони здоров'я матерів і дітей залежать, головним чином, від політичної основи. Нижче наведений невичерпний перелік правових і політичних документів, які сприяють реалізації ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини»³⁴ в Україні:

- **Закон України** «Про охорону дитинства»;
- **Закон України** «Основи законодавства України про охорону здоров'я», *стаття 57 «Заохочення материнства. Гарантії охорони здоров'я матері та дитини»;*
- **Постанова Кабінету Міністрів України** від 10 січня 2002 р. № 14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки»;

³¹ План дій із Програми для країни, 2006-2010 рр., Уряд України та Дитячий фонд ООН, 2006.

³² Там само.

³³ Цілі розвитку тисячоліття. Україна, Міністерство економіки та з питань європейської інтеграції України, Київ, 2003.

³⁴ Основні елементи цих документів наведені у Додатку (9.2).

- **Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.12.2002 р. № 503** «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»;
- **Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.12.2003 р. № 582** «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»;
- **Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2003 р. № 620** «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги»;
- **Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.04.2005 р. № 152** «Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною»;
- **Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2006 р. № 519** «Про затвердження навчального посібника «Підготовка сім'ї до народження дитини в Україні»;
- **Спільний наказ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України від 31.07.2006 р. № 529/49** «Про затвердження Галузевої програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки»;
- **Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.08.2006 р. № 540** «Про затвердження принципів підтримки грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»;
- **Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.08.2006 р. № 584** «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні»;
- **Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. № 1849** «Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року»;
- **Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2008 р. № 47** «Про затвердження Примірного положення про Регіональний організаційно-методичний центр з впровадження заходів Галузевої програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки»;
- **Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.03.2008 р. № 149** «Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років».

Представлені тут документи з національної політичної та законодавчої бази показують, що заходи ЮНІСЕФ здійснюються в контексті узгодженої готовності ЮНІСЕФ та Уряду України запроваджувати РІЛДД в Україні. Отже, більшість кроків щодо інтеграції принципів РІЛДД в національне законодавство, як рекомендували ВООЗ та ЮНІСЕФ, в Україні вже здійснена.

Разом з тим, відсутність в Україні правової бази для забезпеченні запровадження та дотримання Міжнародного зведення правил щодо збуту замінників грудного молока залишається недоліком, як відзначили в ході оцінки деякі основні інформанти. Деякі навіть вважають це перешкодою для усталеності РІЛДД. Тим не менш, МОЗ розробило проект наказу щодо дотримання вищезгаданого міжнародного документу у системі охорони здоров'я матерів і дітей, і зараз продовжується робота над запровадженням Зведення.

Отже, Україна знаходиться на вірному шляху до повного запровадження РІЛДД.

3.2 Внески ЮНІСЕФ та їхнє значення для досягнення очікуваних результатів

3.2.1 Внески ЮНІСЕФ

Таблиця: Витрати ЮНІСЕФ за 2003-2005 роки (дол. США) за інформацією, наданою ЮНІСЕФ

Статті витрат	2003 рік	2004 рік	2005 рік	Усього по статтях
Семінари, засідання робочих груп, тренінги	40000	33000	35000	108000
Підтримка моніторингової програми		7000		7000
Консультативні послуги		5000		5000
Техніка для моніторингового центру			5000	5000
Інформування громадськості	2000			2000
Створення регіональних моніторингових центрів	24000	50000		74000
ВСЬОГО ВИТРАТ ЗА РІК	64000	95000	40000	
ВСЬОГО ВИТРАТ ЗА 3 РОКИ	201000			

Таблиця: Витрати ЮНІСЕФ за 2006-2008 роки (дол. США) за інформацією, наданою ЮНІСЕФ, у тому числі оцінка витрат на оплату праці персоналу ЮНІСЕФ

Статті витрат	2006	2007	2008	Усього по статтях
Семінари, засідання робочих груп, тренінги	26639	81528	13540	121707
Консультативні послуги		2000	13755	15755
Публікація матеріалів			25090	25090
Інформування громадськості		552		552
Обладнання моніторингового центру	2996			2996
Виготовлення дипломів, дошок, постерів	1437	6539	8850	16826
Обладнання для клінік	12243			12243
Проведення оцінки та переоцінки закладів		21016	25535	46551
Оплата праці персоналу ЮНІСЕФ	5161	5161	5161	15483
Командировочні витрати персоналу ЮНІСЕФ	1426	3567	3566	8559
ВСЬОГО ВИТРАТ ЗА РІК	49902	120363	95497	
ВСЬОГО ВИТРАТ ЗА 3 РОКИ	265762			

За період 2003-2008 рр. понад половина коштів, які виділив ЮНІСЕФ, була призначена для фінансування тренінгів, семінарів і засідань робочих груп.

Час, відпрацьований персоналом ЮНІСЕФ, оцінювався наступним чином: Заступник Представника витрачає на РІЛДД 2% свого часу, Спеціаліст із розвитку дитини – 10%, Програмний асистент – 2%. Фінансовий департамент ЮНІСЕФ надав цифри за 2006-2008 роки. Командировочні витрати персоналу ЮНІСЕФ включають дві внутрішні поїздки у 2007 та 2008 роках та одне відрядження Заступника Представника до Швеції у 2007 році; 16,5 днів внутрішніх поїздок Спеціаліста з розвитку дитини за 2006, 2007 та 2008 роки та чотириденне відрядження до Женеви у 2008 році. Цифри були надані як сума за три роки та усереднені. Загалом ці витрати за період 2006-2008 рр. склали 24041 дол. США.

Таким чином, за шість років з боку ЮНІСЕФ на підтримку запровадження в Україні ІЛДД та РІЛДД було витрачено 442719 доларів США, або в середньому 77794 дол. за рік.

3.2.2 Здобутки

Уже протягом 2001-2002 років були атестовані наступні заклади:

- Київські міські пологові будинки №1 та №3;
- Донецький регіональний центр охорони материнства та дитинства;
- Львівський державний регіональний перинатальний центр;
- міські пологові будинки міст Євпаторії, Рівного, Кременчука, Черкас;
- акушерське відділення Одеської обласної клінічної лікарні;
- акушерське відділення Сокальської центральної районної лікарні Львівської області.

У 2002 році рівень дитячої смертності скоротився до 10,54 на 1000 народжених живими (проти 11,2 у 2001 році), а рівень материнської смертності знизився до 22,5 на 100 тис. народжених живими (проти 24,1 у 2001 році). Завдяки реалізації Національної програми «Репродуктивне здоров'я 2001-2005» рівень материнської смертності у 2005 р. становив 17,8 на 100 тис. народжених живими (очікуваний - 22), відповідно смертність дітей першого року життя у 2005 р. становила 10,05 на 1000 народжених живими (11,5). Рівень материнської смертності знизився порівняно з базовим 1999 р. на 48%, смертності дітей першого року життя – на 25%.³⁵

Серед інших досягнень слід зазначити наступні:

- прийнята національна стратегія підтримки запровадження РІЛДД;
- створено Національний методично-організаційний моніторинговий центр;
- проведено навчання 147 інструкторів, 169 експертів з оцінки та 177 спеціалістів: 147 інструкторів можуть продовжувати запровадження РІЛДД у нових закладах;
- розроблені та (або) адаптовані для України навчальні модулі з РІЛДД;
- принципи РІЛДД включені до програми навчання за деякими медичними спеціальностями;
- створено три центри підтримки грудного вигодовування (Донецьк, Львів, Івано-Франківськ);
- створено кілька центрів раннього розвитку дітей;
- кілька закладів забезпечені обладнанням, що необхідно для сертифікації;
- надано підтримку в ремонті деяких закладів;
- РІЛДД запроваджена у 158 закладах³⁶ (станом на 1 жовтня 2008 р.) завдяки співробітництву ЮНІСЕФ, МОЗ та обласних управлінь охорони здоров'я, спрямованому на запровадження РІЛДД.

3.2.3 Недоліки, пробіли та обмеження

❖ Питання, пов'язані зі слабкістю системи охорони здоров'я

Є певні недоліки стосовно підготовки медичних кадрів. Щодо підготовки лікарів загальної практики та спеціалістів, все ще існує певний опір включенню принципів РІЛДД у навчальні програми з боку визнаних діячів вищої освіти. Що стосується підготовки сестринського та акушерського персоналу, то прийняття рішення про перегляд навчальних програм залишено на розсуд обласних управлінь охорони здоров'я. Наприклад, в Івано-Франківській області

³⁵ <http://me.kmu.gov.ua/file/link/78606/file/5.doc>

³⁶ Реєстр сертифікованих закладів оновлюється щоквартально і ведеться Національним методично-організаційним моніторинговим центром.

викладання принципів РІЛДД введено в програму навчання акушерського персоналу. Студенти-медики також проходять практичні заняття у обласному центрі підтримки грудного – вигодовування та у школі для батьків. Загалом, як здається, у підготовці медичних кадрів є певні недоліки, тому її слід удосконалити.

Деякі заклади й центри підтримки грудного вигодовування потерпають від відсутності інформаційно-освітніх матеріалів. Це є результатом не лише відсутності фінансування на такі матеріали (що у нинішній формі бюджету лікарні або органу охорони здоров'я неможливо), а й відсутності координації між центрами підтримки грудного вигодовування, тому що в деяких центрах є дуже багато таких матеріалів³⁷.

На шляху реалізації РІЛДД є також велика перешкода – опір змінам з боку деяких працівників охорони здоров'я та матерів і родин.

❖ Питання, пов'язані з недоліками в запровадженні РІЛДД

Підтримка ЮНІСЕФ була зосереджена переважно у ключових центрах (здебільшого - в обласних), що у певному сенсі було необхідно для створення взірців кращих практик з точки зору запровадження РІЛДД, але є сумнівним в умовах обмеженого фінансування. Ці розвинені центри розташовані у великих містах, у закладах другого та третього рівнів, де іноді надаються також і послуги первинної допомоги. Проте, ця діяльність не наближена до громад, як ЮНІСЕФ/ВООЗ рекомендують у своїй новій, переглянутій та розширеній редакції ІЛДД. Як здається, це обумовлено відсутністю стратегічного мислення у запровадженні РІЛДД: заклади розвиваються та вдосконалюються у районах, які вже добре забезпечені медичним обслуговуванням, а не в районах, що знаходяться далеко від спеціалізованих центрів, де запровадження РІЛДД було б навіть більш актуальним.

3.2.4 Майбутні потреби

❖ 3 точки зору покращення системи охорони здоров'я

Програма навчання лікарів і спеціалістів, медсестер і акушерок повинна бути переглянута на предмет забезпечення включення до неї РІЛДД. Це слід зробити на національному та обласному рівнях.

❖ 3 точки зору покращення запровадження РІЛДД

Різні зацікавлені сторони, що відповідають за запровадження РІЛДД, повинні розвивати мислення, орієнтоване на потреби споживачів послуг. Якщо потреби у сфері медичної допомоги більші на районному рівні, то розвиток закладів, доброзичливих до дитини, треба заохочувати саме у районах. Розвиток РІЛДД на районному рівні мав би подвійний ефект: це б покращило б стан здоров'я матерів і дітей у місцях віддалених від обласних центрів та водночас стало б взірцем для інших областей. Першим кроком у цьому напрямку мало б бути вироблення відповідних критеріїв пріоритетності. Вони могли б включати бюджет на 1 ліжко у лікарнях даного району, рівень доходів населення, рівень безробіття. Ці критерії слід розвивати за участю обласних управлінь охорони здоров'я, спеціалістів медичної галузі, моніторингових та методичних центрів і ЮНІСЕФ з метою стратегічного скеровування.

Національний методично-організаційний моніторинговий центр повинен розвивати свою координаційну роботу з метою покращення доступу до матеріалів усіх центрів, які реалізують РІЛДД. ЮНІСЕФ також має розвивати зв'язки з іншими суб'єктами, такими як

³⁷ Експерти, які проводили оцінку, зібрали деякі матеріали, які будуть надані ЮНІСЕФ наприкінці консультування.

ШКР та ДСІ, які розробили деякі матеріали. ДСІ, наприклад, розробила ілюстровану карточку, в якій відображені основні моменти, які матір повинна регулярно перевіряти щодо своєї дитини, зокрема, температура, одяг, основні правила гігієни, грудне вигодовування³⁸.

Роль ЮНІСЕФ не повинна полягати в тому, щоб замінити те, що має робити Уряд. Хоча існує серйозна потреба у збільшенні підтримки з боку ЮНІСЕФ, **ЮНІСЕФ повинен не обмежуватися запровадженням РІЛДД, а рухатися до ролі радника, сприяючи акцентуванню на якості в запровадженні РІЛДД.**

4 Результати та вплив РІЛДД на стан здоров'я матерів і дітей в Україні

4.1 Основні результати та вплив РІЛДД на стан здоров'я матерів і дітей в Україні

4.1.1 Вимоги

Очікувані результати стосуються покращення здоров'я матерів і дітей, а також підвищення показників, пов'язаних із вагітністю.

Для МОЗ очікувані результати викладені у Наказі від 31 липня 2006 року № 529/49 «Про затвердження галузевої програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки». Це, зокрема:

- Зниження показників захворюваності новонароджених на шлунково-кишкові та інфекційні захворювання на 20%.
- Збільшення рівня виключно грудного вигодовування до 6 місяців до 20%.
- Досягти рівня, за яким 50% дітей в Україні будуть народжуються в пологових будинках, які мають статус «Лікарня, доброзичлива до дитини».
- Збільшити відсоток медичних закладів, які мають звання «Лікарня, доброзичлива до дитини» на 50%.

4.1.2 Здобутки

У 2006 році за підтримки ЮНІСЕФ був створений Національний методично-організаційний моніторинговий центр для відстеження реалізації РІЛДД. На сьогодні в Україні також працюють 27 регіональних методично-організаційних моніторингових центрів (які загалом називають центрами підтримки грудного вигодовування). Станом на 1 жовтня 2008 року були сертифіковані 158 закладів, а до кінця 2008 року планується сертифікувати 180 закладів. У всіх закладах, сертифікованих як доброзичливі до дитини, існують групи підтримки матерів. Інформація та контактні дані таких груп є легкодоступними і надавались матерям.

На момент проведення оцінки РІЛДД є організаційно оформленою через Національний методично-організаційний моніторинговий центр під керівництвом Лідії Романенко, який працює при Національній дитячій спеціалізованій лікарні «Охматдит» у Києві. У кожній області є мінімум два підготовлених інструктори й два експерти з оцінки, при цьому кількість цих спеціалістів в областях варіюється. Програма, ініційована ЮНІСЕФ, стала національною, як зазначено у різних юридичних документах, ухвалених Урядом для того, щоб підтвердити, що РІЛДД інтегрована у національну політику й повністю курирується Урядом. У наведеній нижче таблиці зазначена кількість сертифікованих закладів, кількість інструкторів і кількість експертів з оцінки по областях станом на вересень 2008 року.

³⁸ Кілька зразків карточки будуть надані ЮНІСЕФ наприкінці консультування.

Таблиця: Кількість інструкторів та експертів з оцінки по областях (цифри станом на 1 вересня 2008 р.)³⁹

Область, місто	Кількість лікарень, доброзичливих до дитини	Кількість інструкторів	Кількість експертів з оцінки
Автономна Республіка Крим	8	13	27
Вінницька	1	3	3
Волинська	3	3	3
Дніпропетровська	27	4	5
Донецька	15	5	15
Житомирська	1	5	3
Закарпатська	1	12	9
Запорізька	6	5	5
Івано-Франківська	7	4	5
Київська	7	5	3
Кіровоградська	5	3	3
Луганська	4	2	2
Львівська	13	8	9
Миколаївська	5	5	5
Одеська	1	8	10
Полтавська	8	3	3
Рівненська	3	3	3
Сумська	3	3	3
Тернопільська	1	2	2
Харківська	1	8	8
Херсонська	9	10	6
Хмельницька	2	4	4
Черкаська	4	4	4
Чернівецька	2	5	5
Чернігівська	1	3	3
м. Київ	2	4	6
м. Севастополь	3	3	3
НДСЛ «Охматдит»	1	4	4
ІПАГ		2	2
НМАПО		4	4
Усього	144	147	167

У цій таблиці видно один із успішних результатів запровадження РІЛДД в Україні: в кожній області та місті є власні інструктори та експерти з оцінки, а також сертифіковані заклади.

- ❖ Очікувані результати безпосередньо стосуються основних показників стану здоров'я жінок і дітей.

³⁹ Тематичний огляд співпраці МОЗ України та дитячого фонду ООН за програмою «Здоров'я та розвиток дітей» за 2006-9 місяців 2008 року; Методично-організаційний моніторинговий центр Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», Київ.

Таблиця: основні результати запровадження РІЛДД у закладах, доброзичливих до дитини, в Україні (дані Методично-організаційного моніторингового центру⁴⁰)

Показник	Базові дані по клініках РІЛДД	Клініки РІЛДД станом на вересень 2008 р.
Частка дітей, народжених у закладах, доброзичливих до дитини	1,8% у 2001 р.	45,2%
Частка дітей, виписаних із родопомічних закладів на виключно грудному вигодовуванні	92,1% у 2006 р.	93,7%
Рівень виключно грудного вигодовування до шестимісячного віку	23,7% у 2006 р.	50,5%
Частка пологових будинків, що мають статус «Лікарня, доброзичлива до дитини»		57%
Кількість лікарень, доброзичливих до дитини	42 у 2004 р.	158
Смертність дітей першого року життя	6,5 на 1000 народжених живими	5 на 1000 народжених живими
Частка партнерських пологів	26,8% у 2006 р.	45,2%
Питома вага спільного перебування матерів і новонароджених у родопомічних закладах	92,4% у 2006 р.	95,3%
Кількість нормальних пологів	30% у 2006 р.	70%
Частка кесарських розтинів	19,2% у 2006 р.	16%

Рівень смертності дітей першого року життя у лікарнях, доброзичливих до дитини, наполовину менший, ніж рівень за національною статистикою (13 на 1000 народжених живими у 2008 році). Цю цифру треба скоригувати на комбінацію лікарень, доброзичливих до дитини (більшість пологових будинків). Проте, це все одне можна вважати успіхом. Спостерігалось також зниження кількості немовлят, які потребували інтенсивної терапії – з 15% у 2006 році до 5,1% у 2008-му.

Завдяки запровадженню РІЛДД персонал середньої ланки родопомічних закладів став свідком зменшення кількості залишених дітей у їхніх закладах, доброзичливих до дитини. У наведеній нижче таблиці підсумована інформація, надана працівниками охорони здоров'я. Ми не можемо прямо зв'язати зменшення кількості залишених дітей із запровадженням РІЛДД, тому що дослідження, яке б продемонструвало цей зв'язок із наукової точки зору, не проводилося. Тим не менш, краще залучення сім'ї на передпологовому етапі та під час пологів, безсумнівно, відіграло в цьому важливу роль.

⁴⁰ Тематичний огляд співпраці МОЗ України та дитячого фонду ООН за програмою «Здоров'я та розвиток дітей» за 2006-9 місяців 2008 року; Методично-організаційний моніторинговий центр Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», Київ.

Таблиця: Інші показники успішності РІЛДД на національному рівні⁴¹

Показник	Базові дані за 2000 рік	2007 рік
Відсоткова частка дітей на штучному вигодовуванні до 3 місяців	49,9%	38,6%
Відсоткова частка дітей на грудному вигодовуванні до 6 місяців	38,1%	45%
Захворюваність дітей першого року життя на інфекційні захворювання	59,5% у 2001 р.	41,7%

Ці цифри стосовно рівнів грудного вигодовування, надані Національним методично-організаційним моніторинговим центром у своєму тематичному огляді, слід розглядати з обережністю, тому що на даний момент моніторинг рівнів грудного вигодовування на національному рівні поки що слабкий.

Таблиця: Кількість залишених дітей у двох закладах

Заклад	Кількість залишених дітей (базовий рівень)	Кількість залишених дітей у 2008 році
Донецький перинатальний центр	27 у 2001 р.	6
Івано-Франківська обласна дитяча лікарня	4 на 1000 чол. у 2000 р.	0,8 на 1000 чол.

Спеціалісти охорони здоров'я, з якими проводилися зустрічі, повідомили й про інші позитивні результати, такі як зменшення гіпотермії та скорочення кількості немовлят, які потребують інтенсивної терапії. Кількість випадків церебрального паралічу (викликаного здебільшого відсутністю оксигенації мозку дитини під час пологів) зменшена завдяки більш оптимальному веденню пологів.

Ці цифри демонструють успіх запровадження РІЛДД за ключовими показниками та позитивні тенденції до подальшого покращення показників стану здоров'я.

З точки зору географічного охоплення⁴² частка родопомічних закладів, що сертифіковані, значно варіюється за регіонами. У деяких областях, таких як Житомирська, Харківська або Чернігівська, можливості жінок щодо пологів у закладі, доброзичливому для дитини, обмежені.

Таблиця: Географічний розподіл родопомічних закладів, доброзичливих до дитини

Географічний район	Охоплення (% сертифікованих закладів)
місто Севастополь	100%
Дніпропетровська область	73,8%
Полтавська, Закарпатська, Львівська, Івано-Франківська, Донецька області, місто Київ, АР Крим	20,0%-28,2%
Одеська, Вінницька, Харківська, Хмельницька, Чернігівська, Тернопільська, Миколаївська, Житомирська області	Менше 5%

⁴¹ Там само.

⁴² Тематичний огляд співпраці МОЗ України та дитячого фонду ООН за програмою «Здоров'я та розвиток дітей» за 2006-9 місяців 2008 року; Методично-організаційний моніторинговий центр Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», Київ.

Працівники відвіданих закладів повідомили про дуже високий середній показник зайнятості ліжка (від 97 до 108%).

Таблиця: Середній показник зайнятості ліжка за повідомленнями медичних працівників

Заклад	Середній показник зайнятості ліжка
Львівський перинатальний центр	93% у 2007 р.
Львівська міська дитяча лікарня	100% у 2008 р.
Львівський міський пологовий будинок	108%
Івано-Франківська обласна дитяча лікарня	100%
Макіївська районна лікарня	97%

Цими цифрами слід користуватися з обережністю, тому що показники зайнятості ліжка становлять загрозу для лікарень. Бюджет охорони здоров'я розраховується на одне ліжко, а не виходячи зі структури захворюваності, досягнутих результатів або наданих послуг. Це є серйозним обмеженням для системи охорони здоров'я, тому що лікарні зацікавлені у збереженні кількості ліжок, побоюючись, що їм зменшать бюджет, якщо вони повідомлять про зменшення середніх показників зайнятості ліжка.

❖ Цифри обласного рівня

Цифри обласного рівня залежать як від рівня готовності обласних управлінь охорони здоров'я надати інформацію про показники стану здоров'я, так і від надання інформації про грудне вигодовування центрами підтримки грудного вигодовування.

➤ Цифри по Львівській області

У Львівській області було видано розпорядження, спрямоване на запровадження РІЛДД в області. За підсумком 2007 року у Львівській області народилося 27454 дитини, що на 181 дитину більше, ніж у 2006 році. За період 2007 року в області зареєстровано 287 випадків смерті дітей першого року життя. Рівень смертності становить 10,4 на 1000 народжених живими, він зріс у порівнянні з 2006 роком (8,2%) на 30,5 %, у зв'язку із запровадженням в Україні з січня 2007 року критеріїв ВООЗ живо- і мертвонароджуваності, тобто реєстрацією смерті дітей з масою тіла при народженні 500 грамів та терміну гестації 22 тижні (наказ МОЗ №179 від 29.03.2007 року). У 2007 році досягнуто зниження смертності дітей від інфекційних захворювань майже в 3 рази, смертність дітей від вроджених вад знижено на 10%. За 2007 рік на Львівщині зареєстровано 4 випадки материнської смерті.

У наведені нижче таблиці підсумовані показники по Львівській області.

Таблиця: Основні показники по Львівській області (джерело: Львівське обласне управління охорони здоров'я)

Показник	2004	2005	2006	2007	9 міс. 2008
Кількість народжених дітей	26327	25851	27383	27635	21829
% нормальних пологів	47,5%	59,8%	66,3%	69,9%	70,7%
% партнерських пологів	17,5%	19,8%	22,7%	35,6%	45,6%
% кесарських розтинів	11,2%	11%	11,2%	11,4%	12,1%
Смертність дітей першого року життя	10,08	8,35	7,78	10,4	8,78
% дітей на виключно грудному вигодовуванні					
До 3 місяців	44,8%	40%	41,1%	42,2%	41,5%

До 6 місяців	48,9%	52,4%	52,1%	51,9%	52,5%
--------------	-------	-------	-------	-------	-------

Показники демонструють значне зростання частки нормальних пологів, з 47,5% у 2004 році до 70,7% у 2008-му. Смертність дітей першого року життя в області знизилася лише незначно.

