



АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

**Реалізація репродуктивних прав жінок
з інвалідністю в Україні:
маршрут, бар'єри та шляхи вдосконалення**
за результатами дослідження у семи територіальних громадах України

Звіт підготовлено в межах проєкту «Здоров'я жінки», який реалізується Національною Асамблеєю людей з інвалідністю України за підтримки та в партнерстві з Норвезькою Федерацією прав осіб з інвалідністю та Atlas Alliance.

Упорядники: Байда Лариса, Павлова Євгенія

Консультантка: Давидова Юлія, лікарка-акушер-гінеколог вищої категорії, докторка медичних наук, професорка

Дизайн: Глиненко Олександр

Внесок НАІУ у забезпечення прав жінок з інвалідністю.

Національна Асамблея людей з інвалідністю України (НАІУ) є провідною парасольковою організацією, яка об'єднує та представляє інтереси організацій, створених і керованих людьми з різними порушеннями.

Протягом багатьох років НАІУ послідовно відстоює права жінок з інвалідністю на системному рівні, реалізуючи широке коло стратегічних завдань: експертиза та надання рекомендацій до нормативно-правових актів; проведення адвокаційних національних та регіональних кампаній; системне поєднання питань інвалідності з гендерною політикою країни; інституційна підтримка організацій жінок з інвалідністю; підтримка феміністичного руху та захист прав жінок, зокрема з інвалідністю, під час воєн і гуманітарних криз.

Одним із пріоритетних напрямів роботи НАІУ є забезпечення безперешкодного доступу жінок з інвалідністю до якісних, своєчасних та фінансово доступних медичних послуг, зокрема у сфері репродуктивного здоров'я. Попри реформи та євроінтеграційні процеси, багаторічний практичний досвід організації показує, що шлях пацієнток з інвалідністю до належної медичної допомоги досі сповнений системних бар'єрів: недоступність будівель закладів охорони здоров'я та спеціалізованого медичного обладнання; неможливість дістатись до медичного закладу через відсутність низькопідлогового транспорту в громаді та відсутність відповідних послуг за місцем проживання; брак належної підготовки, чутливості та гнучкості серед медичних працівників; недостатня правова обізнаність жінок та чоловіків з інвалідністю про свої права; існування хибних уявлень про потреби жінок з інвалідністю в реалізації їхніх репродуктивних прав.

Матеріали, представлені у цьому дослідженні, є результатом синергії аналітичної роботи НАІУ та живого досвіду жінок з інвалідністю у пілотних громадах.

Видання покликане стати практичним інструментом для управлінців, медичних працівників та правозахисників/ць задля розробки ефективних рішень, що усунуть дискримінаційні бар'єри та забезпечать рівні права на доступ до послуг охорони здоров'я для кожної жінки.

НАІУ висловлює подяку жінкам з інвалідністю, лікарям, консультантам, координаторкам пілотних громад за їхній внесок у підготовку даного звіту.

Зміст

Резюме	6
Розділ 1. Вступ	9
1.1. Актуальність, мета та завдання звіту	9
1.2. Правова модель інвалідності та ключові поняття	11
1.3. Методологія та джерела даних	13
1.4. Соціально-демографічний портрет учасниць	14
Розділ 2. Міжнародні зобов'язання України з питань репродуктивного здоров'я ..	17
2.1. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю та Загальні коментарі Комітету ..	17
2.2. Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок і Загальна рекомендація N° 24	19
2.3. МКНР (Каїр), Пекінська декларація і платформа дій та Порядок денний до 2030 року	21
2.4. Стандарти ВООЗ, UNFPA та Ради Європи щодо доступності послуг репродуктивного здоров'я	23
2.5. Зобов'язання у контексті європейської інтеграції	25
2.6. Проміжний висновок: обсяг зобов'язань і стан їхнього виконання	26
Розділ 3. Вітчизняне законодавство, пакети НСЗУ та застосування міжнародних протоколів	29
3.1. Національна нормативна база та державні програми	29
3.2. Клінічні протоколи та стандарти медичної допомоги	31
3.3. Можливість застосування міжнародних клінічних протоколів	33
3.4. Пакети медичних послуг НСЗУ: порівняльний аналіз вимог	34
3.5. Термінологічна неузгодженість	36
3.6. Правові колізії	37

