

Худоба О.В.

Національний університет «Львівська політехніка»

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ: СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ

Аргументовано, що для України характерною ознакою є значна депопуляція населення з показником – 28,9 %. Основними чинниками, що суттєво вплинули на цей показник стали війна, старіння населення та еміграція населення. Зважаючи на такі депопуляційні процеси, державна політика відновлення населення потребує посиленої уваги вже сьогодні. Основною метою державної політики охорони репродуктивного здоров'я є відтворення здорового населення. Ефективність політики охорони репродуктивного здоров'я окрім медичних визначається багатьма чинниками соціального та економічного спрямування. Повномасштабна війна в Україні дуже сильно вплинула на погіршення репродуктивного здоров'я населення. Погіршення фізичного та психічного здоров'я, величезні втрати здебільшого чоловіків репродуктивного віку, безпрецедентні масштаби еміграції змінюють акценти державної політики охорони репродуктивного здоров'я. Обґрунтована потреба переглянути управлінські підходи і доповнити Стратегію відновлення країни, комплексом «відтворення населення». Заходи з покращення репродуктивного здоров'я мають бути ретельно виваженими та науково обґрунтованими з точки зору економічної доцільності та соціальної вигоди. Проведено аналіз соціально-економічних показників державної політики репродуктивного здоров'я населення України в умовах воєнного часу для подальшого обґрунтування можливостей покращення окремих напрямів цієї політики, зокрема визначено ефективність вжитих заходів на різних рівнях управління, рівень доступності репродуктивних послуг та оцінка їх впливу на демографічну ситуацію, а відтак на розвиток країни загалом; узагальнено міжнародний досвід для формування рекомендацій. Встановлено: найбільш неврегульованим питанням в частині охорони репродуктивного здоров'я є застосування допоміжних репродуктивних технологій. На рівні політики не прослідковується чітка мета і завдання держави щодо розвитку цього напрямку в Україні, а в умовах війни і масштабних втрат населення попит на послуги в цьому напрямку зростає. Доступність послуг допоміжних репродуктивних технологій на медичному ринку ускладнює розуміння державної політики у сфері репродуктивної медицини в Україні. Залишаються значні соціальні, економічні та географічні бар'єри щодо того, хто може отримати доступ до цих послуг та отримати від нього користь. Проведений аналіз дає підстави стверджувати: закони допоміжних репродуктивних технологій в Україні сьогодні пов'язані більше з економічними приватними інтересами, хоча ці питання лежать на перетині питань життя і здоров'я та відтворення населення.

Ключові слова: публічне управління, державна політика охорони здоров'я, охорона репродуктивного здоров'я, допоміжні репродуктивні технології, перинатальна допомога.

Постановка проблеми. Кількість населення в Європі значно змінилася за останні тридцять років. Основними чинниками, що суттєво вплинули на цей показник стали війна, старіння населення та еміграція населення. Якщо для деяких країн з 1990 р. до 2022 р. кількість населення значно збільшилася, до прикладу, в таких країнах як Туреччина (+57,1 %), Ісландія (+52 %), Австрія (+31,3 %), Норвегія (+31 %), Іспанія (+22,4 %), Швеція (+22,1 %), Франція (+17,1 %), Велика Британія (+16,9 %) [17].

Демографічна ситуація в Україні вже давно перебуває у кризовому стані, ознаки якого прояв-

ляються у низькому рівні народжуваності, високій ймовірності смертності чоловіків у працездатному віці (близько 38 %) та високій, порівняно з розвинутими країнами, смертності немовлят і дітей віком до 5 років [7]. Від початку повномасштабного вторгнення росії до України і веденням воєнних дій спостерігаються великі втрати військових та цивільного населення. Мільйони людей були вигнані зі своїх домівок в Україні та потребують гуманітарної допомоги, що стало найбільшою та найшвидшою кризою переміщення в Європі з часів Другої світової війни. Це різко змінює демографічну ситуацію: понад

8 мільйонів людей втекли до сусідніх країн як біженці [23], майже 6 мільйонів біженців з України зареєстровано в Європі, і 400 тисяч за її межами [20]. Постійний масштабний міграційний вплив жіночого населення негативно позначається як на чисельності, так і на статеві-віковому складі населення. Є припущення, що після нашої перемоги до жінок з дітьми захочуть приєднатися їхні чоловіки [10]. Це ще більше негативно відобразиться на народжуваності, а отже проблема відновлення людського потенціалу України постає як ніколи гостро.