За період з 1998 року Центр підтримки лактації та грудного вигодовування ЛДОПЦ провів більше 30 семінарів з грудного вигодовування в різних районах області, провів сертифікацію семи пологових відділень і лікарень області, забезпечував розробку інформаційних буклетів; постійно працює школа для батьків. У наведеній нижче таблиці подано основні результати роботи ЛДОПЦ щодо стану здоров'я матерів і дітей.

Таблиця: Результати роботи Львівського державного обласного перинатального центру (джерело: Львівський обласний перинатальний центр)

Показник	2002	2007
Кількість дітей, народжених живими	2343	3106
Нормальні пологи, %	47%	72%
Кількість пар, які пройшли навчання з партнерських пологів та догляду за дитиною		307 (9,88%)
Кількість жінок, які пройшли навчання з грудного вигодовування		550 (17,77%)
Середній ліжко-день у відділенні	7	4,9
Аномалія пологової діяльності	4%	3%
Кровотечі після пологів, %	0,6%	0,5%
ГСІ, %	3,3%	5,1%
Гемолітична хвороба, %	24%	2%
Захворюваність новонароджених	25,8%	17,4%

Результати роботи ЛДОПЦ також відображають тенденцію збільшення кількості нормальних пологів на обласному рівні.

Хоча центр підтримки грудного вигодовування функціонує довго, у 2007 році частка сімейних пар, охоплених освітою та підготовкою щодо партнерських пологів і догляду за дитиною, становила лише 9,88%, а частка жінок, охоплених освітою та підготовкою щодо грудного вигодовування, - 17,77%. Перинатальний центр треба не звинувачувати, а заохочувати до аналізу причин такого слабкого охоплення, а також до залучення більшого числа сімейних пар і жінок до підготовки, освіти, інформування та консультування.

➤ Цифри по Івано-Франківській області

В Івано-Франківській області було прийнято програму «Репродуктивне здоров'я нації», яка включає ключові компоненти, що сприяють запровадженню РІДД, та прив'язана до бюджету. Основні показники стану здоров'я матерів і жінок в Івано-Франківській області наведені у поданій нижче таблиці.

Таблиця: Основні показники діяльності Івано-Франківської області (джерело: Івано-Франківське обласне управління охорони здоров'я)

Показник	2007	У т.ч. у сільській місцевості	2008	У т.ч. у сільській місцевості
Кількість народжених	12197		12668	
Перинатальна смертність (на 1000 народжених живими та мертвонароджених)	5,9	0,5	9,8	6,5

Смертність дітей першого року життя	13	13,3	11,9	13,7
-------------------------------------	----	------	------	------

Цікаво порівняти показники сільських районів та решти області, тому що це порівняння показує, що показники стану здоров'я в сільській місцевості гірші, ніж на решті території області. Необхідно зазначити, що Івано-Франківська область включає значну частину Карпат, тому там є багато віддалених, важкодоступних місць.

За період із 2004 до 2007 р. в області досягнуто наступних результатів:

- рівень інфекційних захворювань у немовлят зменшився на 48%;
- загальна захворюваність дітей зменшилась на 2%;
- рівень виникнення анемій зменшився на 28%;
- стани перинатального періоду зменшились на 46%;
- травми та отруєння зменшились на 10%.

Ще більш вражаючі результати у Богородчанському районі (джерело: дані районної лікарні):

- рівень інфекційних захворювань зменшився на 63%;
- загальна захворюваність дітей зменшилась на 13%;
- стани перинатального періоду зменшились на 48%;
- травми та отруєння зменшились на 53%.

Це означає, що запровадження РІЛДД може бути ефективнішим у досягненні очікуваних результатів на районному рівні, ніж у містах, які краще забезпечені послугами й які вже мають кращі показники стану здоров'я.

➤ Донецька область

Цифри, наведені у поданій нижче таблиці, надані Донецьким обласним управлінням охорони здоров'я.

Таблиця: Основні показники Донецької області

Показник	1995	1999	2003	2007
Кількість народжених	38808	30503	33433	40560
Смертність дітей першого року життя	16,2	13,9	11,3	13,8

Зростання смертності дітей першого року життя у 2007 році обумовлено, головним чином, переходом на затверджену ВООЗ методику обчислення цього показника. Проте, як пояснили в обласному управлінні охорони здоров'я, ця цифра не відображає фактичне зростання смертності дітей першого року життя.

- ❖ Запровадження РІЛДД також дало деякі неочікувані позитивні результати у закладах охорони здоров'я.

Результати запровадження РІЛДД в Україні вийшли за межі поліпшення наслідків пологів для стану здоров'я жінок і дітей. Ініціатива також мала вплив на систему охорони здоров'я.

Перш за все, підготовка кадрів і сертифікація закладів стала великим стимулом для персоналу та мотивувала його на краще виконання своїх обов'язків. Сертифікація певним чином підвищує престижність лікарень, що також відчули медичні працівники.

Медичні працівники стикаються з меншою кількістю ускладнень під час пологів, тому що менше втручання у процес пологів означає зменшення ускладнень. Завдяки зменшенню ускладнень при пологах репутація закладів покращилася, в результаті чого поліпшилася й

репутація лікарів. Отже, сертифікація закладів мала мотивуючий вплив на працівників охорони здоров'я. Після того, як почалося запровадження принципів РІЛДД, персонал набагато більше задоволений. Опитані медичні працівники повідомляють також, що пацієнти не скаржилися ані на медичний персонал, ані на самі лікарні.

Запровадження принципів РІЛДД також покращило взаємовідносини між пацієнтом і лікарем: між цими індивідами, які разом сприяють нормальному процесу, зміцнилася довіра, замість того, щоб лікар вирішував долю матері. Це призвело також до розвитку індивідуального підходу до потреб пацієнта, який зник у часи Радянського Союзу. В такий спосіб РІЛДД поліпшила стосунки між пацієнтом і лікарем у напрямку більшої поваги до прав пацієнта.

Це демонструє також підвищення рівня прозорості у стосунках між персоналом і пацієнтами. Цей підхід є дуже новаторським для пострадянської країни, де пацієнтам ніколи не казали, які ліки вони приймають або яку хірургічну операцію їм робитимуть. Таким чином, РІЛДД багато зробила для покращення задоволення клієнтів у закладах, доброзичливих до дитини.

❖ Економія витрат

Запровадження РІЛДД також забезпечила певну економію витрат у закладах, де ця ініціатива реалізується. Отримати цифри від закладів або обласних адміністрацій не вдалося, але мала місце економія витрат за наступними напрямками:

- скорочення закупівель замінників грудного молока через збільшення кількості жінок, які годують груддю (зменшення витрат для домогосподарств і закладів);
- зменшення тривалості перебування в стаціонарі з 7 до 3 днів при нормальних пологах і до 6 днів при кесарському розтині;
- зменшення кількості ускладнень при пологах і відповідне скорочення витрат завдяки зменшенню втручань при ускладнених пологах (економія робочого часу персоналу та медикаментів) (зменшення витрат для домогосподарств і закладів);
- як результат – скорочення тривалості перебування жінок у стаціонарі (зараз – 3 дні при нормальних пологах і 6 днів при кесарському розтині) (зменшення витрат для домогосподарств і закладів);
- зменшення часу, який персонал витрачає на підготовку і стерилізацію пляшечок і на годування немовлят, тому що при грудному вигодовуванні така підготовка не потрібна (зменшення витрат для закладів);
- зменшення часу, який персонал витрачає на догляд за немовлятами, тому що в закладах, доброзичливих до дитини, новонароджені весь час перебувають разом із матерями, які відповідають за свою дитину з перших годин її життя. Завдяки цьому в персоналу більше часу на кожного пацієнта, більше часу на вирішення можливих проблем із грудним вигодовуванням.

Спробуємо виміряти економію витрат із точки зору домогосподарства. Цифри, наведені у звіті Методично-організаційного моніторингового центру, показують, що у закладах, доброзичливих до дитини, рівень грудного вигодовування до шести місяців зріс із 23,7% у 2006 році до 50,5%. Якщо врахувати, що дитина, яку годують лише замінниками грудного молока, споживає за перші шість місяців життя 54 400-грамові упаковки суміші ціною 45.5 грн. кожна, то це означатиме, що сім'я за перші шість місяців витратить 2457 гривень лише на суміш. За півроку споживання дитячих сумішей повільно зменшується, тому що вводиться тверда їжа. Проте, якщо додати вартість сосок, пляшечок, енергії для нагрівання молока, то вартість зросте на 5-10 відсотків.

Навіть при тому, що допомога при народженні дитини, надавана Урядом (станом на 31 грудня 2007 року - 12240 гривень на першу дитину, 25000 гривень на другу дитину, 50000 гривень на третю дитину та наступних дітей), допомагає сім'ям покривати ці витрати, виключно грудне вигодовування дитини протягом перших шести місяців дозволяє сім'ї заощадити 2457 гривень. В ідеалі ці гроші можна використати на поліпшення харчування матері-годувальниці. У

тематичному огляді Методично-організаційного моніторингового центру повідомлено, що скорочення витрат домогосподарств і родопомічних закладів становить приблизно 17 доларів США на одного новонародженого, але джерело й методика розрахунку цієї цифри не вказані.

4.1.3 Недоліки, пробіли та обмеження

❖ Стосовно проблем системи охорони здоров'я

Бюджетні обмеження не дають родопомічним закладам і відділенням неонатальної інтенсивної терапії можливості забезпечувати пацієнтів ліками, необхідними для надання їм належної допомоги. Відсутність сурфактанту є проблемою, що негативно впливає на догляд за недоношеними немовлятами, й ігнорувати цю проблему не можна, тому що вона може призводити до смерті новонародженого. Сурфактант – патентований медикамент і, як такий, він дуже дорогий. Це є основною причиною того, чому заклади не можуть його собі дозволити. Питання про те, чи слід Уряду запитати про патентні пільги з причин охорони громадського здоров'я (механізм, запланований у Світовій організації торгівлі на той випадок, якщо певний медикамент є основним для охорони здоров'я країни; цей механізм уже використовується для АРВ ліків), залишається в руках МОЗ і Уряду.

❖ Стосовно запровадження РІДД

Хоча цифри показують зростання рівнів грудного вигодовування, деякі основні інформанти занепокоєні тим, що багато жінок після виписки припиняють грудне вигодовування, тому що у поліклініках не знають, як підтримувати матір, яка годує груддю, оскільки персонал не проходив відповідну підготовку.

У деяких сертифікованих закладах ми бачили певну «недоброзичливу до дитини» практику: деяких немовлят пеленали, замість того, щоб одягати. Виявляється, що деякі жінки не беруть із собою в лікарню одяг, тому дитину доводиться пеленати. У деяких закладах нам говорили, що жінки, які прибувають до пологового будинку, приносять із собою власну дитячу суміш для харчування. Це – ознака того, що вагітним жінкам недостатньо чітко надавалася інформація стосовно грудного вигодовування. Крім того, це є свідченням недоліку в передпологовому інформуванні та освіті вагітних жінок, а також недостатнього рівня обізнаності сімей та матерів. Проте, ключова причина – в тому, що заняття з грудного вигодовування відвідує лише обмежена кількість жінок (у Львівському перинатальному центрі, наприклад, менше 20%).

Відсоткова частка жінок, які отримали освіту та інформацію з грудного вигодовування (17,77% в одному з закладів Львівської області), показує, що, незважаючи на проведення курсів, вони охоплюють невелике число осіб. Недоброзичливі до дитини практичні методи, що спостерігаються в деяких закладах, демонструють недоліки в передпологовому інформуванні та освіті матерів, а також є результатом обмеженого обсягу підготовки інструкторів, пов'язаного з відсутністю додаткової підготовки та підвищення кваліфікації інструкторів.

Завдяки РІДД у персоналу з'явилося більше вільного часу для догляду за матерями та надання їм підтримки у грудному вигодовуванні. Проте, у відвіданих лікарнях ми були свідками того, як деякі молоді жінки не можуть упоратися з грудним вигодовуванням через відсутність допомоги з боку персоналу, який у той час не був зайнятий з іншими жінками. Здається, що матерів у родопомічних закладах після пологів залишають на самоті, надаючи їм лише слабку підтримку.

Здається, що грудне вигодовування немовби вважають природним, отже легким, процесом, який відбувається лише між матір'ю та її дитиною. Досвід показує, однак, що більшості жінок потрібен довгий час і значна підтримка для того, щоб набутися впевненості у грудному вигодовуванні. Це дійсно природний процес, але процес, далеко не очевидний. Крім того,

матері отримують масу суперечних повідомлень від лікарів, інші відомості, що вводять в оману, з комерційних інформаційних матеріалів та журналів для батьків.

Щоб компенсувати дефіцит інформаційних матеріалів, більшість відвіданих закладів розробили власні стенди або плакати з фотографіями малюків, народжених у них. Багато цих комунікаційних матеріалів щодо грудного вигодовування розміщено на стінах, але лікарні намагаються скоротити витрати (їхні бюджетні асигнування зазвичай не дозволяють їм навіть оплатити комунальні послуги за весь рік); у коридорах більшості лікарень доводиться вимикати освітлення. У результаті ці матеріали частково втрачають свою цінність.

Деякі центри підтримки грудного вигодовування дуже добре оснащені комунікаційними та освітніми матеріалами й навіть мали можливість надавати кожній новій матері деякі листівки, тоді як інші мають дуже обмежені ресурси. Деякі центри показали нам свої нещодавно створені DVD-диски з різних питань, а інші скаржилися, що в них немає таких дисків, щоб показувати матерям.

Крім надання інформаційно-освітніх матеріалів, важливо забезпечувати консультування матерів. Проте, спостереження в післяродових палатах показали, що матері отримують дуже невелику підтримку від медичних працівників. Це означає, що один із істотних компонентів РІЛДД, зазначених у переглянутих матеріалах ВООЗ/ЮНІСЕФ 2006 року⁴³, ще не інтегрований у повсякденну практику: мається на увазі практика, доброзичлива до матері. Хоча опитані медичні працівники добре розуміли, які зусилля в плані модернізації та оснащення потрібні для того, щоб заклад став «доброзичливим до дитини», питання про те, щоб зробити заклад «доброзичливим до матері», не стояло в центрі практичної діяльності.

4.1.4 Виявлені майбутні потреби

❖ 3 точки зору збору даних

ДСІ займається питанням фактичних рівнів грудного вигодовування після виписки з родопомічних закладів. Для того, щоб визначити, чи не має грудне вигодовування місце тільки в лікарнях, а вдома, за кілька тижнів після виписки, припиняється, першим кроком ДСІ є проведення базисного дослідження у 2008 році, в ході якого вивчаються фактичні рівні виключно грудного вигодовування в поліклініках. Таке саме дослідження проводитиметься протягом наступних трьох років. У такий спосіб, ґрунтуючись на результатах дослідження, ДСІ може довести, щоб треба посилити роботу з надання підтримки матерям у грудному вигодовуванні після виписки.

Треба докладати більших зусиль для розвитку збирання даних стосовно виключно грудного вигодовування як компонента національної статистики. Це забезпечило б значні позитивні зрушення з точки зору моніторингу й допомогло б зосередити зусилля та дефіцитні ресурси у нужденних районах.

На даний момент ані медичні заклади, ані регіональні та національні центри підтримки грудного вигодовування не повідомляють про свої витрати. Вони надають лише показники стану здоров'я. **Було б корисно включити в систему звітності фінансові показники**, тому що це дозволило б краще знати, скільки фактично коштує виконання програми. Це знов-таки було б корисно, коли треба визначити пріоритети використання дефіцитних ресурсів.

❖ 3 точки зору покращення системи охорони здоров'я

⁴³ Матеріали з ІЛДД, переглянуті, оновлені та розширені для інтегрованої допомоги, ЮНІСЕФ/ВООЗ, 2006.

Прийняття медичними працівниками індивідуального підходу до пацієнта допомогло б подолати недоліки, які ми побачили під час відвідання закладів охорони здоров'я. Індивідуальний підхід до пацієнта сприяв би акцентуванню уваги на матерях та їхніх родичах, дозволяючи працівникам підвищувати ефективність своєї роботи шляхом реагування на фактичні потреби. Це було б великим стрибком до забезпечення більш високої якості допомоги, надаваної пацієнтам.

Бюджетна система не дозволяє закладу охорони здоров'я фінансувати діяльність центрів підтримки грудного вигодовування, навіть якщо їхня діяльність дозволяє лікарні заощадити значні кошти. Стаття 65 Закону України «Про Державний бюджет України на 2008 рік» регламентує бюджетні асигнування на галузь охорони здоров'я⁴⁴. Витрачання державних коштів суворо регламентоване, й будь-яке рішення про зміни в кошторисах бюджетів або напрямках використання за рядками бюджету здійснюється на підставі резолюцій сесій обласних, міських або районних рад. Якщо ж заощаджені кошти не були використані у поточному бюджетному році, то рахунок установи обнуляється на початок року, й витрачання коштів нового року здійснюється за новими бюджетними призначеннями. **Існує потреба у більшій гнучкості в бюджетній системі.**

Малий бюджет лікарень є проблемою для більшості закладів. Проте, в кожній лікарні могли б існувати певні можливості заощадження коштів, якщо б бюджетна система була раціональнішою. Можна було б перерозподіляти кадрові ресурси, залежно від характеристик пацієнтів у кожній палаті, та запроваджувати гнучке управління персоналом, завдяки чому керівник лікарні міг би направляти персонал у більш завантажені палати.

Бюджетні обмеження також не дають закладам охорони здоров'я можливості купувати необхідне сучасне устаткування, потрібне їм для надання якісної допомоги. Відсутність фінансування деяких закладів охорони здоров'я безпосередньо впливає на якість допомоги. Наразі бюджет середньої лікарні розподіляється наступним чином:

- ✓ 72% - оплата праці;
- ✓ 17% - електрична енергія й паливо;
- ✓ 4% - харчування пацієнтів (у середньому **5,23 грн.** на 1 особу на день, або, в деяких закладах, 1 грн. на харчування 1 матері, хоча одна хлібина коштує 3 грн.);
- ✓ 5% - на ліки (у середньому 3,42 грн. на 1 особу на день, але в деяких закладах – 0,99 грн.).

У цьому бюджеті майже нічого не передбачено на розвиток, навчання, обладнання, ремонт, утримання, транспорт тощо. Більше того, заробітна плата персоналу дуже низька, від 700 грн. на місяць у медсестри до 1000 грн. на місяць у лікаря-спеціаліста. У таких умовах медичні заклади не можуть функціонувати належним чином. Ці бюджетні обмеження створюють також обмеження для запровадження принципів РІЛДД. **ЮНІСЕФ у своєму лобіюванні реформи галузі охорони здоров'я повинен заохочувати в лікарнях процеси залучення коштів на задоволення потреб у новому обладнанні. Реформа галузі охорони здоров'я допомогла б зосередитися на перерозподілі ресурсів у найбільш ефективний спосіб та визначити альтернативні джерела фінансування закладів охорони здоров'я.**

На даний момент деякі заклади намагаються залучати кошти, щоб нормально функціонувати. Деякі одержують пожертви в натуральній формі від громади (в районних лікарнях), інші залучають кошти через місцевих спонсорів, а треті мають зв'язки з міжнародними донорами. У більшості закладів є благодійний фонд, який збирає грошові пожертви, котрі зазвичай витрачаються на медикаменти, ремонт і утримання, тому що зібраних сум не вистачає на ремонт або купівлю обладнання. Проте, пожертви часто не включаються в основний бюджет, тому що заклади бояться, що органи охорони здоров'я зменшать бюджетні асигнування, якщо вони повідомлять про залучені кошти. **Бюджетну систему слід удосконалити, щоб можна було включати в основний бюджет пожертви в натуральній та готівковій формі. Органи**

⁴⁴ Див. витяг із цього закону в Додатку 9.3.

охорони здоров'я повинні уникати негативної реакції на залучення коштів. Разом з цим, це повинно супроводжуватися підвищенням прозорості бюджетів лікарень, щоб забезпечувалася підзвітність. Ці пропозиції можна було б включити до інших пропозицій щодо майбутніх реформ галузі охорони здоров'я в Україні.

Проте, першим кроком у покращенні існуючої системи мало б бути проведення пілотного обстеження у двох різних лікарнях, родопомічних закладах або неонатальних центрах з метою визначення реальної вартості пологів та інших послуг у цих закладах. Обстеження слід проводити з точки зору домогосподарств, щоб забезпечити врахування готівкових платежів. Група експертів також має вибрати, за яким методом економічної оцінки охорони здоров'я буде здійснюватись оцінка. Експерти мають вибрати один із наступних методів:

- «Витрати–ефективність» - проведення порівняльної оцінки співвідношення витрат та ефективності проведення двох, трьох і більше пологів, вартість проведення яких однакова, але отримані результати різні;
- «Мінімізація витрат» - проведення порівняльної оцінки декількох пологів, проведених на одному рівні ефективності та безпеки та за різною вартістю.
- «Витрати–корисність» - одиниці корисності визначаються отримувачем послуг, оцінюється вплив перебування в стаціонарі на якість подальшого життя як жінки, так і немовляти;
- «Витрати–вигода» - розрахунок витрат на надання допомоги та їх порівняння з матеріальною вигодою (якщо за послугу отримані кошти).

Така оцінка була б корисна, якщо б вона була елементом загального бажання реформувати галузь охорони здоров'я. Разом з тим, її також можна було б використати для того, щоб переконати зацікавлені сторони у необхідності реформування. Як така, оцінка вимагатиме великого бюджету, причому обсяг фінансування має визначатися науково-дослідним інститутом або організацією, що проводить дослідження. **Можливо, доречно було б, щоб факультет університету розробив науково-дослідницьку пропозицію, для якої вони визначили б фінансування.**

❖ З точки зору покращення запровадження РІЛДД

Існує необхідність переорієнтації, а не розвитку РІЛДД, що весь персонал, як здається, розуміє дуже добре. Проте, акцент має ставитися на основах РІЛДД та сутності охорони здоров'я: на догляді за пацієнтом і на практиці, доброзичливій до матері. Навіть при тому, що грудне вигодовування є природним процесом, на відміну від медикалізованого, медичні працівники мають бути разом із матерями у перші три дні грудного вигодовування.

Як перешкоду для ефективного запровадження РІЛДД працівники закладів згадували не лише відсутність обладнання, а й дефіцит комунікаційних матеріалів. Оскільки деякі центри підтримки грудного вигодовування зазначили, що мають доступ до нових ІОК-матеріалів, **існує нагальна потреба у складенні переліку комунікаційних та освітніх матеріалів, наявних у кожному центрі, та у вивченні можливостей спільного використання цих матеріалів центрами підтримки грудного вигодовування в кожній області та на міжобласному рівні.** Це дозволило б заощадити дуже великі кошти, тому що DVD-диски можна відтворювати для всіх центрів підтримки грудного вигодовування, замість того, щоб кожний центр створював власний диск. Друковані матеріали можна було б розсилати електронною поштою та передруковувати з низькими витратами на звичайному папері, якщо можливо. Це могло б стати новою функцією київського Методично-організаційного моніторингового центру. Практика спільного використання ІОК-матеріалів могла б бути цікавим способом розроблення більш ефективних практичних методів.

Що стосується гласності заходів ЮНІСЕФ, то необхідно оновити ту сторінку на його веб-сайті, де зазначено, що закладів, доброзичливих до дитини, в Україні немає⁴⁵.

⁴⁵ Див. наступне посилання: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/assets/statusbfhi.pdf>

4.2 Чи охоплює РІЛДД малозабезпечені верстви населення, і як у концепції, управлінні та результатах РІЛДД представлено підхід, заснований на правах людини?

4.2.1 Охоплення малозабезпечених груп

4.2.1.1 Вимоги

У документі «Програма для країни» для України на 2006-2010 рр. зазначено, що «підхід буде заснований на правах людини, а заходи будуть у пріоритетному порядку орієнтовані на найбільш уразливих і малозабезпечених дітей та молодь»⁴⁶.

4.2.1.2 Здобутки

Оскільки охорона здоров'я в Україні є безкоштовною, отже, послуги для всіх вагітних жінок теж є безкоштовними, а це означає, що Україна надає рівний доступ всім категоріям населення, в тому числі найбільш уразливим.