Розділ 4. Маршрут жінки з інвалідністю у реалізації репродуктивних прав	40
4.1. Як побудовано маршрут: методологічна примітка	40
4.2. Маршрут	41
4.3. Зведена карта маршруту: точки зламу та їхнє розв'язання	??
Розділ 5. Проблеми та бар'єри для лікарів	59
5.1. Підготовка і компетентності: брак навчання і тренінгів	59
5.2. Статистика	60
5.3. Обладнання та інфраструктура — думка лікарів	61
5.4. Проблеми з фінансуванням та специфікаціями пакетів НСЗУ	61
5.5. Організаційно-системні бар'єри	62
5.6. Потреби і пропозиції медичних працівників	62
Розділ 6. Висновки та рекомендації	64
6.1. Ключові висновки	64
6.2. Рекомендації на національному (законодавчому) рівні	65
6.3. Рекомендації для Міністерства охорони здоров'я та Національної служби здоров'я України	66
6.4. Рекомендації для органів місцевого самоврядування та громад	67
6.5. Рекомендації для закладів охорони здоров'я	68
6.6. Освіта медичних працівників та подолання упереджень	69
6.7. Моніторинг, збір даних та подальші кроки	70
Додатки	71
Додаток 1. Ключові міжнародні документи, використані у звіті	71
Додаток 2. Перелік протоколів і стандартів	72

Резюме

Представлений звіт відображає огляд поточної ситуації у сфері забезпечення та практичного втілення репродуктивних прав жінок з інвалідністю в Україні під час війни. Методологія дослідження дала змогу інтегрувати у звіт життєвий досвід жінок із різними порушеннями та практичний погляд медичної спільноти, а підсумкова частина акумулює чіткі рекомендації, спрямовані на впровадження наскрізних змін на законодавчому та операційному рівнях.

Дослідження ґрунтувалося на змішаній методології та охоплювало сім територіальних громад. В онлайн-опитуванні взяли участь 373 жінки з різними порушеннями та 107 медичних працівників; 20 жінок з інвалідністю брали участь у фокус-групах, 8 лікарів поділилися своїм досвідом під час глибинних інтерв'ю. Кількісні дані опитувань доповнено якісними свідченнями та аналізом національного законодавства, клінічних протоколів і специфікацій пакетів медичних послуг Національної служби здоров'я України, зіставленим із міжнародними зобов'язаннями України та передовими стандартами.

Захист репродуктивних прав жінок на рівні законодавства України забезпечується комплексом міжнародних договорів, Конституцією та галузевими законами, які гарантують право на охорону здоров'я, вільний репродуктивний вибір та захист від дискримінації.

Водночас один із головних висновків дослідження полягає в тому, що гарантовані законодавчо права жінок з інвалідністю не «працюють на практиці»: розрив між законодавством і його практичним втіленням є головною причиною того, чому жінки не можуть скористатися своїми правами.

Дані дослідження висвічують основні проблеми. Лише близько третини опитаних жінок відвідують гінеколога регулярно, а частина не була в нього жодного разу; скринінги (ПАП-тест, обстеження молочних залоз, мамографія) проходить меншість. Жінки, які пересуваються на кріслі колісному, проходять скринінги в рази рідше за середній показник через фізичну недоступність кабінетів та медичного обладнання. Майже кожна третя учасниця зіткнулася з бар'єрами у спілкуванні та взаємодії з медичними працівниками. Дев'ять із десяти жінок покладаються на державну медицину, проте саме в державних закладах бракує універсального медичного обладнання та доступності приміщень. Універсальне гінекологічне крісло є менш ніж у половині закладів, а діагностичне обладнання для жінок з фізичними порушеннями — лише в поодиноких; майже половина опитаних медичних працівників ніколи не проходили навчання з питань роботи з жінками з інвалідністю, хоча його потребують. Цілодобова послуга перекладу жестовою мовою в медичних закладах пілотних громад практично відсутня.