Зважаючи на такі депопуляційні процеси, державна політика відновлення населення потребує посиленої уваги вже сьогодні. Оскільки демографічними складовими руху населення є народжуваність, смертність та міграція, необхідно паралельно і одночасно розв'язувати проблемні питання у всіх цих складових. З одного боку, без широкомасштабного будівництва житла та соціальної інфраструктури мільйони біженців не зможуть і не захочуть повернутися назад на батьківщину, а з іншого – необхідно розвивати напрями, спрямовані на поліпшення репродуктивного здоров'я, підвищення рівня життя, сприяння та заохочення населення мати та виховувати здорових дітей.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Науковим підґрунтям до викладу матеріалу дослідження стали теоретичні розробки закордонних та українських вчених, зокрема: Я. Радиша, І. Рожкової та І. Солоненка, які ґрунтовно проаналізували державне управління охороною здоров'я в Україні; М. Білинської, С. Мокрецова, Н. Гойди, Г. Майструк, які розглянули перспективи державної політики України щодо охорони репродуктивного здоров'я; Н. Жилки, І. Миرونюка, Г. Слабкого, Т. Гурської, І. Жаровської, М. Бліхар, які розкрили нормативно-правові аспекти охорони репродуктивного здоров'я; О. Тупай та О. Корольчук, які звернули увагу наукового товариства на механізми фінансового та інформаційного забезпечення в цьому напрямі. Проте, державне регулювання охорони репродуктивного здоров'я в умовах воєнного часу досліджено недостатньо.

Метою дослідження є аналіз соціально-економічних показників державної політики репродуктивного здоров'я населення України в умовах воєнного часу для подальшого обґрунтування можливостей покращення окремих напрямів цієї політики. Для реалізації означеної мети передбачалося: вивчення ефективності вжитих заходів на різних рівнях управління, визначення доступності репродуктивних послуг та оцінка їх впливу на

демографічну ситуацію, а відтак на розвиток країни загалом; узагальнення міжнародного досвіду для формування рекомендацій.

Виклад основного матеріалу дослідження. Загальний коефіцієнт народжуваності суттєво знизився за останні десятиліття в Україні, як і в більшій частині країн пострадянського блоку. Ще у 1989 році коефіцієнт народжуваності був приблизно на рівні відтворення населення, але до 2000 року різко знизився. Не можна сказати, що Україна пережила «демографічний перехід», який характеризується економічним зростанням чи суттєвим збільшенням тривалості життя. Незважаючи на те, що народжуваність справді впала, це супроводжувалося різким підвищенням рівня смертності та падінням рівня життя [16].

Питання державної політики відновлення населення України вимагає комплексних узгоджених багатогалузевих цілеспрямованих заходів у різних напрямках та сферах життєдіяльності. Радою національної безпеки та оборони стан демографічної ситуації, так само як системні проблеми у сфері охорони здоров'я та проблеми репродуктивного здоров'я населення, розглядаються як поточні та прогнозовані загрози національній безпеці, що підризують національну стійкість, людський, економічний і воєнний потенціал та загрожують майбутньому України [8]. Для протидії наслідкам війни сформовано Стратегію національної безпеки України та створено Національну раду з відновлення України. Також передбачено створення галузевих робочих груп з підготовки фахових пропозицій на реалізацію стратегічних завдань. З аналізу цих завдань можна стверджувати: в основному заходи спрямовані на розвиток інфраструктури та житла, перезапуск економіки та підтримку вразливих верств населення [6]. Проте питання відновлення населення України чітко не прослідковується на рівні державної політики, а розглядається лише дотично в контексті розвитку медичної галузі та соціальних послуг.

Для детального аналізу державної політики відновлення населення України і охорони репродуктивного здоров'я як її складової нами визначено основні компоненти, які впливають на формування та ефективність реалізації цієї політики (рис. 1).

Одним із ключових чинників, що впливають на народжуваність, є соціально-економічні мотиваційні чинники. Економічна стабільність сімей, доступ до якісної медичної допомоги та освіти, а також державна підтримка через програми декретної відпустки та фінансові стимули – це лише деякі з ключових факторів, які можуть вплинути на рішення сімей розширити свою родину.