Відвідані під час оцінки медичні заклади зазначали, що вони обслуговують усе населення, в тому числі і малозабезпечені верстви. В усіх лікарнях були жінки, які народили там дітей і щодо яких лікарні контактували з соціальними службами. Координацію між місцевими соціальними службами та закладами охорони здоров'я називали загальною практикою.

Цифри показують, що в Україні існує ефективна практика супроводження вагітних жінок. За даними АМР США, 97% жінок хоча б один раз за передпологовий період відвідали жіночу консультацію. Проте, ті жінки, що не відвідують жіночу консультацію, можливо, є найбільш малозабезпеченими. Це можуть бути самотні жінки, які не можуть дозволити собі цілий день бути відсутніми на роботі, або жінки з віддалених селищ, котрі не можуть дозволити собі приїхати у місто на огляд.

Обласні методично-організаційні моніторингові центри повідомляють, що їхній персонал, який пройшов навчання з РІЛДД, навчає персонал місцевого рівня, наприклад, сільських лікарів. Проте, точних цифр надано не було, і чіткої стратегії такого навчання немає.

4.2.1.3 Недоліки, пробіли та обмеження

❖ Стосовно проблем системи охорони здоров'я

Питання вартості є ключовим моментом при обговоренні загальнодоступності медичної допомоги. У Звіті ПРООН про людський розвиток за 2007-2008 роки показано, що приватні витрати на охорону здоров'я в Україні високі, хоча охорона здоров'я безкоштовна. Річард Роуз у статті «Корупція шкідлива для вашого здоров'я: висновки щодо Центральної та Східної Європи»⁴⁷ зазначає, що стягування «корупційного податку» на лікування, яке має бути безкоштовним, було звичайною процедурою в комуністичну епоху і, можливо, збережеться й далі.

⁴⁶ Програма для країни. Україна, 2006-2010 рр.; Економічна та соціальна рада ООН, квітень 2005 р.

⁴⁷ Corruption is bad for your health: findings from Central and Eastern Europe; Richard Rose; Global Corruption Report 2006; Corruption and health; Transparency International, 2006 – www.transparency.org

Автори статті «Плата за безкоштовну медицину»⁴⁸ також обговорюють вплив неофіційних платежів на доступ до медичного обслуговування. Готівкові платежі є величезною перешкодою для найбільш нужденних верств суспільства – найбільш вразливих та хронічно хворих і тих, хто не може дозволити собі платити за медичну допомогу. Тому встановлення неофіційних платежів може мати ізолюючий ефект для вищезазначених пацієнтів. Хоча офіційна плата за послуги є життєздатним варіантом у багатьох країнах, такі платежі мають бути прив'язані до офіційних механізмів, щоб забезпечити доступ до послуг найбільш вразливим групам (найбіднішим або маргіналізованим верствам).

Проте, експерти, які проводили оцінку, не одержали багато інформації про фактично сплачувані суми або подарунки з боку пацієнтів лікувальних закладів. Ці платежі є незаконними, тому і пацієнти і медичні працівники неохоче розголошують будь-яку інформацію. Бесіди, що їх ми проводили, однак, показали, що деякі пацієнти платять за додатковий комфорт у своїх палатах. Деякі медичні працівники пояснили, що партнерські пологи «є більш дорогими», ніж звичайні, показуючи в такий спосіб, що «звичайні пологи» мають певну ціну, яка менше за ціну «партнерських пологів». У районних лікарнях пацієнтам доводиться самим забезпечувати своє харчування, тому що бюджет лікарні надто малий для того, щоб забезпечити харчування всіх пацієнтів. Через це деякі люди можуть уникати звернення до лікарень.

За інформацією, зібраною консультантами, в одному з закладів, доброзичливих до дитини, обласного рівня, сім'ям довелося б заплатити за звичайні пологи 500 гривень, а за партнерські – 800 гривень. В іншому закладі жінки, які хочуть, щоб їхній партнер був присутній при пологах, повинні додатково платити 500 гривень за цю послугу. Виклик лікаря-спеціаліста коштує 200 гривень.

Для відома у додатку 4 (9.4) наведені розцінки київської приватної клініки «Ісида». Проте, читачу слід пам'ятати, що це – не витрати, а офіційні ціни, що їх пацієнти платять приватному прибутковому закладу.

❖ Стосовно проблем запровадження РІЛД

На жаль, лікарні не змогли надати цифри стосовно соціального статусу своїх пацієнтів, тому що вони зазвичай не відстежують такі дані. На поточний момент дані стосовно соціального статусу пацієнтів заносяться в їхні картки, якщо це важливо – наприклад, якщо це потрібно для звернення до соціальних служб на предмет спільного підходу до підтримки матері чи сім'ї. Проте, витягти ці дані з карток було б вкрай важко.

У багатьох відвіданих нами лікарнях – красиві входи, до яких ведуть 10-12 сходинок. Проте, не в багатьох закладах є доступ для відвідувачок на інвалідних візках. Не передбачена також можливість надання інформації жінкам із дефектами зору або слуху. Питання доступності, безсумнівно, повинно вирішуватися МОЗ, тому що жінки з інвалідністю такою мають право стати матерями.

Хоча доброзичливі до дитини родопомічні заклади є важливими для покращення результатів пологів для здоров'я жінок і дітей, ця ініціатива на основі лікарень має охопити роботою з пропаганди грудного вигодовування також інші заклади. Сприяння грудному вигодовуванню та нормальним партнерським пологам можна розвивати в поліклініках та у загальних закладах первинної медико-санітарної допомоги, з метою забезпечення ширшого охоплення.

Вражає нерівність між медичними закладами в межах однієї області. У той час коли заклади, що фінансуються містами, загалом краще обладнані й добре профінансовані, мають

⁴⁸ Paying for free health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe; Global Corruption Report 2006; Corruption and health; Transparency International, 2006

відремонтовані будівлі й добре оснащений «центр підтримки грудного вигодовування», в закладах обласного рівня такого немає. Ще більш приголомшуючим виявився розрив між міськими закладами в обласному центрі та районними закладами. Під час консультивання в нас не було можливості відвідати заклади, розташовані в сільських або гірських районах. Проте, заклади районного рівня мають набагато менший бюджет у розрахунку на одне ліжко, ніж інші заклади в обласному центрі.

4.2.1.4 Майбутні потреби

❖ 3 точки зору збирання даних

Було б доречно, якщо б Міністерство охорони здоров'я або Статистичне бюро передбачило в медичних закладах або центрах підтримки грудного вигодовування (чи методично-організаційних моніторингових центрах) систему моніторингу непрямих показників соціального статусу пацієнтів. Ці показники могли б включати рівень доходу (для чого треба запитувати в пацієнтів, до якого діапазону потрапляє їхня зарплата), місце походження (сільська місцевість – віддалена або місто), відстань від лікарні й час на дорогу до лікарні, рід занять (за прийнятою в Україні загальною класифікацією), наявність роботи або незанятість.

Центри підтримки грудного вигодовування обласного рівня повинні відстежувати частку жінок і партнерів, які проходять навчання з питань партнерських пологів та грудного вигодовування, відносно загальної кількості народжених у лікарні. У такий спосіб ці заклади знали б, на якому рівні знаходяться надавані ними послуги та чого їм треба прагнути.

❖ 3 точки зору покращення системи охорони здоров'я

Питання оплати медичних послуг буде вирішено лише в рамках реформи галузі охорони здоров'я, тому що ці платежі дозволяють закладам і медичним працівникам долати труднощі й за один день не щезнуть. **Доречно було б вивчити приховані витрати на охорону здоров'я в Україні.** Таке дослідження могло б підштовхнути відповідальних осіб і одержувачів послуг до прийняття реальності щодо платежів, щоб почати роботу над визначенням рішень. Ця робота була б пов'язана з визначенням шляхів забезпечення доступу найбільш нужденних груп до дійсно безкоштовної медичної допомоги.

Хоча цифри, одержані в ході МДО населення України, показують, що 99% жінок у 2007 році принаймні один раз відвідали жіночу консультацію, ці відвідання, можливо, не були пов'язані з інформуванням і освітою матерів та їхніх партнерів або родичів. Таким чином, **якість передпологового спостереження треба покращувати**, зокрема шляхом прив'язки медичного огляду в рамках передпологового спостереження до надання інформації про вигоди принципів РІЛДД.

❖ 3 точки зору покращення запровадження РІЛДД

РІЛДД розвинула концепцію ІЛДД в Україні, поширюючи її на жіночі консультації, поліклініки та дитячі лікарні. Це поширення можна було б поглибити з метою забезпечення загального доступу до передпологового спостереження та післяродового патронажу й підтримки для нужденних груп. **Як згадано у публікації ВООЗ/ЮНІСЕФ про переглянуту та розширену ІЛДД, цю ініціативу слід поширювати на громади.**

Як зазначається у статті, опублікованій у «Бритиш Медикал Джорнел», для того, щоб досягти успіху, «ініціатива, доброзичлива до дитини, повинна охопити всю ланку первинної медико-

санітарної допомоги, а не обмежуватися лікарнями»⁴⁹. У країні, де матері перебувають у родопомічному закладі три дні після пологів, було б помилкою думати, що запровадження цієї ініціативи у межах закладу буде достатньо для сприяння грудному вигодовуванню. Треба робити більше до пологів, під час пренатальних інформаційних занять і після виписки з лікарень, у поліклініках, куди матері приходять, щоб обстежити дітей. **Слід докладати зусиль для охоплення більшої кількості жінок у період вагітності консультаванням, інформаційними та освітніми заняттями щодо догляду за дітьми на засадах РІЛДД.** Це має бути обов'язком центрів підтримки грудного вигодовування, як пропагандистів справжньої РІЛДД у відповідній області.

Центрам підтримки грудного вигодовування обласного рівня необхідно надавати сприяння у розробленні реальної та чіткої стратегії розширення доступу до медичних послуг матерів і дітей у сільських і віддалених районах, зокрема у гірських зонах. Здається, що область прагне сертифікувати заклади вчасно: коли заклад вимагає цього або готовий до цього, тоді центри підтримки грудного вигодовування реагують і направляють сертифікаційну групу. Слід також акцентувати увагу на жінках із ВІЛ/СНІДом, забезпечуючи, щоб вони мали доступ до якісного обслуговування без будь-якої дискримінації. Представників етнічних меншин, таких як рома, також слід заохочувати до відвідання медичних закладів. Це залежатиме від їхньої готовності до цього, що у свою чергу сильно залежить від якості надаваної їм допомоги, особливо від того, чи відчувають вони дискримінацію по відношенню до себе або ні. **Центри підтримки грудного вигодовування повинні бути каталізаторами цього руху в напрямку охоплення більш уразливих груп.**

Роль центрів національного та обласного рівня можна розширити, доручивши їм визначення пріоритетних напрямків розвитку закладів, доброзичливих до дитини. Це включало б, перш за все, розроблення певних критеріїв, наприклад, часу на дорогу до лікарні або відстані до неї, показників стану здоров'я та рівня доходу або інших відповідних критеріїв уразливості. Потім можна було б розробити стратегію для першочергової роботи з цими найбільш уразливими сферами. **Сильніший акцент на поширення РІЛДД на первинну медичну допомогу в Україні міг би бути ключем до охоплення нужденних груп.**

4.2.2 Підхід, заснований на правах, у запровадженні РІЛДД в Україні

4.2.2.1 Вимоги

У документі «Програма для країни» для України на 2006-2010 рр. зазначено, що «підхід буде заснований на правах людини, а заходи будуть у пріоритетному порядку орієнтовані на найбільш уразливих і малозабезпечених дітей та молодь»⁵⁰.

4.2.2.2 Здобутки

Коли ми обговорювали з головними лікарями й працівниками лікарень концепцію підходу, оснований на правах, вони запевняли нас, що він реалізується через вільний вибір, який надається матерям. Така ситуація існує в усіх родопомічних і педіатричних закладах, які ми відвідали. Персоналу це дуже чітко зрозуміло. Можливість вибирати є одним із ключових компонентів підходу, оснований на правах, тому це само по собі, безсумнівно, є досягненням.

⁴⁹ Editorial: Breast feeding: the baby friendly initiative; Aeesha N J Malik and William A M Cutting (University of Edinburgh, Department of Child Life and Health); British Medical Journal 23 May 1998; Volume 316: pages 1548-1549

⁵⁰ Програма для країни. Україна, 2006-2010 рр.; Економічна та соціальна рада ООН, квітень 2005 р.

Деякі медичні працівники зазначали, що їхній інклюзивний підхід до ВІЛ-інфікованих жінок забезпечує відсутність дискримінації; у такий спосіб вони поважають права всіх жінок. Це є результатом створення індивідуальних або сімейних пологових залів замість колективних. Це – ще один важливий здобуток процесу запровадження РІЛДД в Україні. Проте, навіть у деяких сертифікованих закладах досі існують колективні пологові зали, тому що немає коштів на ремонт.

Запровадження РІЛДД дозволило персоналу повернутися до колишнього (що існував до радянських часів) процесу природних пологів, що позитивно сприймали всі опитані працівники. Само по собі це дозволило перейти від україн медикалізованих пологів і догляду за матерями й дітьми до більш природного процесу. Як зазначали медичні працівники, це наблизило їх до потреб пацієнтів. Таким чином, запровадження РІЛДД дозволило виробити у сертифікованих закладах більш індивідуальний, «орієнтований на клієнта» підхід.

4.2.2.3 Недоліки, пробіли та обмеження

❖ Стосовно проблем системи охорони здоров'я

Хоча РІЛДД привнесла деякі дуже позитивні зміни у поводження з матерями й дітьми, ставлення персоналу все ще потрібно змінювати в бік більшої поваги до пацієнтів та їхніх родичів. Опір змінам, однак, в Україні дуже сильний, що продемонстрували Атюн та Олійник у своєму дослідженні щодо туберкульозу в Україні⁵¹. Вони роблять висновок про те, що «Україна не змогла запровадити стратегію безпосередньої контрольованої короткочасної терапії (БККТ) через організацію системи охорони здоров'я, фінансування та системи оплати тих, хто надає послуги, які викликають опір змінам, а протидія політиків і практикуючих лікарів цій стратегії заважає зусиллям із запровадження».

Вплив опору змінам з боку працівників, а також деяким аспектам нової ініціативи не слід недооцінювати. Опір змінам з боку населення також необхідно визнати перешкодою. На даному етапі користувачі послуг не обізнані щодо своїх прав і не готові вимагати їхньої реалізації. Водночас, медичні працівники, хоча й мають мотивацію до запровадження РІЛДД, тому що вона показує масу позитивних результатів, не обов'язково готові визнати, що користувачі послуг мають права.

❖ Стосовно проблем запровадження РІЛДД

Головне обмеження, виявлене під час оцінки, полягає в тому, що належного розуміння концепції підходу, ґрунтованого на правах людини, немає. Дехто відчуває, що чинить добре, дозволяючи жінкам вибирати. Ідея щодо можливості робити обґрунтований вибір або щодо розширення прав і можливостей не згадувалася.

Проведення обстежень ступеню задоволеності пацієнток не є поширеною практикою. Опитані працівники вважають: якщо жінки мають можливість вибрати місце, де народжуватимуть дитину, і лікаря, який їх доглядатиме, це значить, що вони поважають права жінок. Медичні працівники вважають, що, якщо пацієнтка довіряє лікарю, то лікарня поважає її права; це – обмежуюче сприйняття прав пацієнтки. Відповідного механізму подання та розгляду скарг немає, якщо не враховувати можливість звернення до керівництва лікарні.

Під час відвідань лікарень деякі елементи показали, що одержувачки послуг не знаходяться в центрі уваги персоналу. Наприклад, родичів, у принципі, щиро приймають у закладах, сертифікованих як доброзичливі до дитини. Проте, кілька разів ми бачили, як родичів, котрі

⁵¹ Resistance to implementing policy change: the case of Ukraine; Atun R., Olynik I; Bulletin of the World Health Organisation, February 2008; 86(2) pages 147 – 154.

прийшли до лікарні, сварили за те, що вони щось роблять не так (не знімають верхній одяг у лікарні, знаходяться там пізніше встановленого часу, 18.00), замість того, щоб допомогти їм зрозуміти правила відвідання родопомічного закладу.

Ми бачили жінку, чия дитина мала заячу губу та піднебіння, через що вона мала проблеми з грудним вигодовуванням. У відповідь на запитання про те, як лікар веде пацієнта, лікар відповів, що є протокол, що мати зустрінеться з іншим лікарем за кілька тижнів і що дитині доведеться робити хірургічну операцію у шестимісячному віці (хоча це залежить від стану дитини). Проте, лікар раніше не пояснив ситуацію матері, яка була вкрай занепокоєна й не мала жодного уявлення про те, що далі будуть робити з її дитиною.

4.2.2.4 Майбутні потреби

❖ 3 точки зору покращення системи охорони здоров'я

Працівники охорони здоров'я повинні скористатися нагодою, щоб пояснити можливості лікування дитини її матері. Це – елемент поваги до клієнта і, отже, перший крок до реалізації прав пацієнта.

За Конституцією України та іншими міжнародними правовими документами, ратифікованими Україною, громадяни мають право на якісну медичну допомогу. Відповідні документи процитовані нижче.

Стаття 49 Конституції України говорить:

- *Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.*
- *Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.*
- *Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.*
- *Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя.*

Україна також підписала ряд міжнародних юридичних документів, які стали частиною українського законодавства, як зазначено у Конституції. Україна приєдналася до наступних відповідних документів:

- Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (КЛДЖ);
- Конвенція про права дитини;
- Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, в якому держави-учасниці визнають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я.

Як результат, уже існують юридичні документи, що гарантують права громадян України щодо охорони здоров'я.

Підхід, оснований на правах, означає двосторонній процес, у якому установи (в нашому випадку заклади охорони здоров'я) поважають права своїх клієнтів, а самі клієнти здійснюють свої права і подають скарги, якщо є перешкоди до реалізації їхніх прав. **Користувачам послуг треба вимагати свої права. Для цього вони повинні мати повноваження.** Слід передбачити процедури подання скарг.

Розширення повноважень користувачів також передбачає створення об'єднань користувачів послуг. Такі об'єднання можуть у разі створення ініціювати розроблення статутів лікувальних закладів, перевага яких полягає в уточненні прав і обов'язків різних суб'єктів у закладі (пацієнти також мають обов'язки щодо лікування, які вони повинні виконувати...).

❖ 3 точки зору покращення запровадження РІДД

Для забезпечення доброзичливості лікувального закладу до дитини за його структурою спеціалісти охорони здоров'я, як здається, акцентують увагу на складних медичних процесах або організації лікувальних закладів. Проте, **спеціалісти охорони здоров'я повинні акцентувати увагу на одержувачах послуг, які повинні знаходитися в фокусі їхньої роботи й які повинні в кінцевому підсумку бути єдиними, хто судитиме, чи є заклад доброзичливим до дитини.** Це просто зрозуміти, але дуже важко забезпечити.

Виведення клієнта в центр процесу значно покращило б якість послуг, надаваних у лікувальних закладах. ЮНІСЕФ у цьому повинен бути взірцем для наслідування. Замість того, щоб зосереджуватися на тому, чи дотримуються технічні аспекти ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини», що можуть робити експерти з оцінки, **ЮНІСЕФ повинен заохочувати розроблення механізмів, які забезпечать, щоб користувачі послуг знаходилися в фокусі уваги сертифікованих закладів.** Це можна робити за допомогою опитувань користувачів послуг.

Історія Міжнародного зведення правил щодо збуту заміників грудного молока є резонансним прикладом того, як дії деяких активних громадян щодо бойкоту компанії «Нестле» спричинили прийняття й дотримання цього документу. Він досі не виконується у країнах, де немає активного залучення громадянського суспільства⁵².

Розширення повноважень користувачів послуг (матерів та їхніх родичів) лікарень, доброзичливих до дитини, щодо вимагання дотримання їхніх прав на якісні послуги також сприяло б реалізації трьох із чотирьох пріоритетних напрямків РІД ООН:

- інституційні реформи, які посилюють зв'язок з громадськістю і забезпечують можливість усім людям здійснювати свої права людини;
- посилення громадського суспільства з тим, щоб усі громадяни мали доступ до послуг та користувалися своїми правами;
- охорона здоров'я та медичні послуги із особливою увагою до підвищення їхньої якості та доступності.

Отже, необхідно продовжити зміцнення цих напрямків, щоб надати людям можливість здійснювати свої права, з посиленням громадського суспільства через розвиток груп користувачів у лікарнях і розвитком попиту на більш високу якість з боку користувачів, метою чого є підвищення якості послуг.

⁵² Докладніше про це див. http://en.wikipedia.org/wiki/Nestl%C3%A9_boycott. Зараз бойкот «Нестле» координує «Бейбі Мілк Екшн» (www.babymilkaction.org), зареєстрована у Великій Британії некомерційна організація. На зазначеному веб-сайті розповідається, як починати кампанію.

5 Як можна відстежувати дієвість РІЛДД за такими контрольними показниками, як результати ПДПК, результати РПР, наслідки для матерів і дітей

5.1 Вимоги

Що стосується зведеної матриці результатів за Програмою співробітництва між ЮНІСЕФ та Урядом України на 2006-2010 рр., то ключові результати, очікувані щодо виживання та розвитку дітей раннього віку, є наступними:

- десятикратне збільшення кількості закладів МОЗ, що мають статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» (базовий рівень – 42 такі заклади у 2004 р.);
- збільшення з 5% до 30% частки пологів, доброзичливих до сім'ї (базовий рівень – 5% у 2005 р.);
- збільшення на 50% кількості сімей, які користуються належною практикою догляду й годування задля виживання, зростання та розвитку.

У наступній таблиці представлена діяльність ЮНІСЕФ по видах за річними планами робіт на 2001-2008 рр., наданими ЮНІСЕФ.

Таблиця: Заходи ЮНІСЕФ по видах

Вид діяльності	Опис і рік виконання
Підготовка кадрів і розбудова спроможності	Підготовка національних інструкторів і консультантів із грудного вигодовування (2001). Підготовка національних експертів із сертифікації лікарень, доброзичливих до дитини (2001). Розроблено навчальний курс із питань лактації та грудного вигодовування; курс пройшов попереднє тестування серед провідних викладачів медичних вузів; надруковано та розповсюджено 2000 примірників (2002). Для 9 родопомічних закладів проведено 18-годинний навчальний курс; 250 працівників охорони здоров'я пройшли підготовку щодо консультування з грудного вигодовування (2002). Підготовка інструкторів із консультування щодо грудного вигодовування (2003). Підготовка експертів з оцінки лікарень, доброзичливих до дитини (2003). Збільшення масштабу розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» (підготовка з науково-доказової перинатальної практики) (2006). Підготовка національних експертів з оцінки (2007). Ознайомча поїздка представників Уряду та місії ЮНІСЕФ в Україні до Швеції з метою відвідання дитячих консультацій, результати якої використовуються у процесі реформування системи охорони здоров'я (2007). 60 спеціалістів із питань охорони здоров'я матерів і дітей пройшли інструктаж із Міжнародного зведення і отримали навчальні посібники (2008). Українська делегація бере участь у тренінгу Європейської мережі ІЛДД в Женеві (2008). 70 спеціалістів із питань охорони здоров'я матерів і дітей з областей проходять інструктаж щодо запровадження протоколу догляду за здоровою дитиною (2008).