Найбільше занепокоєння викликає те, що йдеться не про окремі недоліки системи, а про взаємопов'язані проблеми.

На окрему увагу заслуговує проблема «невидимості» потреб жінок з інвалідністю. Те, що ми не вимірюємо, дуже важко покращити. Якщо ми не маємо достатньої інформації про кількість жінок, які потребують адаптованих медичних послуг, про бар'єри, з якими вони стикаються, та про результати наданої допомоги, то надзвичайно складно планувати кадрові, організаційні та фінансові ресурси

Ключові показники, виявлені дослідженням

Показник	Значення
Регулярні візити до гінеколога	близько 35 %
Регулярний мазок серед користувачок крісла колісного	близько 18 %
Регулярне обстеження молочних залоз серед користувачок крісла колісного	близько 7 %
Стикалися зі зневажливим ставленням	близько 29 %
Покладаються на державну медицину	близько 90 %
Заклади з універсальним гінекологічним кріслом	менш ніж 50 %
Заклади з мамографом для обстеження жінок з фізичними порушеннями	поодинокі

Результати дослідження дозволяють констатувати, що жоден із виявлених бар'єрів не є критичним або таким, який не можна усунути. Більшість необхідних кроків лежить у площині менеджменту, стандартизації, контролю, розуміння інвалідності та проблем жінок з інвалідністю.

Успішні локальні приклади окремих громад — соціальне таксі, електронний запис до гінеколога, універсальне медичне обладнання, мобільні бригади у віддалених та прифронтових громадах — доводять, що зміни реальні й досяжні.

На підставі проведеного аналізу звіт формулює систему адресних рекомендацій за рівнями відповідальності.

На національному рівні — приведення регулювання дієздатності у відповідність до підтриманого ухвалення рішень, заборона примусових втручань, забезпечення інклюзивності клінічних протоколів і активізація застосування міжнародних настанов, запровадження єдиного вимірюваного стандарту доступності та подолання статистичної невидимості через дезагрегацію даних.

Важливе застереження: жінки з інвалідністю не мають ставати окремою «категорією пацієнтів», для яких існує якась інша медицина. Йдеться не про створення паралельної системи медичної допомоги, а про те, щоб сучасна медицина стала більш гнучкою, інклюзивною та пацієнт-орієнтованою для всіх.

На рівні Міністерства охорони здоров'я та Національної служби здоров'я України — вимоги до універсального обладнання з конкретними критеріями, закріплення доступності як умови договору, усунення непослідовності інклюзивних вимог у пакетах, перегляд тарифів і часу прийому, послідовне закріплення телемедицини.

На рівні громад — транспортна логістика (доїзд до медичного закладу), мобільні бригади, особливо в прифронтових громадах, фізична та інформаційна доступність медичних закладів, соціальний супровід після пологів, міжвідомча координація послуг.

На рівні закладів — усунення фізичних бар'єрів санітарно-гігієнічних приміщень, кабінетів, палат; навчання медичного персоналу; покращення якості надання послуг (електронний запис, послуга перекладу жестовою мовою тощо); профілактична робота з дівчатами та жінками з різними порушеннями та їхніми законними представниками; застосування простої мови та мови легкого читання в комунікації; збір дезагрегованих даних.