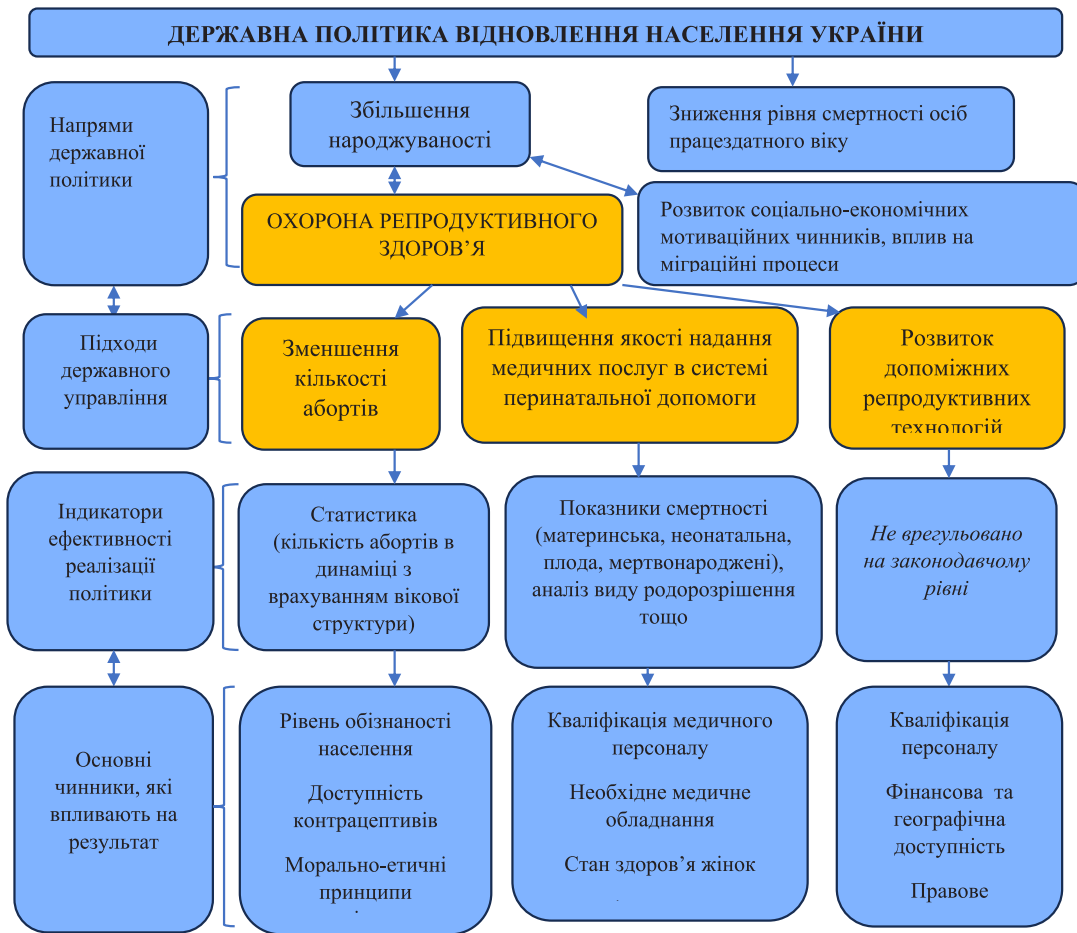


Рис. 1. Компоненти державної політики відновлення населення України

Сформовано автором

В Україні з 1991 року загалом відбуваються позитивні зміни у формуванні сімейної політики. Однак необхідно звернути увагу: міжнародні джерела описують українську сімейну політику як «одну з найбільш щедрих, але найменш ефективних сімейних політик у світі» і вказують на те, що бюджетні обмеження, погане управління та складні процеси подання документів інколи перешкоджають фактичному отриманню допомоги [24]. Хоча виплати зростають, кошти, витрачені на сімейну політику, все ще залишаються відносно невеликими.

Якщо взяти до уваги соціальний аспект, з'ясується, що в Україні кількість дитячих закладів значно скоротилася за роки незалежності: у період з 1990 по 2005 рр. ця кількість зменшилася приблизно з 25 тисяч до 15 тисяч. На думку науковців, бюрократія може перешкоджати ефективній реалізації змін, внесених у сімейну політику, і, таким чином, впливати на можливість населення скористатися своїми соціальними правами [19].

Як видно на рис. 1, важливим блоком проблемних питань, від розв'язання яких залежать показники рівня народжуваності, є стан репродуктивного здоров'я населення і якість надання медичних послуг в системі перинатальної допомоги. Для оцінки ефективності цих послуг одним з методів є аналіз статистичних даних.