Вид діяльності	Опис і рік виконання
Сертифікація, оцінка й переоцінка	Сертифікація 4 закладів охорони здоров'я (ЮНІСЕФ підтримав проведення оцінки, виготовлення дипломів і міжнародних відзнак) (2001). 7 пологових будинків, які пройшли оцінку, сертифіковані (2002). Переоцінка лікарень, доброзичливих до дитини (2004). Підтримка переоцінки (2007). Дипломи та дошки для лікарень, доброзичливих до дитини (2007). 30 лікарень, сертифікованих у 2005 році, пройшли переоцінку, а ще 30 лікарень – оцінку (2008).
Підтримка закладів і створення закладів	Створення трьох регіональних центрів для підготовки, оцінки, сертифікації, моніторингу та оцінки результатів лікарень, доброзичливих до дитини (2003). Створення Південного регіонального центру та Східного регіонального центру для підготовки, оцінки, сертифікації, моніторингу та оцінки результатів лікарень, доброзичливих до дитини (2003). Проведення початих у 2004 році заходів із запровадження розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» з охопленням дитячих поліклінік і лікарень (2005). Участь у створенні Методично-організаційного моніторингового центру МОЗ у дитячій лікарні «Охматдит» (2005).
Інформування, освіта й комунікація	Друк плакатів, буклетів і брошур щодо грудного вигодовування (60000 примірників) (2001). Розроблено, виготовлено й розповсюджено серед керівників обласних центрів охорони здоров'я матерів і дітей ресурсний пакет із ІЛДД (2002). Надано підтримку МОЗ у проведенні Всесвітнього тижня грудного вигодовування (2002). Підвищення обізнаності медичних спеціалістів і громадськості з питань грудного вигодовування (прес-конференція та церемонія вручення сертифікатів) (2003). Підвищення обізнаності медичних спеціалістів і громадськості з питань охорони здоров'я дітей раннього віку, Міжнародного зведення та грудного вигодовування (2004).
Розроблення стратегічних документів	Розроблення концепції та керівних засад сертифікації дитячих медичних закладів (поліклінік і лікарень) на статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» (2004). Впровадження доброзичливих до сім'ї та дитини науково-доказових стандартів охорони здоров'я матері та дитини (2005). Міжнародне зведення правил щодо збуту замінників грудного молока (оцінка чинного законодавства й нормативних актів, створення мережі НУО...) (2006). Проведення круглого столу з Міжнародного зведення, в тому числі підготовка комплексу пропагандистських матеріалів і матеріалів для ЗМІ (2007). Робота над Міжнародним зведенням (круглий стіл, переклад навчального посібника) (2007). Прийняття навчального комплексу з Міжнародного зведення й виготовлення 600 примірників (2008). Проведення круглих столів із питань дотримання Міжнародного зведення (2008). Нарада з питань розроблення Національної програми «Здорова дитина» на 2009-2013 рр. (2008).

Вид діяльності	Опис і рік виконання
Моніторинг і оцінка	Моніторинг національної програми підтримки грудного вигодовування (2004). Управління, моніторинг і оцінка ініціативи з підтримки грудного вигодовування та розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» (2006). Оцінка результатів РІЛДД (2008). 10 інспекційних поїздок МОЗ до областей (2008).

5.2 Здобутки

Статистику, що демонструє здобутки РІЛДД в Україні, можна побачити у четвертій частині цього звіту «Результати та вплив РІЛДД на стан здоров'я матерів і дітей в Україні».

Підтримка з боку ЮНІСЕФ стала ключем до початку та розвитку ІЛДД та РІЛДД в Україні. Усі співрозмовники погоджуються, що без ЮНІСЕФ ця ініціатива не почалася б. Усі вищезазначені заходи сприяли швидкому початку та розвитку ІЛДД та РІЛДД в Україні.

За словами опитаних, нижченаведені види діяльності більше інших сприяли розвитку РІЛДД:

- Навчання спеціалістів охорони здоров'я: на обласному рівні створена база підготовлених спеціалістів для подальшого навчання інших працівників.
- Створення методично-організаційних центрів та (або) надання їм підтримки: вони є основою для розвитку закладів, доброзичливих до дитини, на обласному рівні.
- Сертифікація та оцінка численних закладів, доброзичливих до дитини, до передачі цих функцій підготовленим працівникам національного та обласного рівня: оскільки процес сертифікації вимагає витрат на відрядження, проживання та добових витрат, то обласні управління охорони здоров'я повинні продовжувати підтримувати їх.
- Ознайомча поїздка до Швеції: українські працівники охорони здоров'я ознайомилися з сучасною практикою охорони здоров'я матерів і дітей. Поїздка була дуже ефективною для мотивування персоналу та зменшення його опору змінам. Вона буквально відкрила очі учасникам, які стали переконаними прибічниками сучасної практики, яку вони побачили у Швеції.
- Публікація методичних, навчальних і комунікаційних матеріалів: підтримку в плані публікацій та інших інформаційних, освітніх і комунікаційних матеріалів дуже високо оцінюють заклади обласного рівня та обласні управління охорони здоров'я.
- Розроблення національної політики, яка сьогодні об'єднана з указами; практика, доброзичлива до дитини, навіть включена в деякі стратегічні документи. Це – велике досягнення та один із ключових кроків до усталеності РІЛДД в Україні.
- ЮНІСЕФ почав роботу над прийняттям Міжнародного зведення правил збуту заміників грудного молока, і вже здійснено кілька кроків у напрямку його дотримання. Деякі основні інформанти зазначили, що прийняття Міжнародного зведення Україною є одним із ключових кроків до усталеності РІЛДД в Україні.

5.3 Недоліки, пробіли та обмеження

Кожного року виділялося дуже незначне фінансування на підвищення рівня обізнаності громадськості. Діяльність показує, що кошти витрачалися на підвищення рівня обізнаності спеціалістів і відповідальних осіб. У медичних закладах складнощі, що виникають для персоналу, частково обумовлені ставленням громадськості до грудного вигодовування (прибуваючи у пологове відділення, жінки приносять з собою дитячі суміші...), а інша практика (вони наполягають на повиванні немовлят, тому що бабуся каже, що це краще)

показує, що для більшого успіху запровадження принципів РІЛДД потрібно активізувати роботу з підвищення рівня обізнаності громадськості.

Диспропорції між географічними районами складають загрозу для запровадження РІЛДД в Україні. Ця ініціатива певною мірою зміцнює вже існуючий розрив між обласним центром та іншими територіями (селами й містечками) щодо охорони здоров'я. В Івано-Франківську центр підтримки грудного вигодовування працює дуже динамічно, і є готовність створити четвертий центр (центр сім'ї на додаток до центра підтримки грудного вигодовування, центру раннього розвитку дитини та школи батьків) у місті, а не зосередитися на розвитку закладів, доброзичливих до дитини, у віддалених і гірше обслуговуваних районах. На даний час усі рішення ухвалюють керівники згаданих центрів, причому без будь-якої чіткої стратегії. Єдина стратегія – розвиток РІЛДД.

Хоча політична основа для підтримки РІЛДД уже забезпечена, декілька опитаних спеціалістів зазначили, що необхідно інтегрувати РІЛДД у більшу кількість стратегій на національному рівні. Можливо, доречно також було б забезпечити включення принципів РІЛДД у документи обласного рівня, щоб гарантувати усталеність.

У трьох відвіданих областях мав місце дефіцит ІОК-матеріалів. Є великий попит на підтримку ЮНІСЕФ у розробленні таких матеріалів. Проте, спостереження показують, що деякі центри підтримки грудного вигодовування обласного рівня завдяки певним пожертвам розробили деякі матеріали, а інші центри (національного та обласного рівня) не знають про наявність таких документів. Відсутність спільного користування матеріалами впливає, мабуть, із недостатнього зв'язку між методологічними центрами.

Оскільки МОЗ і обласні органи розвинули свої можливості щодо проведення сертифікації та оцінки, потреби в тому, щоб ЮНІСЕФ виконував ці функції, не повинно бути. Проте, деякі основні інформанти зазначили, що є ризик того, що сертифікація та оцінка стане платним процесом.

Хоча наші співрозмовники відзначали, що бюджет, потрібний для проведення сертифікації, не дуже великий і може виділятися обласними управліннями охорони здоров'я, вони були занепокоєні тим, що МОЗ і обласні управління охорони здоров'я не зможуть фінансувати виготовлення відзнак, які до цього часу надавав сертифікованим закладам ЮНІСЕФ.

В Україні, як у більшості країн колишнього Радянського Союзу, громадянське суспільство слабе. Проте, досвід інших країн показує, що дотримання Міжнародного зведення ніколи не забезпечувалося лише правовою базою: воно запроваджувалося й виконувалося після того, як організації громадянського суспільства та активісти починали скажитися на недотримання Зведення.

5.4 Визначені майбутні потреби

❖ 3 точки зору покращення системи охорони здоров'я

ЮНІСЕФ міг би заохотити медичні заклади до залучення коштів, а МОЗ – до розроблення способів залучення, причому без негативної реакції з боку МОЗ (тобто без скорочення бюджету тих закладів, які отримують зовнішнє фінансування від донорів). Розроблення процедур складення бюджетів і звітування, які відображатимуть реальні витрати, допомогло б розвинути стабільну систему охорону здоров'я, в якій можна було б передбачити різні варіанти фінансування. Це стало б першим кроком до більш раціональної бюджетної системи в галузі охорони здоров'я.

❖ 3 точки зору покращення запровадження РІЛДД

Громадянське суспільство необхідно активно залучати до діяльності, що стосується Міжнародного зведення, якщо треба забезпечити його дотримання після прийняття, і ЮНІСЕФ необхідно працювати в більш випереджувальний спосіб, щоб сприяти розвитку громадянського суспільства з цією метою.

ЮНІСЕФ повинен розвивати діяльність із метою надання допомоги спеціалістам і відповідальним особам, задіяним у запровадженні РІЛДД, для переорієнтації та вироблення стратегії на основі потреб населення, а не на основі вимог РІЛДД.

Роль методично-організаційних центрів можна було б розвинути. Вони повинні виробити орієнтовану на потреби стратегію разом із центрами національного та обласного рівнів.

Слід виділяти більше коштів на підвищення обізнаності громадськості, пропаганду в засобах масової інформації та (або) пропаганду серед відповідальних осіб, а також на інформування про поведінкові зміни з метою доведення до відома громадськості переваг, які випливають із принципів РІЛДД.

Національний методично-організаційний моніторинговий центр повинен провести інвентаризацію всіх наявних комунікаційних матеріалів у всіх областях (плакатів, флеш-карт, флаєрів, брошур, DVD-дисків тощо) та визначити способи колективного використання цих матеріалів, щоб уникнути дублювання роботи на рівні кожної області. Для проведення цієї роботи роль національного методично-організаційного центру слід розширити.

ЮНІСЕФ слід заохотити МОЗ до проведення опитувань користувачів послуг, щоб одержати зворотний зв'язок від матерів та їхніх родичів стосовно якості допомоги, надаваної у закладі, та щодо ступеню реалізації принципів РІЛДД.

Для того, щоб забезпечити сертифікацію закладів, обласні управління охорони здоров'я та центри підтримки грудного вигодовування можуть об'єднати свої зусилля для знайдення спонсорів або донорів для фінансування витрат на сертифікаційну дошку.

6 Ефективність

6.1 Витрати на запровадження РІЛДД в Україні (управління, моніторинг, навчання, оцінка, переоцінка)

6.1.1 Вимоги

Для запровадження РІЛДД необхідні витрати за різними статтями бюджету, зокрема:

- ✓ оплата праці спеціаліста ЮНІСЕФ із розвитку дитини (надання рекомендацій зацікавленим сторонам).
- ✓ оплата праці персоналу закладів охорони здоров'я;
- ✓ періодичні витрати центрів підтримки грудного вигодовування (комунальні послуги, зокрема, доступ до мережі Інтернет...);
- ✓ обладнання центрів (комп'ютер, доступ до мережі Інтернет, столи, стільці, телевізор, DVD-плеєр...);
- ✓ обладнання закладів для забезпечення відповідності РІЛДД: пологові ліжка та інше устаткування для поліпшення пологових залів;
- ✓ модернізація закладів для забезпечення відповідності РІЛДД: розгортання індивідуальних і партнерських пологових залів, розгортання засобів для забезпечення спільного перебування матері й дитини та, згідно з постановою Уряду, для уникнення внутрішньолікарняних інфекцій, розгортання пологових залів, у яких матір перебуває

разом із дитиною до виписки з закладу (зараз у закладах це реалізувати не можна через брак коштів);

- ✓ командировочні та добові витрати, пов'язані з сертифікацією, оцінкою та переоцінкою, підготовкою кадрів та поширенням РІЛДД на віддалені райони;
- ✓ дошки та репродукції Пікассо для сертифікованих закладів;
- ✓ підготовка кадрів і регулярні заняття з підвищення кваліфікації, витрати на які зараз покриваються на обласному рівні;
- ✓ ІОК-матеріали (флаєри, брошури, DVD-диски...).

6.1.2 Здобутки

За словами більшості співрозмовників, запровадження РІЛДД забезпечило певні заощадження коштів для закладів охорони здоров'я і для сімей. Докладно про ці заощадження див. розділ 4 «Результати та вплив РІЛДД на стан здоров'я матерів і дітей в Україні».

Лікарні, де розташовані центри підтримки грудного вигодовування (методично-організаційні моніторингові центри), покривають періодичні витрати (оплата праці персоналу, комунальні послуги) з гордістю, зазначаючи, що в такий спосіб вони підтримують ініціативу.

Обласні управління охорони здоров'я та медичні заклади спільно покривають витрати на проведення оцінки.

У цілому основна маса коштів, необхідних для реалізації РІЛДД, виділяється з державного бюджету, обласних, міських і районних бюджетів. Це означає, що Уряд і місцеві органи влади долучилися до участі у РІЛДД і що запровадженню РІЛДД ніщо не загрожує.

6.1.3 Недоліки, пробіли та обмеження

❖ Стосовно недоліків у системі охорони здоров'я

Разом з тим, хронічний дефіцит коштів на покриття періодичних витрат медичних закладів, таких як витрати на електроенергію, низький рівень інвестицій та реновації й низька заробітна плата персоналу становлять загрозу для запровадження РІЛДД. Тому ЮНІСЕФ повинен лобювати в Уряді та донорській спільноті прискорення необхідного процесу реформування галузі охорони здоров'я.

Шкала заробітної плати медичних працівників є обмеженням для запровадження РІЛДД. Медичні спеціалісти мають усю повноту влади в їхніх відносинах із пацієнтом для того, щоб вирішувати, чи втрачати свій час і зусилля на реалізацію принципів, доброзичливих до дитини. Успіх РІЛДД в основному лежить на їхніх плечах. Проте, якщо їхні зусилля не будуть компенсуватися фінансово, існуватиме ризик того, що РІЛДД не буде повністю запроваджена.

Лікувальні заклади стоять ще перед однією перешкодою, яка впливає на належне запровадження РІЛДД. У 2001 році був виданий Наказ № 33, який встановлює розподіл персоналу по відділеннях закладу, зазначаючи чисельність усіх категорій медичних працівників та іншого персоналу в закладі. Відповідно до цього наказу, цей розподіл персоналу по відділеннях не може змінюватися самими закладами. Проте, в деяких лікарнях в одному відділенні персоналу забагато, а в іншому – не вистачає. У більшості лікарень навантаження на відділення нерегулярне, що вимагає гнучкості в управлінні кадрами. Більшість керівників медичних закладів і обласних управлінь охорони здоров'я скаржилися, що Наказ № 33 є для них перепорою.

Лікарні, як здається, мають доступ до дуже різних рівнів фінансування. У той час коли заклади міського рівня мали необхідні ресурси для нормального утримання й доступ до сучасного устаткування, міські заклади обласного рівня набагато більше потерпали від нестачі коштів. Лікарні районного рівня мали ще менший рівень фінансування, ніж заклади обласного рівня.

У наведеній нижче таблиці подані цифри витрат, повідомлені лікарнями. Необхідно зазначити, що не всі заклади погодилися надати нам таку інформацію.

Таблиця: Добовий бюджет у вибраних закладах

Заклад (цифри у гривнях)	Бюджет на 1 ліжко-день	Медикаменти на 1 ліжко-день	Харчування на 1 ліжко-день
Львівська міська дитяча лікарня	165	від 8 до 12	11
Львівський міський пологовий будинок	76	6,55	5,50
Головна районна лікарня м. Сокаль (Львівська область)	102,46	5,52	2,70 грн. і 7 грн. для туберкульозних хворих
Богородчанська районна лікарня (Івано-Франківська область)			8
Центральна обласна дитяча лікарня Івано-Франківської області		Фактичні витрати 14,40 грн.; розрахунок Міністерства – 8,40 грн.	7,70
Макіївська районна лікарня (Донецька область)	97		4 грн. у пологовому відділенні, 2 грн. в інших

Один із вражаючих моментів стосовно цих витрат – бюджет на харчування. Сьогодні в Україні неможливо прогодувати людину менш ніж на 10 гривень на добу. Проте, у п'яти з шести закладів, які повідомили ці цифри, добовий бюджет на 1 пацієнта становить менше 10 гривень, а у деяких із них – усього лише 2,70 гривень на 1 ліжко-день. Харчування – один із важливих компонентів здорового способу життя. Матір-годувальниця при такому добовому бюджеті на харчування не отримуватиме достатньо споживних мікроелементів. До цих цифр слід ставитися обережно, тому що лікарні не повідомили нам, як вони здійснювали такі розрахунки.

Цю різницю між різними лікарнями неможливо пояснити. Ці цифри є здебільшого показниками бюджетів, установленими Міністерством охорони здоров'я, а не фактичними витратами, за винятком випадків, де це особливо відмічено.

❖ Стосовно проблем запровадження РІЛДД

Роботу центрів підтримки грудного вигодовування зазвичай забезпечують співробітники, які працюють позаштатно. В одній із трьох відвіданих областей персонал центру підтримки грудного вигодовування отримував стимули (60 ф.ст. на місяць) за роботу в центрі. У більшості своїй, однак, ці працівники жодних стимулів не отримують, одержуючи лише місячну зарплату (зарплата лікаря-спеціаліста складає від 1500 до 3000 гривень на місяць). Медсестрам платять від 700 до 1500 гривень на місяць залежно від стажу роботи, посади у відділенні та кількості годин чергування за місяць.

Зарплату медичних спеціалістів неможна розглядати у відриві від РІЛДД. При таких низьких зарплатах дуже складно мати мотивований персонал та уникати таємних платежів від пацієнтів лікарям за офіційно безкоштовні медичні послуги.

Хоча персонал був дуже мотивований навчанням і звертається з проханням про додаткове навчання, ступінь, у якому працівники можуть реально сприяти запровадженню РІЛДД, залежить виключно від їхньої особистої мотивації та рівня відданості справі охорони здоров'я населення, яке вони обслуговують.

6.1.4 Майбутні потреби

❖ 3 точки зору покращення запровадження РІЛДД

ЮНІСЕФ повинен сприяти посиленню координації між методично-організаційними моніторинговими центрами з метою скорочення витрат на розроблення комунікаційних матеріалів. Спільне використання існуючих матеріалів, які можна друкувати з невеликими витратами, означало б негайний доступ деяких центрів до таких матеріалів.

❖ 3 точки зору покращення системи охорони здоров'я

Донори, які сприяють реформі в галузі охорони здоров'я, повинні лобіювати в Уряді перегляд шкали заробітної плати медичних працівників.

Бюджетну систему лікарень слід переглянути, щоб вони мали можливість використовувати фактично наявні ресурси (пожертви в натуральній формі, підтримку донорів...). Це надало б тим, хто приймає рішення, реалістичне уявлення про те, що закладу охорони здоров'я фактично необхідно для нормального функціонування. Разом з тим, у лікарнях пояснили, що не готові поділитися такою інформацією, тому що Уряд скоротить відповідні бюджетні асигнування. Стимули, які не є прозорими, слід усувати.

В Уряді слід лобіювати перегляд Наказу 33 і забезпечення більшої гнучкості управління кадрами в медичних закладах. Це означало б більшу економію коштів, тому що керівники закладів могли б розподіляти персонал відповідно до фактичної структури випадків у кожному відділенні чи палаті. Світовий банк у своїй Стратегії партнерства з Україною⁵³ також відмітив, що для ефективної роботи керівникам необхідно мати більший контроль над бюджетами закладів.

Обласні управління охорони здоров'я також слід заохочувати до виявлення шляхів ефективнішого впливу на кадрові ресурси, наслідуючи приклад Донецької області. Донецьке обласне управління охорони здоров'я розробило стратегію управління кадровими ресурсами й відповідне бачення. Таку роботу можна було б провести на рівні кожної області, а потім поділитися результатами на національному рівні для визначення шляхів подальших зусиль із питань кадрових ресурсів.

6.2 Частки участі ЮНІСЕФ, Уряду та інших суб'єктів у фінансуванні

6.2.1 Здобутки

⁵³ Стратегія партнерства з Україною на період 2008-2011 фінансових років; МБРР та МФК, 3 листопада 2007 р. - http://siteresources.worldbank.org/INTUKRAINA/Resources/CPS_20071206_eng.pdf

Одержати від МОЗ та обласних адміністрацій повну фінансову інформацію не вдалося. Тому консультанти не змогли точно розрахувати частку участі різних суб'єктів у фінансуванні. Проте, проведена робота дозволила нам уточнити певні моменти.

Обласні адміністрації покривають усі періодичні витрати, в тому числі на кадрові ресурси, які є основними видатками для запровадження РІЛДД. Для цього обласні адміністрації отримують відповідні кошти від Уряду, суму та частку яких не повідомили.

На рівні Уряду існує група з п'яти провідних спеціалістів, які працюють у МОЗ над запровадженням РІЛДД.

ЮНІСЕФ надавав підтримку в оснащенні моніторингових центрів і деяких медичних закладів. ЮНІСЕФ продовжує підтримувати переоцінку та надає сертифікаційні дошки та репродукції Пікассо сертифікованим закладам. Дошки сприяють мотивації персоналу, тому що вони підвищують престиж закладу і, отже, престиж персоналу, який там працює. ЮНІСЕФ також надає підтримку Національному методично-організаційному моніторинговому центру, в основному шляхом надання додаткового бюджету на покриття командировочних витрат. У самому ЮНІСЕФ Спеціаліст із розвитку дитини витрачала на РІЛДД близько 10% свого часу, Програмний асистент – близько 3%, а Заступник Представника – близько 2%.

ДСІ отримує фінансування від АМР США на виконання в Україні свого проекту з охорони здоров'я матерів і немовлят. Задачі цієї програми полягають у наступному:

- покращити перинатальні послуги та догляд за новонародженими;
- розширити можливості медичного персоналу для ведення складних вагітностей;
- зміцнити служби планування сім'ї;
- покращити зв'язки між клініками сімейної медицини, амбулаторними закладами та пологовими будинками;
- інтегрувати догляд щодо пренатальних послуг, народження та методів ведення пологів;
- створити систему моніторингу та оцінки для забезпечення регулярного зворотного зв'язку для закладів первинної медико-санітарної допомоги.

У 2008 році ДСІ проводить базисне дослідження для оцінки фактичних рівнів грудного вигодовування в поліклініках. Таке саме дослідження буде проводитися у наступні три роки.

Швейцарська корпорація розвитку (ШКР) у 2005-2007 роках виконала два проекти:

- з покращення перинатальних послуг охорони здоров'я шляхом удосконалення стандартів, процедур і механізмів, розвитку телекомунікацій, покращення управління клінічними інженерно-технічними роботами;
- зі сприяння охороні здоров'я матерів і дітей, у тому числі шляхом навчання медичних спеціалістів індивідуальним підходам до консультування вагітних жінок, сімейних пар і неповнолітніх дітей, зі співробітництвом із засобами масової інформації у розробленні кампаній із пропаганди здорового способу життя.

Світовий банк у своїй Стратегії партнерства для України на 2008-2011 роки⁵⁴ **«підкреслює взаємозв'язок між реформуванням державних фінансів і державного управління та поліпшенням якості публічних послуг**. Публічні послуги можна поліпшити лише у випадку, якщо розподіл бюджетних коштів здійснюватиметься у спосіб, який дозволяє винагороджувати успішних виконавців, надає бюджетним установам право на свій розсуд вирішувати щодо подальшого використання коштів... Втім, у цій Стратегії застосовується підхід, згідно із яким реформи системи управління державними фінансами та соціальної допомоги і страхування – це перший крок до діалогу щодо поліпшення якості публічних послуг».

⁵⁴ Стратегія партнерства з Україною на період 2008-2011 фінансових років; МБРР та МФК, 3 листопада 2007 р. - http://siteresources.worldbank.org/INTUKRAINA/Resources/CPS_20071206_eng.pdf

Таким чином, Світовий банк підтверджує, що систему розподілу бюджетних коштів необхідно змінити, щоб забезпечити більш ефективне використання дефіцитних ресурсів. Поліпшення бюджетної системи буде для Світового банку відправною точкою для покращення використання державних коштів, і така робота буде спрямована також на регіональні адміністрації. Що стосується охорони здоров'я, Світовий банк проводитиме адвокаційну програму з Урядом з метою покращення стану здоров'я населення та поліпшення послуг охорони здоров'я, а також для зменшення екологічних ризиків для здоров'я.