*Головна думка звіту: жінки з інвалідністю не потребують спеціального ставлення чи умов — вони потребують **доступу нарівні з іншими** до якісних медичних послуг для реалізації своїх репродуктивних прав.*

Реалізація викладених рекомендацій у звіті дала б змогу перетворити задекларовані права на реальну можливість для кожної жінки з інвалідністю отримати гарантовані умови для захисту свого здоров'я, реалізації права на материнство та самореалізації в атмосфері поваги — незалежно від форми інвалідності, регіону проживання чи будь-яких соціальних факторів.

Розділ 1.

Вступ

1.1. Актуальність, мета та завдання звіту

Репродуктивне здоров'я належить до фундаментальних складників добробуту людини й водночас є чутливим індикатором зрілості системи охорони здоров'я та стану дотримання прав людини в державі. Сучасне міжнародне розуміння цієї сфери суттєво ширше за суто медичне: у доповіді Комісії Guttmacher-Lancet (2018 рік)¹ сексуальне та репродуктивне здоров'я і права визначено як інтегроване поняття, що охоплює сексуальне здоров'я, сексуальні права, репродуктивне здоров'я та репродуктивні права, а до пакета основних послуг зараховано не лише контрацепцію, допомогу під час вагітності та пологів і профілактику ВІЛ, а й безпечне переривання вагітності, профілактику й лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, діагностику й лікування онкологічних захворювань репродуктивної системи, лікування безпліддя та консультування. Дана сфера безпосередньо пов'язана з Цілями сталого розвитку — зокрема з Ціллю 3 (завдання 3.7 щодо загального доступу до послуг охорони репродуктивного здоров'я) та Ціллю 5 (завдання 5.6 щодо забезпечення репродуктивних прав), — а отже, є не периферійним, а системотвірним питанням державної політики.

Тривалий час у суспільній свідомості та частково в медичній практиці панувало хибне уявлення про жінок з інвалідністю як про «асексуальних», нездатних або «непридатних» до материнства осіб, чиї репродуктивні потреби нібито не мають значення. Наслідком цього стало системне ігнорування їхнього права самостійно ухвалювати рішення щодо власного тіла, планувати сім'ю, виношувати й народжувати дітей. Жінки та дівчата з інвалідністю зазнають так званої множинної (перехресної) дискримінації: до упередження за ознакою статі додається упередження за ознакою інвалідності, а нерідко — ще й за ознакою місця проживання, майнового стану чи статусу внутрішньо переміщеної особи. Саме тому Комітет ООН з прав осіб з інвалідністю у Загальному коментарі № 3 (2016 рік)² окремо наголосив на потребі усунення дискримінаційних законів і практик щодо жінок з інвалідністю, зокрема у сфері репродуктивного здоров'я.

1 Accelerate progress — sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet. 2018. Vol. 391. P. 2642–2692. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext).

2 Загальний коментар № 3 (2016) Комітету ООН з прав осіб з інвалідністю щодо жінок і дівчат з інвалідністю (CRPD/C/GC/3). URL: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FGC%2F3.

Розуміння множинної або перехресної дискримінації є надзвичайно важливим для сучасної медицини, оскільки воно дозволяє нам побачити не окремий діагноз чи соціальний статус людини, а всю складність життєвих обставин, у яких вона перебуває.

Жінка може одночасно бути молодого або літньою, мати інвалідність, проживати в сільській місцевості, виховувати дитину сама, бути внутрішньо переміщеною особою або мати тяжке хронічне захворювання. Кожна з цих обставин сама по собі не визначає її можливостей чи життєвого вибору. Проте їхнє поєднання може суттєво впливати на доступність медичної допомоги та можливість реалізації права на здоров'я.

Саме тому сучасна медицина поступово відходить від спрощеного підходу, коли ми говоримо лише про певне захворювання або інвалідність. Ми дедалі більше кажемо про людину та контекст її життя. У звіті ми намагались простежити цей підхід.