Якщо орієнтуватися на українську систему статистичних даних, то можна стверджувати: Україна досягнула значних успіхів у цьому напрямі. Проте дуже часто виникають розбіжності при порівнянні української та міжнародних баз даних і на це, як свідчать міжнародні дослідження, є як мінімум дві причини. По-перше, підходи до реєстрації дітей після народження значно різняться між країнами, що впливає на показник дитячої смертності. До прикладу, якщо у Франції прийнятне відтермінування повідомлення або реєстрації дітей до 24 годин, то в деяких країнах пострадянського блоку такі часові проміжки є набагато триваліші, зокрема в Україні цей термін сягає до чотирьох тижнів (ст. 144) [9]. І чим довше відтермінування

з реєстрацією, тим більша частка недоношених дітей залишиться незареєстрованою. У 1992 році, згідно з офіційною статистикою, в пострадянських країнах подекуди фіксується лише 5 % дітей, які померли протягом 24 годин після народження. Тоді як в такій багатій країні, як Швейцарія, де відтермінування реєстрації є незаконним, цей показник сягає 30 %. У результаті переважна більшість дітей, які померли до кінцевого терміну реєстрації, встановленого законодавчо, просто не були зареєстровані взагалі, що зменшувало рівень дитячої смертності порівняно з іншими країнами. У цьому дослідники вбачають певну потенційну політичну мету багатьох державних чиновників [16].

Окрім цього, розлученим парам може знадобитися більше часу, щоб мобілізуватись і зібратися разом, щоб зареєструвати дитину. З огляду на те, що стаття 212 кодексу України про адміністративні правопорушення тягне за собою накладення штрафу від одного до трьох неоподатковуваних мінімумів доходів громадян за будь-яку реєстрацію пізніше ніж через 30 днів після офіційного народження дитини [3], це може сприяти обмеженню права доступу до офіційних систем реєстрації батьків, які мають фінансові труднощі [16].

Другою причиною, яка, з нашого огляду, потребує додаткового аналізу і тим не менше, на думку дея-

ких дослідників, обґрунтовується як альтернативна, є адміністративні маніпуляції з даними, що також могло внести значну упередженість на користь народжуваності жінок в офіційних статистичних даних, і це обумовлено економічним чинником: надзвичайно щедри одноразові материнські субсидії в Україні могли спонукати регіональні статистичні управління змінити кількість народжених у бік збільшення, щоб отримати більше субсидій від уряду [24].

Найбільш неврегульованим питанням в частині охорони репродуктивного здоров'я є застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). На рівні політики не прослідковується чітка мета і завдання держави щодо розвитку цього напрямку в Україні, а в умовах війни і масштабних втрат населення попит на послуги в цьому напрямі зростає.

Лікування за допомогою ДРТ є дорогим і суттєво різниться між країнами у співвідношенні державного та приватного фінансування програм ДРТ. Більшість країн надають часткову або повну компенсацію витрат на лікування безпліддя та/або ліки в межах діючих національних планів охорони здоров'я (48 % країн), приватного страхування (24 %) та державних/провінційних/регіональних планів охорони здоров'я (19 %). За обсягом фінансування країни та регіони також дуже відрізняються (рис. 2): понад 80 % країн Європи