6.2.2 Недоліки, пробіли та обмеження

Обмеженість ресурсів на державному та обласному рівні частково спричинена недоліками бюджетної системи:

- немає конкретного програмного бюджету для групи спеціалістів, які працюють на рівні МОЗ, що необхідно для функціонування РІЛДД, особливо на обласному рівні;
- відсутність бюджетних коштів на відрядження персоналу обласного й національного рівня, який відповідає за реалізацію РІЛДД, в результаті чого не здійснюється супровід і надання допомоги сертифікованим закладам.

ЮНІСЕФ також стикається з дедалі серйознішими складнощами у залученні коштів на програми в Україні, враховуючи рівень розвиток України, поєднаний з прийнятними рівнями показників здоров'я населення.

6.2.3 Майбутні потреби

❖ 3 точки зору покращення запровадження РІЛДД

Слід розвивати координацію між суб'єктами, зокрема, обмін інформацією про заклади, які працюють добре, та про заклади, яким для досягнення кращих результатів потрібна підтримка. Таку практику могли б курирувати методично-організаційні моніторингові центри. Можна було б організовувати ознайомчі поїздки по Україні та до сусідніх країн, де запроваджено ІЛДД, з метою розширення кругозору медичних спеціалістів і тих, хто приймає рішення.

ЮНІСЕФ повинен запросити донорські агенції та НУО, які виконують проекти у сфері охорони здоров'я матерів і дітей, провести нараду для обговорення видів діяльності, що ведуться, і географічного охоплення. Така зустріч також могла б стати нагодою для обміну інформацією стосовно найбільш нужденних територій та забезпечити ефективніше охоплення найбільш уразливих верств населення. Ці зустрічі мають проводитися регулярно, але не обов'язково часто.

Надання «центрам підтримки грудного вигодовування» доступу до мережі Інтернет могло б дозволити медичним працівникам, задіяним у запровадженні РІЛДД, одержати доступ до результатів досліджень, які вони могли б використовувати у своїй роботі. Розширення бази знань спеціалістів посилює вплив навчання.

❖ 3 точки зору покращення системи охорони здоров'я

ЮНІСЕФ повинен лобіювати в Уряді збільшення асигнувань на відрядження відповідних спеціалістів МОЗ та персоналу обласного рівня. Це дозволило б персоналу МОЗ знати ситуацію на місцях і адаптувати пріоритети відповідно до потреб. Крім того, завдяки цьому персонал обласного рівня міг би відстежувати запровадження РІЛДД у районах, де має місце сильний опір змін.

6.3 Чи є фінансові внески ЮНІСЕФ доречними, адекватними та достатніми для досягнення запланованих результатів?

6.3.1 Вимоги

З національної політичної основи видно, що Уряд розвиває РІЛДД як складову національної політики. Тому Уряд має супутній обов'язок щодо покриття витрат, необхідних для запровадження цієї ініціативи.

Витрати на основну масу заходів покриваються з бюджетів обласного рівня. ЮНІСЕФ надає додаткове фінансування на такі заходи, як забезпечення гласності, ІОК-матеріали, підготовка кадрів і обговорення Міжнародного зведення. Докладно внески ЮНІСЕФ представлені у розділах 3.2 та 5.1.

6.3.2 Здобутки

До цього часу РІЛДД запроваджена у 158 медичних закладах, у тому числі в деяких дитячих лікарнях і поліклініках. У наведеній нижче таблиці подано кількість сертифікованих закладів деяких типів та відсоткова частка типів закладів у загальній кількості сертифікованих закладів в Україні.

Таблиця: Кількість сертифікованих закладів за типами та часткою у загальній кількості закладів⁵⁵

Тип закладу	Сертифіковано	У відсотках
Пологові будинки	51	57%
Пологові відділення обласних лікарень	3	37%
Пологові відділення міських лікарень	26	26%
Пологові відділення центральних районних і районних лікарень	38	7,8%
Пологові відділення дільничних лікарень	0	
Центральні районні лікарні	37	7,8%
Обласні дитячі лікарні	7	24%
Міські дитячі лікарні	9	9%
Дитячі поліклініки при міських дитячих лікарнях	10	8,5%

Крім того, є 50 центрів охорони материнства при пологових будинках і 29 таких центрів при міських лікарнях.

Методично-організаційні моніторингові центри відіграють активну роль у запровадженні та розвитку РІЛДД, і їх частково підтримує ЮНІСЕФ.

⁵⁵ Тематичний огляд співпраці МОЗ України та дитячого фонду ООН за програмою «Здоров'я та розвиток дітей» за 2006-9 місяців 2008 року; Методично-організаційний моніторинговий центр Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», Київ.

Нижче у таблиці зазначені джерела фінансування Методично-організаційного моніторингового центру Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит».

Статті витрат (грн.)	Фінансування місцевого бюджету	Фінансування ЮНІСЕФ ⁵⁶	Усього витрат
2005			
Закупівля комп'ютерної та офісної техніки		25250	25250
2006			
Закупівля меблів		15130	15130
2007			
Ремонт	14712		14712
Утримання офісного приміщення	12000		12000
Технічне забезпечення	10787		10787
Заробітна плата працівників – 2 особи	32000		32000
Всього за рік	69499		
9 місяців 2008 року			
Утримання офісного приміщення	6800		6800
Технічне забезпечення	6750		6750
Заробітна плата працівників – 2 особи	25000		25000
Всього за 9 місяців	38550		
ВСЬОГО ВИТРАТ, 2005-2008 рр.	85249	40380	148429

ЮНІСЕФ брав участь у створенні цього центру, а основна маса витрат покривається через бюджет лікарні з місцевого бюджету. Фінансування тренінгів для співробітників медичних закладів, засідань координаційної ради, розробки та друку методичної літератури, плакатів, буклетів, дипломів, дошок для установ, яким надано звання «Лікарня, доброзичлива до дитини» здійснювалось виключно на кошти ЮНІСЕФ.

Внески ЮНІСЕФ є доречними в тому сенсі, що ЮНІСЕФ підтримував швидкий запуск ініціативи, після чого Уряд почав грати свою керівну роль у запровадженні РІЛДД. ЮНІСЕФ не схильний фінансувати українські служби охорони здоров'я у довготерміновій перспективі, і його роль має вплив у виробленні оптимальної практики, яка покращила наслідки для стану здоров'я матерів і дітей, забезпечила економію коштів і дозволила розвинути практику, більш орієнтовану на потреби клієнта.

ЮНІСЕФ сприяв розвитку мережі суб'єктів, які зараз запроваджують РІЛДД.

6.3.3 Недоліки, пробіли та обмеження

❖ Стосовно недоліків у системі охорони здоров'я

Жодна система охорони здоров'я у світі не може сказати, що має достатні ресурси. Робота за умов дефіциту ресурсів характерна для систем охорони здоров'я. Тому ми не можемо сказати, що є достатньо ресурсів для забезпечення належного запровадження РІЛДД.

⁵⁶ Перераховано у гривні за офіційним курсом НБУ 1 долар США = 5,05 грн.

Поточне фінансування сертифікованих закладів не дозволяє здійснювати раціональне управління. Дуже малі бюджети лікарень іноді роблять «пожертви» обов'язковими для пацієнтів або примушують їх до інших видів таємних платежів, що несправедливо, тому що платити повинні і бідні, й багаті, незалежно від рівня доходів.

Більшість закладів потребують значних інвестицій у ремонт і оснащення для повного запровадження РІЛДД. Ці заходи повинні супроводжуватися подальшою підготовкою кадрів. Ураховуючи сьогодишню фінансово-економічну кризу, надії на те, що Уряд зможе покривати такі витрати найближчим часом, майже немає. При цьому треба зазначити, що роль ЮНІСЕФ не полягає в тому, щоб замінити Уряд у виконанні його функцій. Тому мережа суб'єктів РІЛДД повинна розраховувати на ресурси обласного рівня. Деякі обласні органи охорони здоров'я мають бюджет і можуть проводити значні роботи з реконструкції за підтримки спонсорів або донорів.

❖ Стосовно питань запровадження РІЛДД

Можливо, ЮНІСЕФ слабо працював у забезпеченні охоплення вразливих груп і поваги до прав користувачів послуг. Надання підтримки центрам обласного рівня було необхідним кроком для початку реалізації РІЛДД в Україні. Проте, РІЛДД має йти далі та охоплювати віддалені райони, де є вразливі групи населення. Наведені вище цифри показують, що центральні районні та районні лікарні, сертифіковані як заклади, доброзичливі до дитини, складають лише 7,8% від загальної кількості, тоді як на міські лікарні припадає 26%, а на обласні – 7%.

6.3.4 Визначені майбутні потреби

❖ 3 точки зору покращення запровадження РІЛДД

У подальшому розвитку РІЛДД в Україні **акцент слід робити на заклади та поліклініки районного рівня й далі вниз до медичних служб сільського рівня та служб первинної медико-санітарної допомоги в цілому.** У наступні роки пріоритет у сертифікації слід віддавати закладам районного та нижчих рівнів. Інформування та навчання вагітних жінок на ранньому етапі вагітності дозволить їм робити правильний вибір для свого здоров'я і здоров'я своєї дитини, зокрема стосовно харчування у період вагітності. Концентрація уваги на віддалених районах, де медичні послуги важкодоступні, покращила б результати заходів із охорони здоров'я матерів і дітей у цих районах. У такий спосіб були б охоплені вразливі верстви населення з віддалених районів. МОЗ і обласним управлінням охорони здоров'я слід прийняти такий підхід.

В Україні слід розвивати нові підходи до догляду за пацієнтами. Вони повинні бути **доброзичливими до матері**, як того вимагають переглянуті матеріали з ІЛДД, та **основаними на правах**. Розширення повноважень пацієнтів, пов'язане з цими підходами, сприяло б покращенню результатів заходів із охорони здоров'я. Це було б підтримано орієнтованою на потреби стратегією центрів підтримки грудного вигодовування на національному та обласному рівнях.

6.4 Чи існує чіткий зв'язок між внесками ЮНІСЕФ і результатами РІЛДД?

6.4.1 Що потрібно для забезпечення результатів РІЛДД?

Для ґрунтового запровадження РІЛДД потрібні:

- ✓ політика на національному та обласному рівнях;
- ✓ достатній бюджет для утримання лікарень та інших закладів охорони здоров'я;
- ✓ підготовка кадрів;
- ✓ оснащення закладів;
- ✓ ремонт закладів;
- ✓ інформаційні матеріали;
- ✓ мотивований персонал (мотивація включає, зокрема, надання стимулів);
- ✓ доступ персоналу до знань;
- ✓ розвиток акценту на якість догляду;
- ✓ інформування матерів і сімей, які здійснюють свої права на якісний догляд;
- ✓ орієнтована на потреби стратегія охоплення вразливих груп населення;
- ✓ індивідуальний підхід до клієнта й послуги, доброзичливі до матері.

6.4.2 Якими є внески ЮНІСЕФ?

Спочатку ЮНІСЕФ ініціював процес запровадження РІЛДД. Він сприяв розробленню національних політичних документів щодо включення РІЛДД у правову базу, а також надав допомогу у підготовці численних фахівців як інструкторів та експертів із оцінки щодо РІЛДД. Також ЮНІСЕФ виготовив численні ІОК-матеріали стосовно РІЛДД. Як такий, він здійснив перші кроки у запровадженні РІЛДД, які зазначені у переглянутих документах ВООЗ/ЮНІСЕФ із ІЛДД.

Крім того, ЮНІСЕФ надавав рекомендації обласним управлінням охорони здоров'я щодо того, як поліпшити здоров'я матерів і дітей.

На ранніх етапах ініціативи ЮНІСЕФ також допоміг оснастити три перших центра підтримки грудного вигодовування і різні заклади в цих областях.

Існує чіткий зв'язок між внесками ЮНІСЕФ і результатами РІЛДД; ЮНІСЕФ почав цю ініціативу та сприяв Уряду у реалізації цієї програми.

Сьогодні ЮНІСЕФ підтримує запровадження РІЛДД шляхом надання ряду ІОК-матеріалів, у тому числі наочних. Він також підтримує Національний методично-організаційний моніторинговий центр, надаючи певну підтримку щодо відряджень. ЮНІСЕФ також робить свій внесок у покриття витрат на переоцінку. Бюджет цих витрат, однак, доволі малий.

6.4.3 Недоліки, пробіли та обмеження

❖ Стосовно недоліків у системі охорони здоров'я

Бюджет на охорону здоров'я не покриває достатні обсяги робіт із оснащення та ремонту медичних закладів. Тому це є перешкодою у запровадженні РІЛДД, оскільки лікарні не мають доступу до належного необхідного обладнання, і навіть забезпечення ліками є проблемою.

Опір змінам – ще одна перешкода, яку медичні заклади намагаються подолати у запровадженні цього нового підходу. Можливо, ЮНІСЕФ недооцінив величину цієї перешкоди у зосередженні уваги на навчанні для зміни практики. Треба робити більше, щоб змінити поведінку спеціалістів охорони здоров'я й пацієнтів.

РІЛДД запроваджується на рівні стаціонарів і, як така, ця ініціатива підтримала МОЗ у стаціонарному лікуванні, тоді як у колишніх комуністичних країнах проблемою є акцент саме на стаціонарне лікування на шкоду закладам первинної медико-санітарної допомоги.

❖ Стосовно питань запровадження РІЛДД

ЮНІСЕФ зазнає бюджетних обмежень, і деякі з заходів, запланованих в останні три роки, не були профінансовані, хоча вони й були значущими для розвитку РІЛДД. Бюджет ЮНІСЕФ на запровадження РІЛДД у майбутньому не збільшиться, а, ймовірно, зменшиться. Тому ЮНІСЕФ повинен переорієнтувати свою підтримку на стратегічні напрямки, які можуть мати мультиплікаційний ефект, замість того, щоб покривати деякі витрати, які може фінансувати Уряд. Це включатиме зменшення сум відшкодування командировочних витрат з боку ЮНІСЕФ, але не поставить під загрозу реалізацію програми.

ДСІ занепокоєна тим, що рівень грудного вигодовування в поліклініках істотно падає: є докази того, що в лікарнях грудне вигодовування здійснюється, а після виписки, опинившись удома, жінки не мають підтримки та відмовляються від нього. У поточному році ДСІ проводить базисне дослідження в поліклініках, а пізніше вивчить отримані результати та порівняє рівні грудного вигодовування та благополуччя дітей. Розглядаючи стратегічні напрямки підтримки, ЮНІСЕФ повинен вирішувати ці питання з відповідальними сторонами.

Незалежно від обсягу інвестицій у запровадження РІЛДД, які стосуються підготовки кадрів і публікації ІОК-матеріалів, серед сімей та матерів спостерігається дефіцит інформації стосовно принципів РІЛДД і того, як вони можуть позитивно вплинути на стан їхнього здоров'я.

6.4.4 Визначені майбутні потреби

Оскільки є ризик того, що в майбутньому бюджет ЮНІСЕФ зменшуватиметься, **ЮНІСЕФ повинен зосередитися на передачі знань і ноу-хау з кількох ключових аспектів РІЛДД, де в минулому спостерігалися недоліки.** Це, зокрема, **розроблення підходів, доброзичливих до матері, стратегічних підходів до охоплення нужденних груп та гірше обслуговуваних районів з точки зору медичних послуг та, загалом, розроблення орієнтованих на потреби стратегій подальшого розвитку РІЛДД.**

ЮНІСЕФ повинен заохотити органи охорони здоров'я урядового та обласного рівня до збільшення кількості й частки сертифікованих закладів, особливо в районах, де таких закладів менше.

Разом з тим, **ЮНІСЕФ слід підтримувати суб'єктів, відповідальних за запровадження РІЛДД, у переорієнтації на заклади первинної медико-санітарної допомоги, а не підтримувати комфорт для МОЗ у його орієнтованій на стаціонари практиці.** Це відповідало б акценту ВООЗ на первинну медико-санітарну допомогу, який підтверджено у Доповіді про стан здоров'я у світі за 2008 рік. Це також узгоджується з доброзичливими до дитини компонентами та ідеями про близькість до мами, до дому, й це забезпечило б ширше охоплення вразливих груп.

ЮНІСЕФ потрібно заохочувати розроблення кампанії з підвищення обізнаності з метою пропаганди принципів РІЛДД. Цю роботу слід проводити спільно з іншими зацікавленими сторонами, залученими до запровадження РІЛДД або програм охорони здоров'я матерів і дітей: МОЗ, ДСІ, ШКР та іншими потенційними донорами.

6.5 Якою була і є роль ЮНІСЕФ у РІЛДД, і чого ми можемо навчитись із минулого досвіду?

6.5.1 Роль ЮНІСЕФ сьогодні

Сьогодні ЮНІСЕФ відіграє певну роль у підтримуванні Методично-організаційного моніторингового центру, у проведенні переоцінки та сертифікації, а також у роботі в напрямку прийняття Міжнародного зведення правил щодо збуту замінників грудного молока. Бюджет на підтримку цієї діяльності у 2006 році становив 86630 дол. США, у 2007 році – 111635 дол. США, у перші дев'ять місяців 2008 року – 86769 дол. США.

Як зазначив один акушер-гінеколог у Львові: «Зараз, коли ми повернулися до наших дуже старих методів природного народження, ми майже забули, як це було у радянські часи, і повернення назад немає». Це підтвердили більшість працівників, опитаних у головних містах.

Сертифікація, оцінка та переоцінка – поточні процеси для експертів з оцінки та для закладів, які оцінюються. Забезпечено хороший рівень знань про ці процеси, завдяки національним експертам, і оцінку зараз курирують обласні управління охорони здоров'я. Інвестиції ЮНІСЕФ у вироблення критеріїв оцінки, переоцінки та сертифікації, у навчання експертів з оцінки та підготовку персоналу до сертифікації виявились ефективними, і сьогодні процес іде незалежно, при координації з боку Національного методично-організаційного моніторингового центру.

6.5.2 Недоліки, пробіли та обмеження

Бюджетні обмеження не дали ЮНІСЕФ можливості провести деякі заплановані заходи, котрі були б корисними для РІЛДД, наприклад, заходи з підвищення обізнаності.

Медичні заклади більше підтримувалися з боку ЮНІСЕФ в обласних центрах, ніж на районному й нижчих рівнях, через що розрив між обласними центрами та рештою областей у забезпеченні медичним обслуговуванням збільшувався.

Хоча у великих містах повернення назад від РІЛДД неможливо, є недоліки у малих містах і деякі питання щодо сільських районів. Здійснені заклади сприяли зміцненню лікарняної бази системи охорони здоров'я в Україні. РІЛДД необхідна для покращення догляду й надання належної допомоги матерям і дітям, але потрібно більше робити на етапі передпологового й післяпологового догляду, щоб забезпечити чітке розуміння та реалізацію самими матерями принципів, закладених у РІЛДД.

Деякі заклади потерпають від дефіциту ІОК-матеріалів стосовно принципів РІЛДД.

Має місце відсутність стратегічного бачення потреб у межах області. Приклад області з великим центром підтримки грудного вигодовування, добре обладнаним навчальним кабінетом для батьків і сімей в одному перинатальному центрі, яка звертається за додатковою підтримкою для розвитку в цьому ж місті центру сім'ї в міському пологовому будинку, є ознакою того, що керівництву центру підтримки грудного вигодовування не зрозумілі пріоритети. Хоча надання підтримки цим обласним центрів могло б створити взірць для наслідування іншими, враховуючи дефіцит коштів, було б доречніше зосередитися на розвитку закладів РІЛДД там, де їх узагалі ще немає.

У напрямку роботи, що проводилася щодо Міжнародного зведення, співрозмовники надали звіти, з яких видно негативні стосунки між прибічниками грудного вигодовування та виробниками замінників грудного молока. «Звіт про виконання Міжнародного зведення правил

щодо збуту замінників грудного молока» (2004 р.)⁵⁷ містить тривожні висновки: виробники дитячого харчування просувають свою продукцію у 65% українських закладів охорони здоров'я, а чверть опитаних матерів одержували зразки продукції, на яку поширюється дія Зведення. Серед вищезгаданих компаній – «Нестле», «Нутріція», «Хіпп», Хорольський завод, «Карапуз», «Ласуня» та «Еббот». У звіті відображені різні види порушень Міжнародного зведення в Україні з боку виробників замінників грудного молока і зроблено висновок про те, що ці порушення пояснюються, головним чином, відсутністю в Україні правової бази, відсутністю знань і необізнаністю медичних спеціалістів і сімей щодо Міжнародного зведення.

6.5.3 Майбутні потреби

Що стосується сертифікації, оцінки та переоцінки, ЮНІСЕФ має повністю передати цю роль обласним управлінням охорони здоров'я, водночас заохочуючи МОЗ до проведення опитувань користувачів послуг з тим, щоб одержати інформацію про фактичні послуги, надавані пацієнтам, зокрема відомості про якість і витрати. **Сертифікацію, оцінку та переоцінку слід залишити у руках Методично-організаційного моніторингового центру – в частині координації, та обласних органів і закладів охорони здоров'я – в частині фінансування.**

ЮНІСЕФ має скеровувати МОЗ, Національний методично-організаційний моніторинговий центр, обласні центри підтримки грудного вигодовування та обласні управління охорони здоров'я на значне збільшення їхньої підтримки сільським районам і малим містам у сфері підготовки кадрів, підвищення обізнаності громадськості, пропаганди та лобіювання в місцевих органах влади.

У містах, де РІЛДД уже підтримується, роботи з ремонту чи оснащення більше не слід підтримувати, а слід **розвивати індивідуальний підхід до клієнта й підхід, заснований на правах, а також розширення повноважень користувачів послуг (шляхом освіти, інформування та навчання).**

Роль Національного методично-організаційного моніторингового центру слід переглянути в напрямку ефективнішої координації. Центр повинен організувати спільне використання ІОК-матеріалів і розповсюдження необхідних ІОК-матеріалів серед обласних центрів підтримки грудного вигодовування, яким вони потрібні, а найголовніше – визначити потребу в матеріалах на районному та місцевому рівнях з метою забезпечити достатню кількість матеріалів. ЮНІСЕФ повинен скеровувати Методично-організаційний моніторинговий центр на активнішу координаційну роботу й участь на більш стратегічному рівні.

У більш розвиненій системі центри обласного рівня:

- направлятимуть перелік своїх ІОК-матеріалів до національного центру;
- ділитимуться інформацією стосовно джерел фінансування розробки ІОК-матеріалів;
- ділитимуться практикою використання ІОК-матеріалів;
- визначатимуть потреби у додаткових ІОК-матеріалів у своїй області;
- повідомлятимуть Національному центру про розробку нових матеріалів.

Національний центр:

- розроблятиме перелік існуючих ІОК-матеріалів із РІЛДД;
- визначатиме дефіцит ІОК-матеріалів в області разом із центрами обласного рівня;
- відтворюватиме та перерозподілятиме корисні матеріали серед тих, кому вони потрібні.

ЮНІСЕФ повинен підтримувати Національний центр у розробленні стратегії з центрами обласного рівня та обласними управліннями охорони здоров'я на основі потреб. ЮНІСЕФ

⁵⁷ Звіт про виконання Міжнародного зведення правил щодо збуту замінників грудного молока, ЮНІСЕФ, Київ, 2004.

має заохочувати зацікавлені сторони до зосередження на районах, що віддалені від закладів третинного рівня, тому що ускладнення буде важче усувати, отже запровадження РІЛДД там є пріоритетом. ЮНІСЕФ міг би також підтримати вироблення критеріїв пріоритетності розвитку РІЛДД, якими мають керуватися обласні управління охорони здоров'я та МОЗ.

Що стосується прийняття та виконання Міжнародного зведення, може існувати можливість розвитку співробітництва між прибічниками грудного вигодовування та виробниками грудного молока. На своїй веб-сторінці щодо корпоративної соціальної відповідальності компанія «Нестле» повідомляє, що вона «неодноразово проводило заходи в різних країнах для сприяння прийняттю Зведення ВООЗ урядами та моніторингу всієї галузі, фінансованому урядом»⁵⁸. Вивчаючи політику «Нестле» далі⁵⁹, ми бачимо, що компанія готова підтримати національні зусилля зі сприяння грудному вигодовуванню. Саме прибічники повинні переконатися в тому, що «Нестле» «виконує те, що проповідує». У той час, коли в політиці «Нестле» враховується Міжнародне зведення, на сайті корпорації «Хіпп» цього не видно, а Міжнародне зведення взагалі не згадано. Компанія «Нутріція» групи «Данон» застосовує правила корпоративної соціальної відповідальності цієї групи. Хоча у Хартії здоров'я та харчування зазначено, що група «Данон» «віддана справі постійної оптимізації споживної якості своєї продукції та надання споживачам чіткої та актуальної інформації», Міжнародне зведення там не згадано, і грудне вигодовування не зазначено як найкращий варіант харчування немовлят і дітей раннього віку⁶⁰. Хоча на сайті компанії «Еббот» говориться, що «матері в переважній більшості знають, що грудне вигодовування є найкращим для дітей», компанія, як зазначено у вищезгаданому звіті, продовжує порушувати Міжнародне зведення в Україні.