Для лікаря це має дуже практичне значення. Інколи ми можемо бути цілковито впевнені, що надали пацієнтці всі необхідні рекомендації, але не поставити собі просте запитання: чи має вона реальну можливість виконати ці рекомендації? Чи може вона фізично дістатися до медичного закладу? Чи є для неї доступною інформація про її стан здоров'я? Чи має вона можливість самостійно ухвалювати рішення щодо власного репродуктивного здоров'я? Чи не боїться вона осуду або стигматизації?

Одним із проявів перехресної дискримінації є так зване «діагностичне затінення», коли інвалідність починає визначати ставлення до всіх інших аспектів життя жінки. Тоді замість запитання «Що турбує нашу пацієнтку?» ми несвідомо починаємо ставити інше запитання: «Чи потрібна їй ця допомога взагалі?». Саме в цей момент виникає найбільша небезпека для якості медичної допомоги. Особливо це стосується репродуктивного здоров'я. На жаль, у суспільстві досі існують стереотипні уявлення про сексуальність, материнство та репродуктивний вибір жінок з інвалідністю. Саме тому надзвичайно важливо, щоб рекомендації лікаря ґрунтувалися виключно на стані здоров'я жінки, сучасних наукових даних та її власному поінформованому виборі, а не на наших припущеннях щодо того, яким має бути її життя.

Сьогодні перед сучасною медициною стоїть значно складніше завдання, ніж просто забезпечити доступність медичних послуг. Ми маємо навчитися бачити людину в усій повноті її потреб, життєвих обставин і прагнень.

У воєнних умовах доступ до послуг з покращення репродуктивного здоров'я жінок з інвалідністю слід розглядати одночасно як питання прав людини, громадського здоров'я, демографічної стійкості та національної безпеки. Війна збільшує потребу в реабілітації та довготривалій допомозі, водночас руйнуючи медичну інфраструктуру й поглиблюючи кадровий дефіцит. За даними ВООЗ, 2025 року кількість атак на систему

охорони здоров'я України зросла на 20 %, а доступ до реабілітації та допоміжних технологій залишається суттєво обмеженим.³

Мета цього звіту — показати, як насправді відбувається реалізація репродуктивних прав жінок з інвалідністю в Україні, де саме на цьому шляху виникають бар'єри, як їх бачать самі жінки та лікарі і які системні рішення здатні усунути ці бар'єри з урахуванням передового міжнародного досвіду.

Структурно звіт побудовано послідовно: від міжнародних зобов'язань (розділ 2) — через національне законодавство, клінічні протоколи та пакети медичних послуг (розділ 3) — до живого маршруту пацієнтки (розділ 4), позиції медичних працівників (розділ 5) і, нарешті, до висновків та системних рекомендацій (розділ 6).

Наскрізним критерієм оцінки на кожному етапі є те, наскільки реально забезпечено репродуктивні права жінки з інвалідністю, наскільки доступними для неї є відповідні послуги та які бар'єри стоять на заваді.

1.2. Правова модель інвалідності та ключові поняття

Методологічною основою цього звіту є правозахисна модель інвалідності, яка закріплена в Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю⁴ і виходить із того, що «інвалідність є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, які мають порушення здоров'я, і відносницькими та середовищними бар'єрами». Цей підхід є ключем до розуміння всього подальшого викладу матеріалів звіту.

Деякі ключові поняття, які використовуються у звіті:

Сексуальне та репродуктивне здоров'я — це стан повного фізичного, розумового та соціального благополуччя, а не просто відсутність захворювання репродуктивної системи чи порушення її функції.⁵

Нове комплексне визначення запропонувала Комісія Guttmacher-Lancet⁶, об'єднавши поняття «здоров'я» та «права» в одне ціле й наголосивши, що досягти фізичного благополуччя неможливо без захисту прав людини.

Репродуктивні права⁷ — це право всіх подружніх пар та окремих осіб вільно й відповідально вирішувати питання про кількість своїх дітей, проміжки між їхнім народженням і час народження, мати доступ до інформації та засобів, необхідних для реалізації цього права, а також право досягати найвищого стандарту сексуального й

3 23 February 2026 WHO Media release.