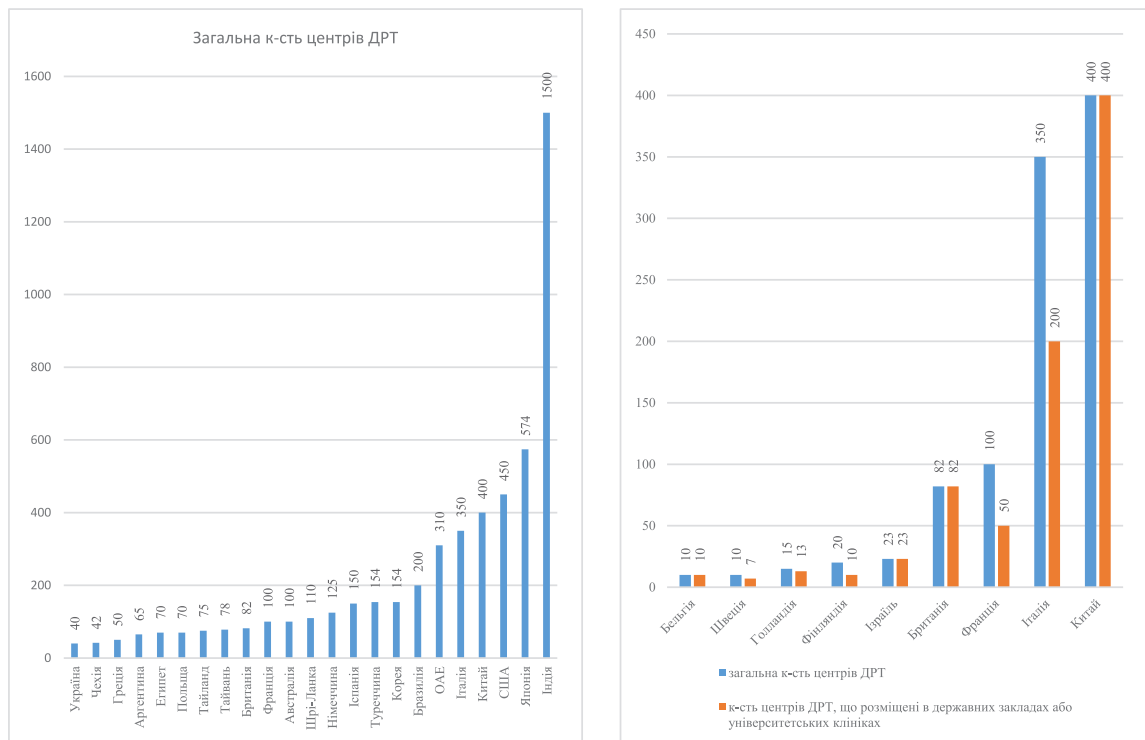


Рис. 2. Країни, у яких кількість центрів з надання послуг ДРТ більше 40, а також ті країни, у яких більше 50 % центрів ДРТ знаходяться в державних закладах або університетських лікарнях [11]

та Океанії покривали фінансові витрати на послуги ДРТ повністю або частково і лише 23 % африканських країн надавали часткове покриття витрат [14].

Ймовірно, немає жодного іншого напрямку медичного супроводу та лікування, яке демонструє такі різноманітні механізми фінансування урядами та приватними платниками, як ДРТ. В глобальному дослідженні практик і політики ДРТ, проведеному у 2019 р. Міжнародною федерацією товариств репродукції, встановлено: лише 40 із 85 країн, що становить орієнтовно 47 %, які надали дані про обсяг страхового покриття, повідомили про будь-який вид фінансової підтримки для лікування ДРТ, порівняно з 64 % у 2015 році. Загалом лише 17 із 85 країн запропонували повну компенсацію за послуги ДРТ. Порівняно з попередніми опитуваннями, Японія та Великобританія відзначили зменшення фінансової підтримки ДРТ, 16 країн повідомили про розширення фінансової підтримки, а 42 країни вказали на відсутність змін у фінансовій підтримці [11]. Ірландія залишається однією з двох країн Європейського Союзу, які не пропонують національне фінансування ДРТ, але, навпаки, Фінляндія, Велика Британія та Ізраїль мають дуже щедре державне фінансування лікування безпліддя.

В Україні є 40 закладів охорони здоров'я, що надають послуги з ДРТ, з них лише 3 державні заклади, які мають фінансову підтримку від держави (рис. 3).

Це призводить до того, що споживачі означених послуг у всьому світі мають різну доступність до них. Значні відмінності у вартості послуг впливають на формування цільових груп, тобто тих, хто може дозволити собі отримати доступ до лікування за допомогою ДРТ [14]. Для тих, хто проживає в країнах, де немає служб репродуктивної допомоги, що фінансуються на державному рівні,

особи нижчого соціально-економічного статусу, можуть не мати змоги звернутися за допомогою у випадку безпліддя через нездатність дозволити собі самофінансоване лікування [15].

З огляду політики, питання фінансування послуг ДРТ розглядається паралельно з ефективністю таких послуг. Одним з чинників, що позитивно впливають на досягнення ефективності є соціально-економічний статус, який можна розглядати як позицію людини в суспільстві на основі поєднання економічних (дохід, освіта, професія) і соціологічних факторів (соціальний статус і клас) по відношенню до інших [12]. Соціально-економічний статус має потужний вплив на загальний стан здоров'я: люди з вищим статусом зазвичай мають краще здоров'я, ніж ті, хто має нижчий статус. Цей зв'язок був добре встановлений у таких станах, як розлади психічного здоров'я [13], серцево-судинні захворювання [22] та інсульт [18].