Цих виробників замінників грудного молока слід закликати до активної підтримки дій, спрямованих на сприяння грудному вигодовуванню в Україні, а не ставитися до них як до ворогів справи. Розв'язуючи конфліктні ситуації з цими компаніями, всі зацікавлені сторони виграють від вироблення нового типу ставлення, орієнтованого на співпрацю. Розроблення взаємовигідного підходу до переговорів підвищило б шанси всіх зацікавлених сторін та те, що результати переговорів задовольнять їхні потреби. Це підтверджує Валері Ілес у книзі «Справжнє управління охороною здоров'я»⁶¹.

7 Усталеність

7.1 Якими є критичні потреби в забезпеченні сталого прогресу РІЛДД?

7.1.1 Вимоги

Для сталого прогресу РІЛДД потрібні наступні аспекти:

- ✓ достатні ресурси для запровадження РІЛДД закладами охорони здоров'я;
- ✓ залучення Уряду;
- ✓ залучення органів обласного рівня;
- ✓ підготовлений персонал, включення компонентів РІЛДД у програму навчання спеціалістів охорони здоров'я;

⁵⁸ З веб-сайту компанії «Нестле»:

<http://www.nestle.com/SharedValueCSR/ProductsAndConsumers/InfantHealthAndNutrition/TheWHOInternationalCodeOfMarketingOfBreastMilkSubstitutes.htm>

⁵⁹ Політика «Нестле» висвітлена у Додатку 9.5.

⁶⁰ З веб-сайту компанії «Данон»:

http://www.danone.com/index.php?option=com_content&task=view&id=8&Itemid=41&lang=en

⁶¹ *Really Managing Health Care*; Valerie Iles; Health Services Management Series; Open University Press; Philadelphia; 1997.

- ✓ мотивований персонал для реалізації РІЛДД у закладах;
- ✓ матері та родичі знають про переваги принципів РІЛДД;
- ✓ широкому загалу відомо, що РІЛДД забезпечує позитивні результати заходів з охорони здоров'я;
- ✓ стратегія розвитку РІЛДД з метою поширення позитивних результатів РІЛДД на нужденні райони;
- ✓ акцент на розширення повноважень користувачів послуг;
- ✓ прийняття та дотримання Міжнародного зведення.

7.1.2 Здобутки

РІЛДД досягла статусу національної політики, тому що вона включена в кілька постанов і врахована в ряді інших документів. Постанови прийнято навіть на обласному рівні. Основний персонал пройшов підготовку та навчання з принципів РІЛДД. Завдяки урядовій постанові 2006 року РІЛДД запроваджена в усіх 27 областях. Статистика показує успіхи в запровадженні РІЛДД в Україні з точки хору стану здоров'я матерів і дітей. Як ініціатива, що забезпечує економію коштів, РІЛДД зміцнює свою фінансову усталеність.

7.1.3 Недоліки, пробіли та обмеження

❖ Стосовно недоліків у системі охорони здоров'я

Головний виклик стосовно усталеності РІЛДД – наявність коштів для системи охорони здоров'я. Наявність коштів впливає на запровадження РІЛДД у різні способи:

- Непросто покладатися лише на професіоналізм і відданість медичних працівників, коли мова йде про їхню мотивацію. Дуже низькі зарплати є перешкодою у боротьбі проти корупції, і в українській безкоштовній системі охорони здоров'я існують різноманітні види прихованих гонорарів за послуги.
- Лікувальні заклади не мають достатньо коштів для забезпечення пацієнтів харчуванням і медикаментами, не кажучи вже про базові зручності. Гарячої води в більшості закладів немає. Районні лікарні не в змозі прогодувати своїх пацієнтів і не впевнені, чи можуть вони дозволити собі користуватися електроенергією цілий рік при наявному бюджеті. Наприклад, Львівському обласному перинатальному центрі було виділено лише 7,6 млн. гривень, хоча сума його бюджетного запиту становила понад 15 млн. гривень.
- Основні лікарські препарати, необхідні для виживання недоношених немовлят, недоступні через їхню завищену вартість, тому медичним працівникам треба визначити пріоритетність їхнього застосування.

Ці умови перешкоджають покращенню догляду за матерями та немовлятами у родопомічних закладах. Крім того, за таких умов дуже складно підтримувати мотивацію персоналу.

Упродовж усього періоду оцінки консультанти бачили культуру страху: страху надавати інформацію, яка свідчить про негативні результати, страху перед начальством, страху медичних спеціалістів за своїх пацієнтів... Це є слабким місцем, тому що не дає учасникам процесу чесно заявляти про проблеми. Пацієнтам незручно попросити допомоги у лікарів або медсестер; сестри бояться, що їх сваритиме начальник або лікар, якщо вони не дотримуються якихось основних правил; лікарі бояться, що керівництво лікарні подасть на них позов, якщо виникнуть проблеми з пацієнтами; керівництво лікарні боїться, що експерти з оцінки напишуть негативні звіти й фінансування буде урізано, якщо вони помітять негативні результати. Можна було б навести й інші приклади. Як результат, має місце загальна втрата довіри до співрозмовників.

Ця культура продукує вкрай негативні результати, оскільки медсестри, турбуючись про те, як із ними поведуться, не можуть зосередитися на пацієнтах. Лікарі звертають більше уваги на виконання поставленої у програмі задачі, ніж на догляд за пацієнтами. Матері не можуть повною мірою використати своє перебування у закладі для обговорення своїх проблем, тому що їм незручно це робити, а персонал займається іншими справами (хвилюючись за стосунки з начальством). Це підтверджує Валері Ілес у книзі «Справжнє управління охороною здоров'я», де вона каже, що в охороні здоров'я «страх – великий ворог справжнього управління»⁶².

Традиції, за якою користувачі послуг вимагають у закладах охорони здоров'я якісних послуг, в Україні немає. Тому односторонній процес підготовки кадрів та іншої діяльності для підвищення якості послуг не досягне свого оптимального рівня. Повноваження користувачів послуг не розширюються, й вони не готові вимагати надання послуг кращої якості. Таке розширення повноважень могло б також впливати на пацієнтів, які б краще усвідомлювали свої обов'язки щодо дотримання режиму лікування.

❖ Стосовно запровадження РІЛДД

Без мотивації працівники закладів охорони здоров'я не будуть ефективно запроваджувати РІЛДД. Низький рівень обізнаності громадськості взагалі та матерів зокрема спричиняє опір громадськості прийняттю деяких ключових принципів РІЛДД. А поєднання цих двох аспектів спричиняє недотримання принципів РІЛДД.

Немає стратегічного бачення, яке б дозволило встановити пріоритети використання дефіцитних ресурсів. Це дуже вражає при відвіданні медичних закладів обласного й районного рівнів.

7.1.4 Визначені майбутні потреби

Незважаючи на брак коштів, що тією чи іншою мірою є реальністю в більшості систем охорони здоров'я, стимулювання персоналу могло б відіграти ключову роль у сталому запровадженні РІЛДД. Ці стимули могли б надаватися у формі додаткової зарплати з боку обласних органів охорони здоров'я. Наприклад, в Івано-Франківську працівники центру підтримки грудного вигодовування одержують надбавку за позаштатну роботу в центрі, що дуже важливо для них. Проте стимули не обов'язково повинні надаватися персоналу в готівковій формі. Працівники можуть бути заохочені сертифікатом або атестатом за їхнє сприяння запровадженню РІЛДД. В органів обласного рівня й МОЗ є системи винагородження, які також прив'язані до премій. Такі системи можна було б адаптувати під РІЛДД.

Крім того, істотний фактор мотивації – навчання персоналу, і медичні працівники прагнуть брати участь у додатковій підготовці. **Щоб усунути ключовий недолік у запровадженні РІЛДД, навчання персоналу в майбутньому могло б зосередитися на прийнятті індивідуального підходу до клієнта, у координації з ШКР.** Це забезпечило б відсутність дублювання, натомість підкріпивши заходи, проведені ШКР у 2005-2007 роках.

Слід забезпечити розширення діяльності з підтримки залучення громадянського суспільства задля сприяння дотриманню Міжнародного зведення, а також сприяння реалізації прав пацієнтів у лікарнях. Якщо пацієнти почнуть здійснювати свої права, то можна передбачити розроблення статусів лікарень, щоб уточнити права й обов'язки працівників і пацієнтів.

⁶² Really Managing Health Care; Valerie Iles; Health Services Management Series; Open University Press; Philadelphia; 1997.

Реформа галузі охорони здоров'я дозволить раціональніше витрачати дефіцитні ресурси й, отже, покращувати умови в лікарнях, сприяючи в такий спосіб підвищенню якості допомоги.

7.2 Якою є й повинна бути роль ЮНІСЕФ у забезпеченні сталого прогресу РІЛДД (якщо вона потрібна)?

7.2.1 Вимоги

В Україні повинно бути забезпечено стале запровадження РІЛДД з охопленням уразливих груп населення та дотриманням підходу, ґрунтованого на правах. Повинна існувати орієнтована на потреби стратегія, спрямована на те, щоб задачі РІЛДД включались у конкретні цілі та очікувані результати, прив'язані до відповідних показників.

7.2.2 Недоліки, пробіли та обмеження

Відчувається реальний брак доступності достатнього фінансування для діяльності ЮНІСЕФ у сфері охорони здоров'я дітей, тому що Україна за рейтингом ПРООН є державою з середнім доходом й досягла певних рівнів таких показників, як смертність дітей до п'яти років та ВВП на душу населення. Це є реальним обмеженням, яке треба визнавати, думаючи про майбутню роль ЮНІСЕФ у запровадженні РІЛДД в Україні. Водночас, слід забезпечити певні покращення в плані охоплення вразливих груп і прийняття підходу, ґрунтованого на правах.

Відсутність обізнаності громадськості з перевагами принципів РІЛДД є перешкодою до сталого запровадження. У закладі, де медичний персонал не переконаний, а пацієнти погано обізнані з вигодами, РІЛДД не буде належним чином реалізована.

Наразі питання про те, чи включена РІЛДД у національні програми навчання лікарів, залишається непідтвердженим. Хоча певні зусилля докладені, деякі основні інформанти повідомили, що деякі визнані науковці опираються цій концепції. Якщо РІЛДД не буде включена у програми навчання спеціалістів охорони здоров'я, це може стати реальною загрозою для її усталеності.

Якість надаваних послуг залишається низькою, хоча запровадження РІЛДД у сертифікованих закладах дозволило забезпечити деякі покращення в плані поваги до пацієнтів. Недоступність деяких основних медикаментів, неповага з боку родичів, які відвідують матерів у палаті, неповага до приватності матерів при відвіданні їх персоналом, відсутність допомоги персоналу матері під час становлення лактації – все це є ознаками того, що якість не є ключовим питанням для надавачів послуг. Що стосується персоналу, то з його боку спостерігається позиція невтручання. Проте, жінкам потрібна значна підтримка, навіть при народженні другої та третьої дитини. Такий брак якості у реалізації принципів РІЛДД є внутрішньою загрозою для РІЛДД, тому що прихильники можуть втратити довіру до цієї ініціативи, якщо її буде запроваджено неправильно.

Спадком колишнього комуністичного правління у сфері охорони здоров'я є сильний акцент на стаціонарну медичну допомогу. Проте, такий вид допомоги не вписується у визначення здоров'я, встановлене ВООЗ: «Здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних дефектів»⁶³. І коли ЮНІСЕФ акцентує

⁶³ Преамбула Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я, прийнятого Міжнародною конференцією охорони здоров'я, Нью-Йорк, 19-22 червня 1946 р.

увагу на стаціонарному догляді, він певною мірою сприяє збереженню такого підходу в Україні.

7.2.3 Визначені майбутні потреби

❖ ЮНІСЕФ підтримує розроблення орієнтованої на потреби стратегії

ЮНІСЕФ має надавати внески, враховуючи його ноу-хау та досвід, у рамках стратегічного мислення й стратегічного розвитку задля запровадження РІЛДД в Україні. Це сприяло б раціональнішому та ефективнішому використанню дефіцитних ресурсів для осіб із найгострішими потребами. Уряд, обласні управління охорони здоров'я та методично-організаційні моніторингові центри слід підтримувати в розробленні орієнтованої на потреби стратегії. Розроблення такої стратегії буде спрямовано на ті райони та верстви населення, які є найбільш уразливими й доступ яких до послуг обмежений. Після розроблення такої стратегії Уряд повинен перерозподілити ресурси відповідно до потреб. У такій стратегії слід визначити декілька рівнів пріоритетів для кожного напрямку діяльності. Така стратегічна робота повинна також підтримувати прийняття принципів, які сприяють реалізації концепції здоров'я, сформульованої ВООЗ, а не акцентувати увагу на зміцненні стаціонарної системи медичної допомоги.

❖ ЮНІСЕФ заохочує центри до забезпечення включення РІЛДД у програми навчання працівників охорони здоров'я

Принципи РІЛДД слід включити у програми навчання національного та обласного рівнів, передбачені для працівників охорони здоров'я, зокрема медсестер і акушерок, які часто перебувають у безпосередньому контакті з матерями, їхніми родичами й новонародженими.

❖ ЮНІСЕФ визначає та розповсюджує існуючу наукову літературу на дану тему

ЮНІСЕФ має використовувати свою порівнянну перевагу в плані доступу до знань і результатів досліджень для сприяння індивідуальному підходу до клієнта та поширенню повноважень користувачів послуг. Дослідження можна було проводити в Україні, але це слід робити лише за умови ретельного вивчення та розповсюдження наявної літератури. Доступ до результатів досліджень стосовно сприйняття послуг пацієнтами сприяв би тому, щоб персонал відчув себе на місці пацієнтів, зрозумів би їхні потреби та почав активно підтримувати жінок упродовж усього періоду грудного вигодовування.

ЮНІСЕФ може виступати рушійною силою змін у країні, де недоліки системи охорони здоров'я загрожують належному виконанню програм, котрі могли б мати ширший позитивний вплив на населення, якщо їх реалізувати повною мірою. Проте, опір змінам є істотною перешкодою, і ЮНІСЕФ повинен «відкрити людям очі», розповсюджуючи результати проведених досліджень із ключових проблем, які заважають сталому запровадженню РІЛДД.

❖ ЮНІСЕФ заохочує виконавців РІЛДД залучати кошти

ЮНІСЕФ повинен підтримувати зусилля виконавців РІЛДД з залучення коштів. Це можна робити шляхом налагодження контактів із багатонаціональними донорами, такими як Світовий банк і Європейський Союз, які дуже зацікавлені у покращенні стану здоров'я населення та вдосконаленні системи охорони здоров'я в Україні.

8 Висновки, отримані уроки, рекомендації

8.1 Висновки

Запровадження РІЛДД в Україні принесло деякі дуже позитивні результати, які означають успіх і є сталими. Кілька елементів підтверджують успіх запровадження РІЛДД в Україні: відповідальність за програму передана Міністерству охорони здоров'я та обласним органам охорони здоров'я; показники стану здоров'я матерів і дітей покращилися. Отже, безсумнівно, запровадження РІЛДД принесло деякі позитивні результати.

ЮНІСЕФ сприяв розвитку РІЛДД в Україні шляхом проведення роботи на різних рівнях. Перш за все, це надання підтримки Уряду в розробленні стратегії щодо РІЛДД та стосовно Міжнародного зведення правил щодо збуту замінників грудного молока, а також у розвитку перших закладів охорони здоров'я, які змогли реально запровадити РІЛДД на місцях. ЮНІСЕФ також забезпечив підвищення кваліфікації медичних працівників, які пройшли навчання з питань РІЛДД і змогли застосовувати принципи РІЛДД у своїй щоденній роботі.

8.2 Отримані уроки

Оцінка показала, що запровадженню РІЛДД в Україні загрожують недоліки системи охорони здоров'я. Ці слабкі місця особливо вражають в управлінні лікарнями. Щоб функціонувати ефективно, лікарні потребують значних інвестицій та збільшення бюджетів, інакше забезпечити надання якісних послуг пацієнтам неможливо.

Проте, на даному етапі, оскільки управління закладами охорони здоров'я не здійснюється прозоро та ефективно, ЮНІСЕФ і міжнародним донорам не слід підтримувати великі інвестиції та фінансування цих закладів, тому що матимуть місце збитки через неефективне керування та управління закладами. Отже, такі інвестиції та фінансова підтримка повинні надаватися галузі охорони здоров'я лише за умови проведення реформи в галузі. Існують кілька видів ризику нецільового використання обладнання (як було помітно в ході оцінки, за допомогою додаткової плати або невикористання нового обладнання) та встановлення неофіційних гонорарів за дозвіл на використання сучасного обладнання. Гонорари за послуги – прийнятний спосіб залучення коштів для лікарень, і офіційна система зазвичай прив'язана до конкретних механізмів, які дозволяють забезпечувати доступ менш уразливих. Неофіційні гонорари з такими механізмами не пов'язані, тому в результаті вони стають перешкодою для доступу менш уразливих до медичних послуг.

Значні інвестиції та фінансову підтримку галузі охорони здоров'я або медичним закладам не слід надавати, якщо це не пов'язано з реформою галузі.

8.3 Рекомендації

❖ Посилення спроможності учасників

Отже, подальше запровадження та розвиток РІЛДД в Україні повинні зосереджуватися на посиленні можливостей учасників у рамках системи охорони здоров'я та поза нею, які є ключем до ефективного запровадження РІЛДД та реалізації її задач. Цими дійовими особами є, перш за все, матері та родичі, які є безпосередніми бенефіціарами цього підходу, медсестри та акушерки, які перебувають у безпосередньому контакті з матерями та їхніми родичами, лікарі та вузькі спеціалісти медичних закладів, зокрема, закладів первинної медико-санітарної допомоги, обласні управління охорони здоров'я, обласні фінансові органи, Міністерство охорони здоров'я та Міністерство фінансів.

Якими є конкретні потреби кожного з цих учасників? Вони у зведеній формі подані нижче в таблиці, де також зазначені можливі дії, які слід виконувати для задоволення цих потреб.

Таблиця: Зведення можливих дій учасників

Учасники	Потреби	Можливі дії
Матері та їхні родичі	Потреба у покращенні стану здоров'я: щоб запровадити РІЛДД, матері, батьки та їхні родичі повинні мати можливість зрозуміти переваги принципів РІЛДД та негативні наслідки більш традиційної практики. Треба також розширити їхні повноваження, щоб вони вимагали реалізації своїх прав на якісне медичне обслуговування.	Комунікація поведінкових змін, спрямована на матерів та їхні сім'ї. Це слід робити в жіночих консультаціях або в інших відповідних закладах первинної медико-санітарної допомоги, які більш доступні для сімей. Кампанія по підвищенню рівня обізнаності у районах, менше обслуговуваних закладами, доброзичливими до дитини, з метою покращення результатів заходів з охорони здоров'я в цих районах, якщо ціль полягає в охопленні найбільш уразливих. Початок вивчення можливостей розвитку об'єднань користувачів послуг і розроблення статутів лікарень з метою сприяння правам користувачів послуг. Розроблення механізмів проведення опитувань користувачів послуг із метою вивчення сприйняття матерями надаваної допомоги та РІЛДД. Розроблення механізмів розгляду скарг у закладах.
Медсестри та акушерки	У закладах, доброзичливих до дитини, їх треба підтримувати для подальшого проведення в життя того, чого їх навчили. Їм треба усвідомити, що грудне вигодовування, хоча й є природним процесом, не проста задача для матерів. Одна з їхніх ролей полягає в тому, щоб бути присутніми поруч із матерями. Вони повинні робити це добровільно, не чекаючи, поки матері вимагатимуть цього. Їм треба вивчити переваги позитивного ставлення, тому що задоволеність пацієнток буде набагато більшою.	Проведення перепідготовки та перегляд існуючої навчальної програми на предмет включення до неї компонентів стосовно потреб матерів-годувальниць у консультуванні, консультаційних навичок медсестер і акушерок, позитивного ставлення в міжособистісних контактах. Виявлення та розповсюдження необхідної літератури для медсестер і акушерок. Підтримка розвитку професійних об'єднань з метою використання цього сектору для навчання та сприяння РІЛДД.

Учасники	Потреби	Можливі дії
Лікарі сертифікованих закладів та закладів первинної медико- санітарної допомоги	Лікарів слід заохочувати до вироблення позитивного ставлення до працівників з метою заохочення їх до зосередження уваги на пацієнтах, а також позитивного ставлення до пацієнтів з метою заохочення їх до обговорення своїх реальних проблем. Лікарі закладів первинної медико-санітарної допомоги повинні активно консультувати матерів і сім'ї щодо принципів РІЛДД.	Навчання лікарів щодо індивідуальних підходів до клієнта, консультування та справжнього управління кадрами. Навчання лікарів закладів первинної медико-санітарної допомоги щодо принципів РІЛДД. Надання стимулів з метою мотивації лікарів до запровадження РІЛДД. Підтримка розвитку професійних об'єднань з метою використання цього сектору для навчання та сприяння РІЛДД, а також для дискусій з питань реформи галузі охорони здоров'я. Обмін відповідною наявною літературою з питань запровадження РІЛДД та інших доречних питань.
Методично- організаційні моніторингові центри обласного й національного рівнів	Роль центрів необхідно розширити в напрямку надання більш конструктивної підтримки закладам, доброзичливим до дитини, які намагаються запровадити принципи РІЛДД. Центрам треба розробити стратегію розвитку РІЛДД, визначивши в ній пріоритети, спільно з обласними органами охорони здоров'я. Центрам треба координувати свою діяльність, обмінюватися практичним досвідом і наявними ІОК-матеріалами. Центри сприяють запровадженню в закладах принципів Міжнародного зведення. Вони також свідомо виконують свій громадянський обов'язок щодо повідомлення про випадки неналежної практики з боку виробників і дистриб'юторів дитячого харчування.	Розбудова спроможності центрів до стратегічного розвитку. Центрам треба регулярно їздити до районів з метою супроводження та підтримки закладів, доброзичливих до дитини. МОЗ і обласні управління охорони здоров'я виділяють бюджетні кошти на відрядження персоналу центрів підтримки грудного вигодовування. Працівникам центрів треба проходити підготовку щодо позитивного ставлення в управлінні. Центри треба скеровувати для покращення їхньої координаційної роботи та підвищення її ефективності, зокрема шляхом обміну практичним досвідом та ІОК-матеріалами. Центри повинні виробити звичку ділитися своїми проблемами та практичним досвідом з іншими центрами. Розповсюдження інформації щодо практики РІЛДД в інших країнах. Зразкова співпраця (взаємовигідні відносини), а не конкуренція або невігідні відносини з суб'єктами, яких стосується Міжнародне зведення. Учасники подають скарги та повідомляють про практику, що суперечить Міжнародному зведенню та внутрішній політиці виробників.

Учасники	Потреби	Можливі дії
Обласні управління охорони здоров'я та обласні фінансові органи	Обласні адміністрації видають постанову про включення РІЛДД у правову базу обласного рівня. Розроблення стратегії обласного рівня, спільно з центрами та іншими зацікавленими сторонами, для запровадження РІЛДД у більш нужденних районах. Органи охорони здоров'я та фінансові органи підтримують керівників лікарень у розпорядженні дефіцитними ресурсами: знаходять додаткові джерела фінансування, в тому числі пожертви в натуральній формі. Обласні органи охорони здоров'я розглядають питання виділення методично-організаційним центрам коштів на відрядження та стимулів для персоналу, який запроваджує РІЛДД.	Обмін існуючими правовими документами між областями з метою надання підтримки іншим областям у виконанні цієї задачі. Обласні управління охорони здоров'я розбудовують свою спроможність щодо вироблення стратегії стосовно ефективнішої та ширшої РІЛДД, яка б відповідала потребам населення. Наявна відповідна наукова література стосовно управління охороною здоров'я та фінансування охорони здоров'я розсилається в органи та заклади охорони здоров'я з метою підвищення рівня знань їхнього персоналу. Органи обласного рівня виявляють способи виділення центрам коштів на відрядження та стимулів для персоналу.
Міністерство охорони здоров'я та Міністерство фінансів	Відділу охорони здоров'я матерів та дітей треба переглянути свою задачу, замінивши «надання медичної допомоги матері та дитині» ширшою задачею, яка вписується у визначення здоров'я, встановлене ВООЗ. МОЗ і МФ починають роботу над реформою галузі охорони здоров'я. Уряду необхідно прийняти Міжнародне зведення.	Розбудова спроможності Відділу охорони здоров'я матерів та дітей МОЗ щодо більш стратегічного мислення та запровадження РІЛДД. Активніше лобювання в Уряді та серед інших донорів (Світового банку, Європейської Комісії, АМР США...) необхідності працювати над реформою галузі охорони здоров'я. Розповсюдження серед урядовців літератури про реформи галузі охорони здоров'я в інших країнах. Взірцева взаємовигідна співпраця між учасниками з метою прийняття та дотримання Міжнародного зведення.