4 Конвенція про права осіб з інвалідністю: ухвалена резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 13.12.2006; ратифікована Законом України від 16.12.2009 № 1767-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.

5 Визначення ВООЗ.

6 Комісія Guttmacher-Lancet з питань сексуального та репродуктивного здоров'я, створена 2016 р., розробила комплексний, ґрунтований на доказах, сміливий та практичний порядок денний щодо ключових пріоритетів сексуального та репродуктивного здоров'я та прав (СРЗП) у світі.

7 Міжнародній конференції з питань народонаселення й розвитку (Каїр, 1994 рік).

репродуктивного здоров'я, ухвалюючи рішення вільно від дискримінації, примусу та насильства.⁸ Принципово, що ці права є однаковими для всіх жінок — з інвалідністю і без неї. Пекінська декларація та Платформа дій (1995 р.) визначає репродуктивні права як складову прав людини та гендерної рівності; підкреслює необхідність забезпечення доступу до якісних послуг у сфері репродуктивного здоров'я для всіх жінок.

Розумне пристосування⁹ означає внесення, коли це потрібно в конкретному випадку, необхідних і доречних змін і коректив, що не покладають непропорційного чи невинуватого тягара, для забезпечення реалізації або здійснення особою з інвалідністю її прав нарівні з іншими. Наприклад, забезпечення перекладу жестовою мовою під час прийому, надання інформації у форматі, доступному для жінки з порушенням зору або інтелектуальними порушеннями, виділення додаткового часу на консультацію та інше.

Універсальний дизайн¹⁰ означає проектування предметів, обстановки, програм і послуг у такий спосіб, щоб ними могли повною мірою користуватися всі люди без потреби в адаптації чи спеціальному дизайні. Наприклад, оглядове крісло, яке однаково зручне для всіх жінок, в тому числі з інвалідністю.

Доступність¹¹ — забезпечення особам з інвалідністю доступу нарівні з іншими до фізичного оточення, транспорту, інформації та зв'язку, а також до інших об'єктів і послуг, відкритих для населення.

Підтримане прийняття рішень¹². Конвенція вимагає визнавати правоздатність і дієздатність осіб з інвалідністю нарівні з іншими та забезпечувати підтримку в рішень, а не діяти замість особи. Для сфери репродуктивного здоров'я це має принципове значення: рішення про контрацепцію, продовження чи переривання вагітності, будь-яке втручання в тіло має ухвалювати сама жінка, якій за потреби допомагають зрозуміти інформацію та зважити варіанти, але не вирішують замість неї. Порушення цього принципу — коли рішення ухвалює родич, опікун чи адміністрація закладу — є порушенням репродуктивних прав.

Наскрізними для звіту є поняття **недискримінації та тілесної автономії** — права жінки самостійно, без стороннього тиску розпоряджатися власним тілом, зокрема ухвалювати рішення щодо контрацепції, вагітності та пологів. Ситуації надмірного медичного втручання, коли материнство жінки з інвалідністю зводять до переліку ризиків і діагнозів, у звіті описуються як порушення саме цього права.

Не менш важливим є розуміння **множинної та перехресної дискримінації**. Саме тому Загальний коментар № 3 Комітету ООН з прав осіб з інвалідністю прямо зобов'язує

8 <http://www.who.int/reproductive-health/gender/index.html>

9 Стаття 2 Конвенції про права осіб з інвалідністю. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.

10 Там само. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.

11 Стаття 9 Конвенції про права осіб з інвалідністю. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.

12 Стаття 12 Конвенції про права осіб з інвалідністю. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.

держави враховувати перехресний характер дискримінації під час формування політики у сфері охорони здоров'я.

Наведені поняття утворюють цілісну систему координат. У наступних розділах кожне з них слугує критерієм для оцінки того, наскільки українські норми та практика відповідають сучасним стандартам забезпечення репродуктивних прав жінок з інвалідністю.