Рівень освіти жінок розглядається як найбільший фактор впливу на ефективність послуг у сфері охорони здоров'я. Це може бути тому, що жінки з вищою освітою краще підготовлені для спілкування та взаємодії з медичним персоналом, а також мають глибші знання з питань охорони здоров'я та здатність розуміти кроки, які вони можуть зробити індивідуально для покращення їхніх шансів на успіх (наприклад, оптимальна вага та дієта). Результати досліджень демонструють, що соціально-економічний статус мав статистично значущий вплив на результати вагітності та живонародження після ДРТ [21].

Таким чином, збільшення кількості дітей, народжених за допомогою ДРТ від матерів з вищим соціальним статусом, може бути віддзеркаленням того, що жінки з цих груп, з одного боку, мають більший доступ і частіше проходять лікування, а також і те, що лікування є більш успішним у цій популяції жінок.

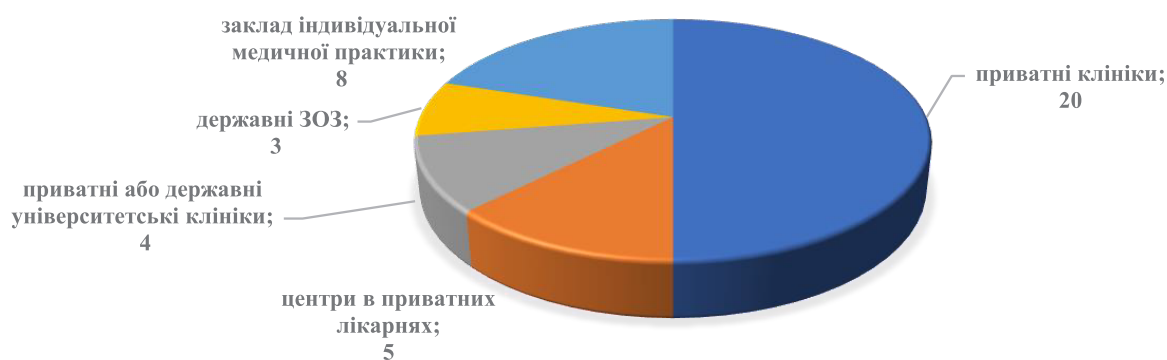


Рис. 3. Кількість та тип центрів допоміжних репродуктивних технологій в Україні станом на 2019 рік [11]

Якщо можна встановити справжній зв'язок між соціально-економічним статусом та результатами лікування фертильності, то це може вплинути на національну політику та практику охорони здоров'я. В Англії місцеві комісійні групи визначають доступ пар до програм лікування безпліддя, що фінансуються державним бюджетом, і кількість відповідних спроб. Соціально-економічні відмінності можуть дозволити комісарам інтерпретувати показники успіху на основі аналізу місцевого населення, щоб підвищити їхні загальні шанси на успіх [15]. Така політика прослідковується також в Ізраїлі, де жінки мають змогу отримати освіту, зробити кар'єру і мати повну підтримку держави у випадку проблем із вагітністю.

В Україні політику охорони здоров'я формує держава та забезпечує її реалізацію (ст. 12) [4]. Це відбувається шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я Верховною Радою України (ст. 13). Відповідно до законодавства про охорону здоров'я застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється «за медичними показаннями повнолітньої жінки, з якою проводиться така дія, за умов наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці» згідно із встановленим порядком [4, ст. 48]. Це може означати, що держава підтримує лише подружні пари, і не забезпечує такого права для одиноких жінок. Потребує також додаткового аналізу питання державної підтримки молодих жінок, які втратили чоловіків на війні, і одиноких жінок, які беруть участь у захисті країни і мають бажання народити дітей. А таких жінок стає все більше. Зростає кількість жінок, які проходять службу в ЗСУ. Так, у 2014 році загальна чисельність жінок становила 49 926, а станом на 1 березня 2023 року – 60 538 жінок [2]. Через негативний вплив факторів військового і воєнного середовища, жінки-військовослужбовці мають більше захворювань і проблем з репродуктивним здоров'ям, ніж представниці «мирних» професій. До 30 % жінок-ветеранок стикаються з проблемами неплідності [1].