❖ Потенційна роль ЮНІСЕФ

У світлі вищезгаданих дій, які слід виконувати задля посилення різних учасників процесу, ЮНІСЕФ повинен використовувати свої дефіцитні ресурси у стратегічних напрямках, які підтримають усталеність ґрунтового запровадження РІЛДД у майбутньому. Отже, **ЮНІСЕФ повинен зосередити увагу на розбудові спроможності Відділу охорони здоров'я матерів та дітей МОЗ, обласних управлінь охорони здоров'я та центрів підтримки грудного вигодовування, Національного методично-організаційного моніторингового центру щодо стратегічного розвитку, якісних індивідуальних послуг, послуг, доброзичливих до матері, розвитку взаємовигідного співробітництва між сторонами конфлікту, вироблення позитивного ставлення до управління.** Ця робота з розбудови спроможності повинна

включати розповсюдження відповідної літератури серед цих учасників, яким слід далі розповсюджувати її серед працівників охорони здоров'я.

ЮНІСЕФ також повинен використовувати свої ресурси для лобіювання в Уряді питання про збільшення бюджетних видатків на відрядження персоналу закладів та органів охорони здоров'я, поліпшення збирання даних, сприяння реформі галузі охорони здоров'я та заохочення залучення коштів центрами підтримки грудного вигодовування та закладами охорони здоров'я.

ЮНІСЕФ має скеровувати розвиток нових функцій Національного методично-організаційного моніторингового центру в напрямку ефективнішої координаційної роботи, більш усеосяжного збирання даних та сприяння доброзичливості до матерів РІЛДД.

Це сприятиме ефективнішому запровадженню РІЛДД, але тільки за умови, що повноваження матерів і сімей будуть розширені щодо інформації про найкращу практику догляду за матерями та дітьми, а також щодо того, яких послуг їм слід очікувати в українських закладах охорони здоров'я.

Отже, роль ЮНІСЕФ має бути троякою:

- **Розбудова спроможності** учасників процесу, зокрема Відділу охорони здоров'я матерів та дітей МОЗ, обласних управлінь охорони здоров'я та центрів підтримки грудного вигодовування, Національного методично-організаційного моніторингового центру, в наступних сферах:
 - стратегічний розвиток, орієнтований на потреби;
 - надання якісних, індивідуальних послуг;
 - послуги, доброзичливі до матерів;
 - взаємовигідна співпраця в разі протиріч у поглядах.

Роботу з нарощування потенціалу може вести внутрішній персонал ЮНІСЕФ з цього регіону або зовнішні консультанти.

- **Лобіювання:**
 - в Уряді задля ініціювання реформи галузі охорони здоров'я, поліпшення збирання даних, збільшення видатків на відрядження спеціалістів МОЗ і обласних управлінь охорони здоров'я, заохочення залучення коштів закладами охорони здоров'я та центрами підтримки грудного вигодовування;
 - у донорській спільноті з метою сприяння початку реформи галузі охорони здоров'я.

Лобіювання має бути функцією персоналу ЮНІСЕФ в Україні.

- **Скеровувати** Національний методично-організаційний моніторинговий центр:
 - на розроблення орієнтованої на потреби стратегії подальшого розвитку РІЛДД в Україні з метою забезпечення більш раціонального розподілу дефіцитних ресурсів;
 - на ефективну координацію роботи методично-організаційних моніторингових центрів обласного й національного рівнів;
 - на демонстрацію позитивного ставлення та взаємовигідних стосунків.

Цю роботу має проводити персонал ЮНІСЕФ або внутрішні чи зовнішні консультанти.

9 Додатки

9.1 Зведення рекомендацій

- ❖ Щоб підвищити якість надаваної допомоги, необхідно виробити індивідуальний та оснований на правах підхід.
 - Проводити опитування користувачів послуг з метою одержання зворотного зв'язку щодо якості допомоги в закладі охорони здоров'я, вартості допомоги, ступеню реалізації принципів РІЛДД.
 - Надання стимулів медичному персоналу могло б зіграти ключову роль для його мотивації на надання послуг кращої якості.
 - Індивідуальний підхід до клієнта слід прив'язати до підходу, оснований на правах, який передбачає розширення прав і повноважень користувачів послуг.
 - Підтримувати та (або) розвивати професійні об'єднання та скеровувати їх на більш стратегічну, орієнтовану на потреби роботу.
- ❖ Розширення прав і повноважень користувачів послуг і громадянського суспільства з тим, щоб вони користувалися своїм правом на якісну допомогу.
 - Розширення прав і повноважень користувачів послуг дозволить їм знати свої права та обов'язки, а також знати, які передбачені процедури подання скарг.
 - Розвиток груп користувачів у лікарнях може підтримати цей процес.
- ❖ Щоб найбільш уразливі верстви населення користувалися перевагами РІЛДД, акцент слід поставити на заклади районного та сільського рівня, а також у цілому на служби первинної медико-санітарної допомоги.
 - Сприяти включенню непрямих показників соціального статусу пацієнтів у статистику закладів охорони здоров'я.
 - Підтримку сільських районів і малих міст слід збільшити в плані підготовки кадрів, підвищення обізнаності громадськості, пропаганди та лобіювання в місцевих органах влади з метою усунення розриву між закладами міського та районного рівнів.
 - Переорієнтуватися на заклади первинної медико-санітарної допомоги, а не підтримувати комфорт для МОЗ у його орієнтованій на стаціонари практиці.
- ❖ Розвивати стратегічне мислення
 - Скерувати методично-організаційні моніторингові центри, обласні управління охорони здоров'я, Відділ охорони здоров'я матерів та дітей МОЗ на вироблення орієнтованого на потреби стратегічного мислення.
- ❖ Розвиток лобіювання в наступних сферах
 - Заохочення Уряду та обласних управлінь охорони здоров'я до збільшення кількості та відсоткової частки сертифікованих закладів, особливо в районах із меншою кількістю закладів, доброзичливих до дитини.
- ❖ Забезпечення навчання
 - Принципи РІЛДД слід включити в програму навчання національного та обласного рівнів для спеціалістів охорони здоров'я, в тому числі медсестер і акушерок.
 - Подальша підготовка кадрів має бути зосереджена на прийнятті індивідуального підходу до клієнта.
 - Проведення перепідготовки та перегляд існуючої навчальної програми на предмет включення до неї компонентів стосовно потреб матерів-годувальниць у консультуванні,

консультаційних навичок медсестер і акушерок, позитивного ставлення в міжособистісних контактах.

- ❖ Посилення координаційної роботи задля ефективного використання наявних ресурсів
 - Національний методично-організаційний моніторинговий центр повинен розвивати свою координаційну роботу з метою розширення доступу всіх центрів, які запроваджують РІЛДД, до ІОК-матеріалів шляхом обміну та розповсюдження.
 - Обмін також має стосуватися практичних методів, характерних для різних центрів підтримки грудного вигодовування обласного рівня.
 - Обласне управління охорони здоров'я та центри підтримки грудного вигодовування могли об'єднати свої зусилля для визначення спонсорів або донорів, які фінансували б виготовлення сертифікаційних дошок.
- ❖ Слід посилити роботу з підвищення рівня обізнаності громадськості про позитивні наслідки запровадження принципів РІЛДД
 - Слід виділяти більше коштів на підвищення обізнаності громадськості, пропаганду в засобах масової інформації та (або) пропаганду серед відповідальних осіб, а також на інформування про поведінкові зміни з метою доведення до відома громадськості переваг, які випливають із принципів РІЛДД.
- ❖ Розвиток доступу до знань з метою сприяння змінам
 - Доречно було б вивчити приховані витрати на охорону здоров'я та показники зайнятості ліжка в Україні.
 - Надання «центрам підтримки грудного вигодовування» доступу до мережі Інтернет дозволить їм знаходити в Інтернеті корисну літературу.
 - Розповсюджувати літературу, яка пропагує індивідуальний підхід до клієнта та поширення прав і повноважень користувачів послуг.
- ❖ Розширення доступу до ресурсів для певних основних елементів системи охорони здоров'я
 - Визначення джерел фінансування пріоритетних напрямків реалізації РІЛДД.
 - Лобіювання в Уряді питання про збільшення асигнувань на відрядження спеціалістів МОЗ та персоналу обласного рівня.
- ❖ Прийняття та дотримання Міжнародного зведення
 - ЮНІСЕФ має змодельовати взаємовигідний підхід до переговорів з метою підвищення шансів усіх зацікавлених сторін та те, що результати переговорів задовольняють їхні потреби.
 - Основні інформанти, які помітили факт недотримання Міжнародного зведення, зобов'язані повідомляти про недотримання в Україні штаб-квартиру компанії⁶⁴.
 - Сприяння розвитку громадянського суспільства з метою майбутнього дотримання Міжнародного зведення.
- ❖ Реформа галузі охорони здоров'я дозволила б раціональніше витратити дефіцитні ресурси в галузі.

⁶⁴ За наступним посиланням наведені прізвища основних керівників, яким треба повідомляти про недотримання корпоративних правил компанії «Нестле»: <http://www.nestle.com/AllAbout/Governance/NestleManagement/OrganisationalChart.htm>. На веб-сайті компанії також зазначені її поштова та електронна адреса.

9.2 Деталі правових і політичних документів, які підтримують запровадження РІЛДД в Україні

Закон або інший акт	Основний зміст
Закон України «Про охорону дитинства»	Держава гарантує дитині наступні права: на охорону здоров'я, на безоплатну кваліфіковану медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я; сприяє створенню безпечних умов для життя і здорового розвитку дитини, раціонального харчування, формуванню навичок здорового способу життя. ... забезпечення всіх прошарків суспільства, зокрема батьків і дітей, інформацією щодо охорони здоров'я і здорового харчування дітей, переваг грудного вигодовування, гігієни...
Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», стаття 57 «Заохочення материнства. Гарантії охорони здоров'я матері та дитини»	Материнство в Україні охороняється і заохочується державою. Охорона здоров'я матері та дитини забезпечується... наданням жінці відпустки у зв'язку з вагітністю і пологами з виплатою допомоги по соціальному страхуванню та встановленням перерв у роботі для годування дитини... З метою охорони здоров'я жінки їй надається право самій вирішувати питання про материнство.
Постанова Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки»	Метою Програми є поліпшення демографічної ситуації, збереження і зміцнення здоров'я населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я. Основні завдання Програми: - поліпшення стану здоров'я усіх верств населення; - проведення активної демографічної політики, охорона материнства і дитинства; Державна політики з питань поліпшення стану здоров'я жінок повністю збігається з європейською політикою. Передусім це нові стратегії ... розвиток перинатальної охорони плода та медико-генетичного консультування, служби планування сім'ї, перепідготовка медичного персоналу з питань подання ефективної допомоги під час вагітності та пологів... з метою поліпшення стану загального та репродуктивного здоров'я населення, зниження показників материнської, перинатальної смертності та смертності немовлят до їх рівня в країнах Західної Європи.
Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.12.2002 р. № 503 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»	Передбачає організацію діяльності Школи відповідального материнства , де вагітні жінки та члени сім'ї проходять навчання з наступних питань: • освіта майбутніх батьків щодо умов ведення вагітності; • психологічна підтримка; • підготовка до пологів; • участь сім'ї у підготовці до пологів та у пологах; • догляд за новонародженою дитиною; • програма грудного вигодовування; • планування сім'ї.
Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.12.2003 р. № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»	На поточному етапі організації акушерської та гінекологічної допомоги в Україні оптимальним варіантом є проведення нормальних пологів в умовах родопомічних закладів з гарантуванням прав породіллі, залученням родичів до присутності під час пологів. Принципи нормальних пологів: - визначення плану пологів та поінформоване погодження його з жінкою; - контроль над станом матері та плоду під час пологів за допомогою партограм; - безболісування пологів за показаннями; - оцінка стану дитини при народженні, первинне випорожнення новонародженого, раннє прикладання до грудей матері.

Закон або інший акт	Основний зміст
Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2003 р. № 620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги»	- Додаток 14 до цього наказу містить: РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ГОДУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ У РОДОПОМІЧНИХ ЗАКЛАДАХ - Наказ передбачає організацію: • <i>партнерських пологів;</i> • <i>спільного перебування матері та дитини;</i> • <i>індивідуальних палат, сімейних пологових залів, вільного положення під час пологів, присутності партнера;</i> • <i>грудного вигодовування немовлят;</i> • <i>участі членів сім'ї у догляді за дитиною.</i>
Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.04.2005 р. № 152 «Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною»	Сучасні принципи перинатальної допомоги базуються на концепції ВООЗ щодо фізіологічного ведення вагітності, пологів та фізіологічного догляду за дитиною з обмеженням медичних втручань без належних показань. Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною, розроблений з метою покращання стану здоров'я дітей, застосування сучасних ефективних технологій фізіологічного догляду за новонародженим, практичної допомоги медичному персоналу щодо їх здійснення. 1.1. Відразу після народження акушерка викладає дитину на живіт матері, здійснює обсушування голови і тіла дитини попередньо підігрітою стерильною пелюшкою, одягає дитині чисті шапочку і шкарпетки, накриває сухою чистою пелюшкою та ковдрою. 1.8. Контакт "шкіра-до-шкіри" проводиться не менше 2 годин у пологовій залі, за умови задовільного стану матері та дитини. 1.12. Дитина, разом з матір'ю накривається ковдрою і переводиться в палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка. 5.1. Організаційні умови забезпечення спільного перебування матері та новонародженого. 5.1.1. Спільним перебуванням слід вважати спільне перебування матері та її дитини в одній кімнаті протягом 24 годин на добу з моменту народження до моменту виписки з стаціонару. 7. Раннє грудне вигодовування. Прикладання дитини до грудей матері.
Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2006 р. № 519 «Про затвердження навчального посібника «Підготовка сім'ї до народження дитини в Україні»	Розділ 5 навчального посібника присвячений ЛАКТАЦІЇ ТА ГРУДНОМУ ВИГОДОВУВАННЮ НЕМОВЛЯТ.
Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.08.2006 р. № 540 «Про затвердження принципів підтримки грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»	Цим наказом були затверджені: • <i>Принципи підтримки грудного вигодовування.</i> • <i>Критерії оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини».</i> • <i>Порядок проведення оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу "Лікарня, доброзичлива до дитини".</i> <i>Керівникам обласних управлінь охорони здоров'я доручено забезпечити діяльність родопомічних та дитячих закладів охорони здоров'я у відповідності до статусу "Лікарня, доброзичлива до дитини".</i>

Закон або інший акт	Основний зміст
Спільний наказ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України від 31.07.2006 р. № 529/49 «Про затвердження Галузевої програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки»	Цим наказом затверджено: 1.1 Галузеву програму «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки». Наказується: Обласним та міським адміністраціям розробити регіональні заходи з впровадження Програми. Щорічно затверджувати план навчальних семінарів з підтримки грудного вигодовування, самооцінки, оцінки та переоцінки закладів охорони здоров'я відповідно до статусу "Лікарня, доброзичлива до дитини". Забезпечити дотримання вимог Міжнародного зведення правил щодо збуту замінників грудного молока у всіх лікувально-профілактичних закладах. Мета Програми - забезпечення реалізації міжнародних зобов'язань України щодо прав дитини у відповідності до Глобальної стратегії ВООЗ з вигодовування немовлят та дітей раннього віку та Європейської стратегії ВООЗ з питань здоров'я та розвитку дітей, за якими країни повинні мати чітко визначену політику, програму дій та підтримувати заходи, які сприяють виключному грудному вигодовуванню дітей до шести місяців та його продовження до двох років з введенням догодовування, дотримуватися Міжнародного зведення правил щодо збуту замінників грудного молока, а також забезпечити відповідність всіх медичних закладів, які надають допомогу матерям та дітям до критеріїв "Лікарня, доброзичлива до дитини". Шляхи реалізації Забезпечення виконання Програми передбачає розробку системи моніторингу, організації комплексу профілактичних заходів з питань підвищення інформованості населення та медичних спеціалістів щодо переваг грудного вигодовування. Основні завдання Програми 1. Підвищення рівня інформованості населення щодо переваг грудного вигодовування немовлят. 2. Підготовка вагітних жінок до грудного вигодовування новонародженої дитини. 3. Створення системи підготовки спеціалістів з питань грудного вигодовування новонароджених. 4. Розроблення критеріїв відповідності закладу охорони здоров'я статусу "Лікарня, доброзичлива до дитини". 5. Створення реєстру "Лікарень, доброзичливих до дитини". 6. Моніторинг та оцінка харчування дітей методом грудного вигодовування. 7. Наукові дослідження впливу на здоров'я дітей грудного вигодовування. 8. Залучення до поширення практики грудного вигодовування новонароджених громадських організацій.

Закон або інший акт	Основний зміст
Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.08.2006 р. № 584 «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні»	3.1. Пологова зала 3.1.1. За умови терміну гестації 34-36 тижнів і задовільного стану дитини при народженні (Табл. 2) акушерка викладає дитину на груди або живіт матері... 3.1.5. Контакт “шкіра-до-шкіри” триває не менше 2 годин в разі стабільного клінічного стану дитини. 3.1.6. ... акушерка допомагає здійснити перше прикладання дитини до грудей матері ... 3.1.7. Лікар-педіатр-неонатолог надає матері інформацію про особливості спостереження за дитиною. 3.1.11. Акушерка після відповідної обробки рук клемиє пуповину; вимірює та зважує дитину; одягає в повзунки, розпашонку, шапочку, шкарпетки, рукавички (можна використовувати чистий домашній одяг). 3.1.13. Дитина передається матері і переводиться до післяпологового відділення в контакт «шкіра-до-шкіри» або в кувезі.
Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. № 1849 «Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року»	<i>Передбачено збільшити кількість дітей, які перебувають на грудному вигодовуванні до шестимісячного віку, до 60%.</i>
Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.02.2008 р. № 47 «Про затвердження Примірного положення про Регіональний організаційно-методичний центр з впровадження заходів Галузевої програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки»	Цим наказом було затверджено: <i>Примірне положення про Регіональний організаційно-методичний центр з впровадження заходів Галузевої програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки».</i> <i>Керівникам обласних управлінь охорони здоров'я доручено створити Регіональний організаційно-методичний центр з впровадження заходів Галузевої програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки» у структурі підпорядкованого лікувально-профілактичного закладу відповідно до положення, затвердженого цим Наказом.</i>
Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.03.2008 р. № 149 «Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років»	Цей Протокол ґрунтується на основних принципах науково-доказової медицини. 3. РАЦІОНАЛЬНЕ ГОДУВАННЯ ТА ХАРЧУВАННЯ ДИТИНИ ВІКОМ ДО 3 РОКІВ – 3.1. Загальні положення <i>Материнське молоко – єдиний ідеальний продукт харчування для забезпечення гармонійного розвитку дитини в перші шість місяців життя.</i> Найкращий спосіб годування дитини до шестимісячного віку – виключно грудне вигодовування. Виключно грудне вигодовування – це годування грудним молоком без застосування в раціоні дитини будь-яких інших продуктів або рідин. <i>Грудне вигодовування дитини повинно починатися в першу годину після народження й тривати до досягнення нею одного року й довше, якщо це можливо.</i> У віці 6 місяців необхідно вводити пригодовування, приділяючи особливу увагу потребам дитини у залізі, водночас продовжуючи грудне вигодовування.

9.3 Витяг із Закону України «Про Державний бюджет України на 2008 рік»

Стаття 65 говорить:

- якщо обсяги власних надходжень бюджетних установ перевищують відповідні витрати, встановлені додатком N 3 до цього Закону, розпорядник бюджетних коштів передбачає спрямування таких сум у першу чергу на погашення заборгованості з оплати праці, нарахувань на заробітну плату, комунальних послуг та енергоносіїв;
- у разі, якщо відсутня така заборгованість, розпорядник бюджетних коштів спрямовує вищезазначені суми наступним чином:
 - 50 відсотків коштів - на заходи, які здійснюються за рахунок відповідних надходжень;
 - 50 відсотків коштів - на заходи, які необхідні для виконання основних функцій, але не забезпечені коштами загального фонду бюджету за відповідною бюджетною функцією.

При цьому розпорядник бюджетних коштів здійснює коригування обсягів взятих бюджетних зобов'язань по загальному фонду бюджету для проведення видатків по цих зобов'язаннях із спеціального фонду бюджету

Відповідно до статей 44 та 59 Закону України «Про Державний бюджет України на 2008 рік»:

- якщо з відповідного місцевого бюджету здійснюються видатки, які мають проводитися згідно з Бюджетним кодексом України з іншого бюджету, така дія кваліфікується як нецільове використання бюджетних коштів. Обсяги цих видатків безспірно вилучаються з відповідного місцевого бюджету до Державного бюджету України органами Державного казначейства України у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, в тому числі і за рахунок зменшення трансфертів відповідному місцевому бюджету на відповідну суму;
- обласні розпорядники бюджетних коштів мають право брати бюджетні зобов'язання та здійснювати відповідні видатки або платежі тільки в межах відповідних бюджетних асигнувань, встановлених кошторисами на 2008 рік, враховуючи необхідність виконання бюджетних зобов'язань минулих років, узятих на облік в органах Державного казначейства України. Вони несуть персональну відповідальність за цільове використання бюджетних коштів та їхнє пріоритетне спрямування на фінансування захищених статей видатків і забезпечення пропорційного фінансування підпорядкованих установ.

9.4 Прейскурант київської приватної клініки «Ісида» (джерело: <http://www.isida.ru>)

Найменування послуги	Вартість, грн.
Фізіологічні пологи і післяпологовий період при народженні однієї дитини	
звичайна палата	23040
люкс палата	29040
індивідуальний пологовий зал	29880
Фізіологічні пологи і післяпологовий період при народженні двійні	
звичайна палата	29380
люкс палата	35380
індивідуальний пологовий зал	36220
Фізіологічні пологи і післяпологовий період при народженні трійні	
звичайна палата	35720
люкс палата	41720
індивідуальний пологовий зал	42560
Пологи (кесарів розтин) при народженні однієї дитини	
звичайна палата	30734
люкс палата	39734
індивідуальний пологовий зал	40994
Пологи (кесарів розтин) при народженні двійні	
звичайна палата	37074
люкс палата	46074
індивідуальний пологовий зал	47334
Пологи (кесарів розтин) при народженні трійні	
звичайна палата	43414
люкс палата	52414
індивідуальний пологовий зал	53674
Виклик лікаря акушерського відділення в неробочий час (за бажанням пацієнта)	800
Зціджування молочних залоз	200
	600
Консультація акушера-гінеколога АВ (первинний прийом)	250
Консультація акушера-гінеколога АВ (повторна)	150
Консультативний пологовий пакет акушера-гінеколога	4000

1 ліжко-день перебування в післяпологовій палаті (додатково):	
звичайна палата	1500
люкс палата	3000
індивідуальний пологовий зал	3210
1 ліжко-день перебування з загрозою переривання вагітності	
звичайна палата	1500
люкс палата	3000
Накладення кругового шва на шийку матки при істміко-цервікальній недостатності	2000
Відділення неонатології	
Консультація неонатолога	250
Ревакцинація новонародженого проти гепатиту	600
Індивідуальний догляд за здоровою дитиною медсестри неонатології (1 година)	30
Догляд за здоровим доношеним немовлям з 22 днів життя (1 доба)	650
Догляд і лікування доношеного немовляти з 22 днів життя (1 доба)	1000
Догляд і лікування дитини, що народилася недоношеною після 3 місяців (1 доба)	1000
Нейросонографія	250
УЗД нирок немовляти	250
Індивідуальне навчання догляду за немовлям (1 година)	150
Огляд немовляти неврологом	300
Огляд немовляти окулістом	250
Огляд немовляти ортопедом	250
Забір венозної крові у дітей до 1 року	100
Пакет неонатальної та ранньої педіатричної допомоги протягом 1 місяця з моменту виписки	2000
Консультативний пологовий пакет неонатолога	1800
Перебування та лікування недоношеної новонародженої дитини (гестаційний вік менше 33 тижнів) протягом 3 місяців	17500
Перебування та лікування недоношеної новонародженої дитини (гестаційний вік 33-36 тижнів) протягом 3 місяців	16500
Перебування та лікування недоношеної новонародженої двійні (гестаційний вік менше 33 тижнів) протягом 3 місяців	26250
Перебування та лікування недоношеної новонародженої двійні (гестаційний вік 33-36 тижнів) протягом 3 місяців	24750

9.5 Політика компанії «Нестле» щодо підтримки грудного вигодовування

На веб-сайті «Нестле» повідомлено наступне⁶⁵:

«Грудне вигодовування – найкраще для дітей. Анрі Нестле заявив це у своїй «Записці про харчування немовлят» невдовзі після заснування нашої компанії у 1867 році, і це вірно й сьогодні.