1.3. Методологія та джерела даних

Для отримання повного та достовірного уявлення застосовано змішану методологію, що поєднує кількісні та якісні методи збору даних із подальшою перехресною перевіркою результатів. Такий підхід дає змогу не лише виміряти поширеність тих чи інших бар'єрів, а й збагнути їхню природу, механізми виникнення та суб'єктивне переживання жінками й медичними працівниками. Дослідження ґрунтується на п'яти взаємодоповнювальних інструментах.

Онлайн-опитування жінок з інвалідністю, у якому взяли участь 373 респондентки. Анкета охоплювала блоки запитань щодо частоти й характеру звернень до гінеколога, проходження скринінгів (мазок на рак шийки матки, обстеження молочних залоз, мамографія), фізичних, інформаційних та ставленнєвих бар'єрів, досвіду дискримінації, питань безпеки й насильства, а також рівня обізнаності про власні права. Наприкінці анкети респонденткам пропонувалося у вільній формі викласти власні пропозиції щодо змін — ці відкриті відповіді стали цінним джерелом якісної інформації.

Онлайн-опитування медичних працівників, до якого залучено 107 осіб — лікарів акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, акушерок і медичних сестер. Воно дало змогу побачити ситуацію «з іншого боку»: очима тих, хто безпосередньо надає послуги і стикається з браком обладнання, часу та підготовки.

Фокус-групи з жінками з різними порушеннями — модеровані онлайн-зустрічі, під час яких жінки з інвалідністю, зокрема ті, хто має досвід вагітності, пологів та оперативних втручань, ділилися особистими історіями. Цей формат дозволив зафіксувати глибокі, емоційно насичені свідчення, які неможливо отримати через анкету, і виявити спільні для багатьох жінок закономірності.

Глибинні інтерв'ю з лікарями — гінекологами, акушерами, сімейними лікарями зі стажем від п'ятнадцяти до сорока років у всіх семи громадах. Ці розмови дали професійний, практико-орієнтований погляд на маршрут пацієнтки, наявні ресурси, організаційні обмеження та можливі рішення.

Кабінетне дослідження:

- аналіз національного законодавства й підзаконних актів, клінічних протоколів і стандартів медичної допомоги, специфікацій пакетів медичних послуг Національної служби здоров'я України;
- картографування фактично наявних послуг у громадах;

- зіставлення отриманих даних із міжнародними документами, науковими дослідженнями та практиками.

Аналіз проводився методом порівняльно-правового зіставлення: норми міжнародних договорів і зарубіжних стандартів порівнювалися з приписами національного законодавства, а останні — зі змістом клінічних протоколів, стандартів медичної допомоги та специфікацій пакетів медичних послуг.

Географія дослідження охоплює сім територіальних громад (міські, сільські): Броварську, Горохівську, Казанківську, Канівську, Кодимську, Чернівецьку та Чутівську громади.

Збір даних здійснювався навесні та влітку 2026 року.

Особливу увагу приділено достовірності й етичності. Опитування були анонімними, участь — добровільною, а чутливі блоки сформульовано з можливістю не відповідати.

Усі наведені у звіті цитати є автентичними висловлюваннями учасниць і лікарів, збереженими близько до оригіналу. Кількісні дані використовуються для оцінки масштабу явищ, якісні — для розкриття їхнього змісту; поєднання цих двох пластів через перехресну перевірку підвищує обґрунтованість висновків.

Водночас упорядники свідомо утримуються від узагальнень, які виходять за межі зібраних даних, і не приписують дослідженню репрезентативності, якої воно не має. Уся фактична основа звіту — це або норми чинних документів, або підтверджені міжнародні джерела, або безпосередні результати польового етапу дослідження.

1.4. Соціально-демографічний портрет учасниць

Розуміння того, хто саме взяв участь у дослідженні, є передумовою коректного тлумачення його результатів. Сукупність із 373 жінок з інвалідністю є неоднорідною за віком, характером порушень, місцем проживання та життєвими обставинами, і саме ця неоднорідність надає їхньому спільному голосу повноти, репрезентативної для теми.