Складовою частиною державної політики охорони здоров'я в Україні є місцеві і регіональні комплексні та цільові програми, що формуються органами місцевого самоврядування та відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях (ст. 13). І на сьогодні створені механізми і є можливості розвивати окремі послуги з охорони

репродуктивного здоров'я на рівні регіонів. Таку змогу використала Львівська область, де запровадила Комплексна програма підтримки галузі охорони здоров'я на 2021–2025 рр. В межах програми вперше виділено 8 млн з обласного бюджету на придбання дороговартісних медикаментів для лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій [5]. Це допоможе стати батьками 200 парам з Львівщини, які стикнулися з різними проблемами безпліддя.

Висновки із цього дослідження і далі перспективи в цьому напрямку. Основною метою державної політики охорони репродуктивного здоров'я є відтворення здорового населення. Були досягнуті певні успіхи у цьому напрямі і вони стосуються здебільшого якості надання медичних послуг. Однак ефективність політики охорони репродуктивного здоров'я окрім медичних визначається багатьма чинниками соціального та економічного спрямування. Повномасштабна війна в Україні дуже сильно вплинула на погіршення репродуктивного здоров'я населення. Погіршення фізичного та психічного здоров'я, величезні втрати здебільшого чоловіків репродуктивного віку, безпрецедентні масштаби еміграції змінюють акценти державної політики охорони репродуктивного здоров'я. Настав час переглянути управлінські підходи і доповнити Стратегію відновлення країни, комплексом «відтворення населення». Заходи з покращення репродуктивного здоров'я мають бути ретельно виваженими та науково обґрунтованими з точки зору економічної доцільності та соціальної вигоди.

Прогрес і досягнення ефективності в лікуванні безпліддя може дати надію багатьом жінкам завагітніти, але залишаються значні соціальні, економічні та географічні бар'єри щодо того, хто може отримати доступ до цих послуг та отримати від нього користь. Доступність послуг ДРТ на медичному ринку ускладнює наше розуміння державної політики у сфері репродуктивної медицини в Україні. Проведений аналіз дає підстави стверджувати: закони ДРТ в Україні сьогодні пов'язані більше з економічними приватними інтересами, хоча ДРТ лежать на перетині питань життя і здоров'я та відтворення населення. ДРТ є важливою складовою приватної медицини, яка заробляє гроші. В цих результатах вражає також те, що тут не дотримані шаблони, які можна побачити в законодавстві щодо абортів та контрацепції – тих репродуктивних політик, які вважаються «політиками моралі», хоча політичні дебати в цьому напрямі ведуться.

Список літератури:

1. Війна і жінки: трагічні наслідки для репродуктивного здоров'я. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/viyna-i-zhinky-trahichni-naslidky-dla-reproduktyvnoho-zdorovia/31508583.html> (дата звернення: 14.08.2023).
2. Кількість жінок-військових у ЗСУ з 2014 року зросла у 2,5 раза. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubricato/3682549-kilkist-zinokvijskovih-u-zsu-z-2014-roku-zroslo-u-25-raza.html> (дата звернення: 17.08.2023).
3. Кодекс України про адміністративні правопорушення від 07.12.1984 № 8073-X. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10#top> (дата звернення: 14.08.2023).
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 14.08.2023).
5. Перелік завдань, заходів та показників на 2023 рік Комплексної програми підтримки галузі охорони здоров'я Львівської області на 2021–2025 роки. URL: <https://loda.gov.ua/documents/61456> (дата звернення: 16.08.2023).
6. Питання Національної ради з відновлення України від наслідків війни: Указ Президента України 21 квітня 2022 року № 266/2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/266/2022#Text> (дата звернення: 18.08.2023).
7. Про затвердження Стратегії демографічного розвитку в період до 2015 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 24 червня 2006 р. N 879. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/879-2006-%D0%BF#top> (дата звернення: 14.08.2023).
8. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року «Про Стратегію національної безпеки України» Указ Президента України № 392/2020. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3922020-35037> (дата звернення: 14.08.2023).
9. Сімейний Кодекс України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text> (дата звернення: 14.08.2023).
10. Яцевський Віталій. Демографічні чинники післявоєнного відновлення нашої країни. *Голос України* (газета Верховної Ради України) від 16 вересня 2022. URL: <http://www.golos.com.ua/article/364400> (дата звернення: 16.08.2023).
11. Allan, Sonia, et al. International federation of fertility societies' surveillance (IFFS) 2019: Global trends in reproductive policy and practice. *Global Reproductive Health*, 2019, 1-138.
12. Baker, Elizabeth H. Socioeconomic status, definition. *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society*, 2014. 2210–2214.
13. Businelle, M. S., et al. Do stressful events account for the link between socioeconomic status and mental health?. *Journal of Public Health*, 2014. 36.2 : 205–212.
14. Chambers, Georgina M., et al. Funding and public reporting strategies for reducing multiple pregnancy from fertility treatments. *Fertility and sterility*, 2020. 114.4 : 715–721.
15. Imrie, Rachel, et al. Socioeconomic status and fertility treatment outcomes in high-income countries: a review of the current literature. *Human Fertility*, 2023. 26.1 : 27–37.
16. King, Lawrence; Michael, Marc. No Country for Young Girls: Market Reforms, Gender Roles, and Pre-natal Sex Selection in Post-Soviet Ukraine. 2016.
17. Marko Jukic. Total polulation change, 1990–2022. Data from World Bank. Twitter.com
18. Marshall, Iain J., et al. The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes. *The Lancet Neurology*, 2015. 14.12 : 1206–1218.
19. Perelli-Harris, Brienna. Ukraine: On the border between old and new in uncertain times. *Demographic research*, 2008, 19: 1145–1178.
20. Refugees from Ukraine recorded in Europe. URL: <https://data2.unhcr.org/en/situations/ukraine>
21. Richardson, A. L., et al. Effect of deprivation on in vitro fertilisation outcome: a cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2020. 127.4 : 458–465.
22. Rosengren, Annika, et al. Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *The Lancet Global Health*, 2019. 7.6 : e748–e760.
23. Ukraine crisis briefing. URL: https://www.rescue.org/eu/country/ukraine?gclid=Cj0KCQjwldKmBhCCARIsAP-OrfybYzBpwaV6pqG9zQF09FunDeMq36GlplmxDg4pmcv60QE9FsU6nIaAgmPEALw_wcB
24. Wesolowski, Katharina; Ferrarini, Tommy. Family policies in Ukraine and Russia in comparative perspective. 2015.

Khudoba O.V. STATE REPRODUCTIVE HEALTH PROTECTION POLICY IN UKRAINE DURING WARTIME: SOCIO-ECONOMIC ASPECTS

Argued: a significant depopulation of the population with an indicator of – 28.9 % is a characteristic feature of Ukraine. The main factors that significantly influenced this indicator have been the war, the aging of the population and the emigration of the population. Taking into account such depopulation processes, the state policy of population restoration needs increased attention already today. The main goal of the state reproductive health policy is to reproduce a healthy population. The effectiveness of reproductive health protection policy is determined by many factors of social and economic direction in addition to medical ones. The full-scale war in Ukraine greatly affected the deterioration of the reproductive health of the population. Deterioration of physical and mental health, huge losses of mostly men of reproductive age, unprecedented scale of emigration are changing the emphasis of state reproductive health policy. There is a well-founded need to revise administrative approaches and supplement the Strategy for the recovery of the country with a complex of «population reproduction». Measures to improve reproductive health must be carefully considered and scientifically based in terms of economic feasibility and social benefit. An analysis of the socio-economic indicators of the state policy of the reproductive health of the population of Ukraine in wartime conditions was carried out in order to further justify the possibilities of improving certain areas of this policy, in particular; the effectiveness of the measures taken at different levels of administration, the level of availability of reproductive services and the assessment of their impact on the demographic situation were determined, and therefore on the development of the country in general; international experience is summarized for the formation of recommendations. It was established that the most unsettled issue in terms of reproductive health care is the use of assisted reproductive technologies. At the political level, a clear goal and task of the state regarding the development of this direction in Ukraine is not followed, and in the conditions of war and large-scale population losses, the demand for services in this direction is growing. The availability of assisted reproductive technology services on the medical market makes it difficult to understand the state policy in the field of reproductive medicine in Ukraine. There remain significant social, economic and geographic barriers to those who can access and benefit from these services. The conducted analysis gives reason to assert: the laws of assisted reproductive technologies in Ukraine today are more related to economic private interests, although these issues lie at the intersection of issues of life and health and reproduction of the population.

Key words: public administration, state health care policy, reproductive health care, assisted reproductive technologies, perinatal care.