Ми віддані забезпеченню того, щоб наші працівники в усьому світі найкращим чином слугували інтересам матерів і дітей. Нижче наведено Політику «Нестле» щодо дитячих сумішей у країнах, що розвиваються (сюди входить Східна Європа):

	дотримується духу та букви Міжнародного зведення правил ВООЗ щодо збуту замінників грудного молока, а також національних нормативних актів, які вводять в дію Зведення, якщо вони суворіші;
	підтримує глобальну рекомендацію ВООЗ щодо здоров'я населення, яка закликає до виключно грудного вигодовування до шести місяців та введення безпечних і належних додаткових продуктів харчування після цього;
	заохочує безперервне грудне вигодовування до двох років і далі з введенням у шестимісячному віці безпечних і належних додаткових продуктів харчування;
	підтримує зусилля урядів із приведення в дію Міжнародного зведення за допомогою законодавства, регулювання та інших відповідних заходів;
НЕ	рекламує й не просуває дитячі суміші необмеженому колу осіб;
НЕ	дозволяє працівникам, обов'язки яких включають маркетинг дитячих сумішей, установлювати прямі контакти з матерями, крім випадків, коли це робиться у відповідь на скарги споживачів;
НЕ	розповсюджує безкоштовні зразки дитячих сумішей серед матерів;
НЕ	дозволяє публічно розміщати в лікарнях і поліклініках освітні матеріали щодо застосування дитячих сумішей;
НЕ	надає фінансові або матеріальні стимули медичним працівникам з метою сприяння у збуті дитячих сумішей;
НЕ	жертвує безкоштовно дитячі суміші закладам охорони здоров'я для годування здорових новонароджених дітей. Як виняток, дитячі суміші можуть безкоштовно надаватися добросовісним закладам соціального забезпечення на їхнє прохання для соціальних або гуманітарних цілей (наприклад, де урядова політика дозволяє виробникам відповідати на конкретний соціальний запит, приміром, якщо матір померла при народженні дитини);
НЕ	стимулює своїх працівників залежно від обсягу продажів дитячих сумішей;
БУДЕ	вживати дисциплінарних заходів до будь-яких працівників компанії, які навмисно порушують ці правила. «Нестле» пропонує урядовцям, медичним працівникам і споживачам доводити до її відома будь-які методи збуту у країнах, що розвиваються, дитячих сумішей «Нестле», які, на їхній погляд, не відповідають вищенаведеному зобов'язанню».

⁶⁵ З веб-сайту компанії «Нестле»:

<http://www.nestle.com/SharedValueCSR/ProductsAndConsumers/InfantHealthAndNutrition/Infant+formula+marketing.htm>

9.6 Програма проведення оцінки

Дата	Опис заходів	Місце
17 жовтня	Підписання контракту	ЮНІСЕФ – Київ
21 жовтня	Перший проект методики	Київ
22 жовтня	Перші інструменти, що мають розроблятися: посібники з опитування основних інформантів	Київ
23-24 жовтня	Зустрічі з основними інформантами: Лідією Романенко та Міністерством охорони здоров'я (окремі зустрічі)	Київ
24 жовтня	Нарада консультантів та ЮНІСЕФ для затвердження методики	ЮНІСЕФ – Київ
26 жовтня	Вечір: Київ – Львів	Львів
27-28 жовтня	Робочий візит та інтерв'ю у Львові	Львів
28 жовтня	Вечір: Львів – Івано-Франківськ	
29-30 жовтня	Робочий візит та інтерв'ю в Івано-Франківську	Івано-Франківськ
30 жовтня	Вечір: Івано-Франківськ - Київ	
2 листопада	Вечір: Київ – Донецьк	
3-4 листопада	Робочий візит та інтерв'ю у Донецьку	Донецьк
4 листопада	Вечір: Донецьк - Київ	
5-7 листопада	Зустріч з основними інформантами у Києві: ДСІ та ін.	Київ
8-14 листопада	Підготовка проекту звіту	Київ
14 листопада	Передача проекту звіту до ЮНІСЕФ	Київ
18 листопада	Звіт національного консультанта надісланий до ЮНІСЕФ українською мовою	Київ
24 листопада	Отримання перекладу звіту національного консультанту	Київ
28 листопада	Подання підсумкового звіту до ЮНІСЕФ	Київ

9.7 Перелік осіб, з якими проводилися зустрічі, та відвіданих установ

Перелік осіб, з якими проводилися зустрічі:

пані Валентина Педан, нач. відділу організації педіатричної допомоги, відділ охорони здоров'я матерів і дітей МОЗ

пані Тетяна Дубиніна, старший спеціаліст із питань РІЛДД, відділ охорони здоров'я матерів і дітей МОЗ

пані Лідія Романенко, директор Національного методично-організаційного моніторингового центру лікарні «Охматдит» із питань запровадження РІЛДД

Олена Шерстюк, спеціаліст із розвитку дитини, ЮНІСЕФ

Наталя Астапова, спеціаліст із моніторингу, ЮНІСЕФ

Рітта Путіайнен, Заступник Представника, ЮНІСЕФ

Елен Лефер-Шоле, директор проекту, ДСІ

Львівська область

Любомера Кутневич, головний педіатр Львівської області

Ігор Потапов, головний акушер-гінеколог Львівської області

Лариса Янів, головний лікар Львівського державного обласного перинатального центру

Ольга Шлемкевич, національний експерт із питань ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини», неонатолог ЛДОРЦ
Людмила Шекета, головний лікар Львівського міського пологового будинку
Валентин Узок, заступник головного лікаря з питань лікування Львівського міського пологового будинку
Дмитро Квив, головний лікар Львівської міської дитячої лікарні
Роман Геррера, перший заступник головного лікаря з питань лікування Львівської міської дитячої лікарні
Вольдомор Чультко, завідувач відділенням інтенсивної терапії новонароджених Львівської міської дитячої лікарні
Лариса Тволчем, відділення патологій новонароджених Львівської міської дитячої лікарні
Лариса, лікар-координатор проекту грудного вигодовування Львівської міської дитячої лікарні
Аркадій Калишук, головний лікар району, районна лікарня м. Сокаль Львівської області
Марія Кріль, заступник головного лікаря з питань лікування, районна лікарня м. Сокаль Львівської області
Марія Гулавська, заступник головного лікаря з питань охорони материнства та дитинства, районна лікарня м. Сокаль Львівської області

Івано-Франківська область

Оксана Манюх, головний педіатр області, координатор центру підтримки грудного вигодовування, та її група, Івано-Франківська обласна дитяча лікарня
Ярослав Котурбаш, головний лікар, Івано-Франківська обласна дитяча лікарня
Ігор Вакалюк, акушер-гінеколог, Івано-Франківський обласний перинатальний центр (не сертифікований)
Юрій Манюх, головний лікар, завідувач гінекологічним відділенням та його група, Богородчанська районна лікарня

Донецька область

Тетяна Бабич, акушер-гінеколог, керівник обласного методично-моніторингового центру
Олександр Джуджевич, заступник начальника обласного управління охорони здоров'я, акушер-гінеколог
проф. Володимир Чайка, головний лікар обласного перинатального центру
Савелій Гаруз, головний лікар пологового будинку № 2 м. Макіївка, та його персонал

Відвідані заклади

Пологове відділення Львівського міського перинатального центру
Львівська міська дитяча лікарня
Центральна районна лікарня м. Сокаль, Львівська область
Івано-Франківська обласна дитяча лікарня
Івано-Франківський центр підтримки грудного вигодовування, обласна дитяча лікарня
Івано-Франківський обласний перинатальний центр (не сертифікований)
Богородчанська центральна районна лікарня, Івано-Франківська область
Донецький обласний центр матері та дитини
Донецький обласний пологовий будинок
Пологовий будинок № 2 м. Макіївка, Донецька область
Лікарня м. Макіївка, Донецька область

9.8 Список літератури

Матеріали з ІЛДД, переглянуті, оновлені та розширені для інтегрованої допомоги: попередній варіант для запровадження у країнах; ЮНІСЕФ/ВООЗ, січень 2006.

«Книга фактів» ЦРУ, Україна, доступ – 21 жовтня 2008 р. -
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/up.html>

Загальна оцінка країни. Україна. Представництво ООН в Україні, Київ, жовтень 2004 р.

Communication for change; Stanislaw Czaplicki (колишній представник ЮНІСЕФ на Маврикії); 2005 – стаття розташована за адресою www.comminit.com/en

Corruption is bad for your health: findings from Central and Eastern Europe; Richard Rose; Global Corruption Report 2006; Corruption and health; Transparency International, 2006 – www.transparency.org

Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я, прийнятий Міжнародною конференцією охорони здоров'я, Нью-Йорк, 19-22 червня 1946 р.

Стратегія партнерства з Україною на період 2008-2011 фінансових років; МБРР та МФК, 3 листопада 2007 р. - http://siteresources.worldbank.org/INTUKRAINA/Resources/CPS_20071206_eng.pdf

План дій із Програми для країни, 2006-2010 pp., Уряд України та Дитячий фонд ООН, 2006.

Програма для країни. Україна, 2006-2010 pp., Економічна та соціальна рада ООН, квітень 2005 р.

Editorial: Breast feeding: the baby friendly initiative; Aeesha N J Malik and William A M Cutting (University of Edinburgh, Department of Child Life and Health); British Medical Journal 23 May 1998; Volume 316; pages 1548-1549

Звіт про людський розвиток за 2007-2008 pp., ПРООН, Нью-Йорк, 2008.

Paying for free health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe; Global Corruption Report 2006; Corruption and health; Transparency International, 2006

Преамбула Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я, прийнятого Міжнародною конференцією охорони здоров'я, Нью-Йорк, 19-22 червня 1946 р.

Quantity in health Care is not always a substitute for quality; Abraham Israeli, Samuel Penchas; International Journal of Health Care Quality Assurance; Volume 10, Issue 1, page 27 – 30; 1997

Resistance to implementing policy change: the case of Ukraine; Atun R., Olynik I; Bulletin of the World Health Organisation, February 2008; 86(2) pages 147 – 154.

Доповідь про стан здоров'я у світі за 2006 рік; ВООЗ, Женева, 2006.

Really Managing Health Care; Valerie Iles; Health Services Management Series; Open University Press; Philadelphia; 1997.

Звіт про виконання Міжнародного зведення правил щодо збуту замінників грудного молока, ЮНІСЕФ, Київ, 2004.

Цілі розвитку тисячоліття. Україна, Міністерство економіки та з питань європейської інтеграції України, Київ, 2003.

Resistance to implementing policy change: the case of Ukraine; Atun R., Olynik I; Bulletin of the World Health Organisation, February 2008; 86(2) pages 147 – 154.

Доповідь про стан народонаселення світу за 2008 рік; «Питання культури, гендерної рівності та прав людини: досягнення спільного розуміння»; ЮНФПА, 2008.

Оцінка результатів та впливу заходів ЮНІСЕФ у рамках розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» в Україні

Тематичний огляд співпраці МОЗ України та дитячого фонду ООН за програмою «Здоров'я та розвиток дітей» за 2006-9 місяців 2008 року; Методично-організаційний моніторинговий центр Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», Київ.

Медико-демографічне обстеження населення України у 2007 р., попередній звіт, Київ, червень 2008 р.

РПД ООН для України, 2006-2010 «У майбутнє ... разом», Представництво ООН в Україні, 2006.

Статистична доповідь АМР США з охорони здоров'я в Україні, АМР США, червень 2005 р.

Статистика ВООЗ станом на 22 жовтня 2008 р., www.who.org

Звіт про світовий розвиток за 2008 р.; Світовий банк, 2008.

9.9 Анкети

Напівструктурована анкета для основних інформантів⁶⁶

Ця анкета призначена для наступних основних інформантів:

- персонал ЮНІСЕФ: Ріта Путіайнен, Олена Шерстюк;
- Лідія Романенко, начальник відділу моніторингу та методології;
- відповідний персонал ВООЗ;
- Міністерство охорони здоров'я: пані Педан, нач. відділу організації педіатричної допомоги, та пані Мойсеєнко, нач. відділу охорони здоров'я матерів і дітей;
- директор по країні «Джон Сноу Інтернешнл».

По-перше, консультанти представляють оцінку, ініційовану ЮНІСЕФ, а саме оцінку результатів діяльності ЮНІСЕФ у запровадженні розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» в Україні. Цю роль слід розглядати разом із роллю інших учасників, тому що у запровадженні РІЛДД в Україні бере участь не лише ЮНІСЕФ. З вами проводиться інтерв'ю, мета якого – краще зрозуміти роль вашої організації / установи на додаток до ролі ЮНІСЕФ.

1. Яка стратегічна орієнтація вашої організації щодо охорони здоров'я в Україні? Наведіть документи, якщо такі є.
2. Що ваша організація конкретніше робить у рамках ІЛДД або охорони здоров'я матерів і дітей? Опишіть діяльність.
3. Який ваш внесок у цю діяльність? Тип і бюджет.
4. Як фінансується ваша діяльність?
5. Якщо вас фінансують зовнішні донори, хто вони?
6. Які національні цілі РІЛДД в Україні? Лише для МОЗ – запитати документи, якщо вони є.
7. Чи знаєте ви про діяльність ЮНІСЕФ у рамках ІЛДД? Уточніть, якщо виникають сумніви, використовуючи РПР на 2006-2008 рр.
8. Яку роль ЮНІСЕФ відігравав у РІЛДД у минулому?
9. Яку роль ви бачите для ЮНІСЕФ у РІЛДД у майбутньому? Зв'яжіть із останніми подіями в Україні, президентським указом про інтеграцію до ЄС...
10. Які головні результати та вплив РІЛДД на стан здоров'я матерів і дітей в Україні?
11. Чи охоплює РІЛДД нужденні групи? Бідні жінки, самотні жінки, сільські жінки, жінки з ВІЛ/СНІДом, жінки-наркоманки, робітниці комерційного сексу, мігрантки, жінки-глави сімей...
12. Чи є у вас цифри, що показують, якою мірою РІЛДД охоплює ці нужденні групи? Запитайте документи, якщо вони є.
13. Чи відомий вам підхід, оснований на правах людини? Якщо ні, проведіть брифінг.
14. Чи запроваджується підхід, оснований на правах людини, в РІЛДД в Україні?
15. Якщо так, то як? Якщо ні, то чому?
16. Вважаючи, що РІЛДД має позитивний вплив на стан здоров'я та розвиток матері й дитини, якими є невідкладні потреби для усталеності РІЛДД у майбутньому?
17. Де ви бачите роль ЮНІСЕФ із забезпечення сталого прогресу в РІЛДД?
18. Де ви бачите роль вашої організації задля забезпечення сталого прогресу в РІЛДД?
19. Які інші ключові аспекти сприятимуть забезпеченню усталеності РІЛДД у майбутньому?

⁶⁶ Напівструктурована анкета означає, що інформантів будуть скеровувати цими запитаннями, але й також будуть запрошувати відкрити дебати з супутніх питань.

Анкета для керівного персоналу в областях

Ця анкета призначена для наступного персоналу керівного рівня:

- начальник обласного управління охорони здоров'я;
- завідуючий закладом охорони здоров'я та (або) лікарнею.

По-перше, консультанти представляють оцінку, ініційовану ЮНІСЕФ, а саме оцінку результатів діяльності ЮНІСЕФ у запровадженні розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» в Україні. Робота, що проводиться в областях, є ключовою частиною загальної роботи, і ЮНІСЕФ хоче краще зрозуміти свою роль у розвитку та запровадженні РІЛДД в Україні. Наполягайте на тому, що це не є сертифікацією або атестацією в їхньому розумінні, а оцінкою для виявлення основних проблем.

1. Ваші заклади (деякі заклади у вашій області) сертифіковані як «Лікарня, доброзичлива до дитини». Чи зрозуміло вам, що таке ІЛДД та РІЛДД?
2. Чи брали ви участь у процесі сертифікації?
3. Які переваги ви одержуєте після сертифікації вашого закладу? Додаткове фінансування від Уряду? Додаткову підтримку від ЮНІСЕФ?
4. Чи підтримував ЮНІСЕФ ваш заклад? Якщо так, то як саме?
5. Чи вважаєте ви, що одержуєте достатню підтримку / інформацію для того, щоб ваш заклад / область підтримував свій статус, доброзичливий до дитини?
6. Чи проблематично утримати статус «Лікарні, доброзичливої до дитини» між первинною сертифікацією та оцінкою й переоцінкою?
7. Чи проходили ви навчання з питань лікарень, доброзичливих до дитини? Чи проходив навчання ваш персонал?
8. Якою мірою ваш заклад / область заохочує запровадження підходу, ґрунтованого на правах людини?
9. Чи вважаєте ви, що сертифікація приносить у вашому закладі позитивні результати?
10. А у вашій громаді?
11. Як сертифікація впливає на стан здоров'я матерів і дітей у вашому закладі та (або) області? Візьміть цифри, тощо, якщо є.
12. Чи вважаєте ви, що РІЛДД охопила нужденні групи населення у вашому закладі та громаді?
13. Якщо так, то які саме групи і яку користь вони отримали? Якщо ні, то які нужденні групи залишені без уваги?
14. Якими є додаткові витрати на запровадження ІЛДД у вашому закладі та (або) області? Як вони покриваються?
15. Чи платять клієнти закладів охорони здоров'я гонорар за послуги, які отримують?
16. Які є невідкладні потреби для забезпечення усталеності РІЛДД у вашому закладі та (або) області й на національному рівні?

Переглянута напівструктурована анкета для керівного персоналу закладів та областей

Ця анкета призначена для наступного персоналу керівного рівня:

- начальник обласного управління охорони здоров'я;
- завідувачий закладом охорони здоров'я та (або) лікарнею.

По-перше, консультанти представляють оцінку, ініційовану ЮНІСЕФ, а саме оцінку результатів діяльності ЮНІСЕФ у запровадженні розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» в Україні. Робота, що проводиться в областях, є ключовою частиною загальної роботи, і ЮНІСЕФ хоче краще зрозуміти свою роль у розвитку та запровадженні РІЛДД в Україні. Наполягайте на тому, що це не є сертифікацією або атестацією в їхньому розумінні, а оцінкою для виявлення основних проблем.

1. Як довго ви запроваджуєте (Р)ІЛДД?
2. Якими є основні зміни, пов'язані з введенням РІЛДД?
3. Звідки надійшла ініціатива? З області? З вашої лікарні? З постанови на обласному чи національному рівні? Від окремих громадян?
4. Чи підтримував ЮНІСЕФ ваш заклад? Якщо так, то як саме?
5. Чи вважаєте ви, що сертифікація приносить у вашому закладі та громаді позитивні результати? Надайте статистику та якісну інформацію. Смертність дітей першого року життя, материнська смертність, кількість кесарських розтинів, рівні грудного вигодовування, післяпологові інфекції...
6. Якою мірою ваш заклад / область заохочує запровадження підходу, ґрунтованого на правах людини?
7. Чи вважаєте ви, що РІЛДД охопила нужденні групи населення у вашому закладі та громаді?
8. Якими є додаткові витрати на запровадження ІЛДД? Як вони покриваються?
9. Чи зекономив ваш заклад якісь кошти завдяки запровадженню РІЛДД?
10. Хто фінансує ваш заклад? Уряд, приватні спонсори, плата за послуги...
11. Чи платять клієнти закладів охорони здоров'я гонорар за послуги, які отримують?
12. Які ваші потреби для подальшого запровадження РІЛДД? Як вони фінансуватимуться: чи може ці витрати покривати Уряд?
13. Які є невідкладні потреби для забезпечення усталеності РІЛДД?

Структурована анкета для медичного персоналу середнього рівня закладів та областей

Ця анкета призначена для лікарів, медсестер, акушерок, які безпосередньо курирують вагітних жінок і матерів-годувальниць у закладах областей.

По-перше, консультанти представляють оцінку, ініційовану ЮНІСЕФ, а саме оцінку результатів діяльності ЮНІСЕФ у запровадженні розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» в Україні. Робота, що проводиться в областях, є ключовою частиною загальної роботи, і ЮНІСЕФ хоче краще зрозуміти свою роль у розвитку та запровадженні РІЛДД в Україні.

1. Ви працюєте у лікарні або іншому закладі, що має статус «Лікарня, доброзичлива до дитини». Чи знаєте ви, що це означає? Запитайте про основні аспекти.
2. Чи проходили ви навчання щодо ІЛДД та (або) РІЛДД?
3. Коли проходили навчання і як довго?
4. Чи зрозуміло вам, що таке ІЛДД та РІЛДД?
5. Чи брали ви участь у процесі сертифікації?
6. Як саме ви брали участь?
7. Чи вважаєте ви, що одержуєте достатню підтримку / інформацію для того, щоб ваш заклад / область підтримував свій статус, доброзичливий до дитини?
8. Чи проблематично утримати статус «Лікарні, доброзичливої до дитини» між первинною сертифікацією та оцінкою й переоцінкою?
9. Чи впевнені ви, що робите свій внесок у запровадження РІЛДД у своїй щоденній роботі? Якщо ні, то чому?
10. Чи знаєте ви, що таке підхід, оснований на правах людини?
11. Якщо ні, поясніть. Якщо так, як він запроваджується у вашому закладі?
12. Чи вважаєте ви, що сертифікація приносить у вашому закладі позитивні результати? А у громаді?
13. Чи повинні клієнти закладу охорони здоров'я платити за послуги?
14. Який вплив сертифікація мала на вашу роботу? Роботи стало більше або менше? Стимули для того, щоб працювати по-іншому?
15. Чи вважаєте ви, що за допомогою РІЛДД ваш заклад охопив нужденні групи населення?
16. Якщо так, то які саме групи і яку користь вони отримали? Якщо ні, то які нужденні групи залишені без уваги?
17. Чи є якісь негативні аспекти у запровадженні ІЛДД у вашому закладі та (або) області? Які саме?
18. Якщо є, то чи компенсуються ці негативні аспекти в якийсь спосіб?
19. Які є невідкладні потреби для забезпечення усталеності РІЛДД у вашому закладі та (або) області?

Посібник для спостереження у закладах

Цей посібник призначений для того, щоб допомогти консультантам у спостереженнях у закладах трьох областей, які вони відвідуватимуть. Для кожного закладу зазначте назву і місто. Можна навести інші елементи, важливі для конкретного закладу.

Зовнішній вигляд закладу:

- Чи виглядає заклад чистим?
- Чи виглядає заклад добре утримуваним?
- Чи прикрашений він?
- Чи створено гостинну атмосферу?

Час очікування?

- Скільки треба чекати?
- Чи однаковий час очікування для всіх?

Вербальна поведінка та взаємодія:

- Хто з ким розмовляє?
- Хто ініціює взаємодію?
- Яким тоном?

Людське спілкування:

- Чи приходять люди самі або в супроводі? Якщо в супроводі, то кого?
- Чи спілкуються люди одне з одним?
- Чи залишають когось без уваги?
- Які відмінності між відвідувачами закладу?

Ставлення персоналу:

- Чи спілкуються працівники при першому контакті дружньо?
- Яким тоном вони розмовляють?
- Чи здаються вони орієнтованими на клієнта? Або надто зайнятими для того, щоб дбати про клієнтів?