Вікова група	Кількість, осіб	Частка, %
До 17 років	25	7
18–35 років	67	18
36–50 років	103	28
51–60 років	96	26
61 рік і старше	82	22

Наявність у вибірці 25 неповнолітніх дівчат і 82 жінок віком від 61 року принципова: вона дає змогу простежити репродуктивні потреби на всіх етапах життя — від питань статевого дозрівання та освіти до менопаузи, онкоскрінінгу й супутніх захворювань. За розподілом за групами інвалідності вибірка також є показовою: майже кожна п'ята учасниця має першу групу, тобто найвищий рівень потреби в підтримці й пристосуванні

середовища, а окрему увагу привертає значна частка жінок, які живуть зі стійким обмеженням життєдіяльності, але не мають офіційно встановленої групи.

Група інвалідності	Кількість, осіб	Частка, %
Перша група, підгрупа А	50	13
Перша група, підгрупа Б	29	8
Друга група	107	29
Третя група	114	31
Стійкі порушення без офіційної групи інвалідності	73	20

Наявність 73 жінок зі стійкими порушеннями без офіційної групи є важливим індикатором: ці жінки особливо часто випадають з поля зору держави, оскільки формально «не обліковуються» як особи з інвалідністю, а отже, ризикують залишитися поза адресними заходами підтримки. За характером порушень понад третину учасниць становлять жінки з фізичними порушеннями, з яких значна частина користується кріслом колісним. Помітними є також групи жінок із порушеннями зору й слуху.

Характер порушень	Кількість, осіб	Частка, %
Порушення фізичні (самостійно / з допоміжними засобами)	79	21
Порушення фізичні (крісло колісне)	61	16
Порушення зору	42	11
Психічні порушення	29	8
Порушення слуху	26	7
Інтелектуальні порушення	17	5
Інші (онкологічні, соматичні, неврологічні тощо)	20	5

За місцем проживання учасниці рівномірно представляють усі сім громад — як міські, так і сільські, — що дає змогу зіставляти умови доступу в різних типах населених пунктів.

За життєвими обставинами 162 учасниці перебувають у шлюбі або живуть із партнером, а 259 (майже сім із десяти) мають дітей, що спростовує усталений стереотип про «бездітність» жінок з інвалідністю й підтверджує актуальність усього спектра репродуктивних послуг — від планування сім'ї до супроводу вагітності та пологів.

Частина учасниць навчається або працює, що додатково спростовує уявлення про соціальну «пасивність» цієї групи: бар'єри у сфері репродуктивного здоров'я обмежують не «залежних осіб», а активних учасниць суспільного життя.

Окремої уваги потребують учасниці, у яких до інвалідності додалися інші «вразливості»: 30 жінок є внутрішньо переміщеними особами, 5 — ветеранками та захисницями, 2 — жінками, які повернулися з полону. Ці категорії мають складні, комплексні потреби, а їхня присутність у дослідженні надає йому особливої ваги в контексті війни.

Соціально-демографічний профіль набуває аналітичної цінності тоді, коли його зіставляють із поведінковими показниками. Перехресне зіставлення засвідчує стійку залежність: що вищим є рівень потреби в пристосуванні середовища, то нижчим виявляється фактичний доступ до профілактичних послуг.

Зокрема серед учасниць, які користуються кріслом колісним, частка тих, хто регулярно проходить скринінгові обстеження, є в рази нижчою, ніж у середньому по вибірці, — і це не наслідок «меншої потреби», а безпосередній результат фізичної недоступності кабінетів та медичного обладнання. Так само простежується виразний контраст між містом і селом: жінки, які проживають у сільській місцевості, частіше повідомляють про транспортні бар'єри, віддаленість закладів, відсутність універсального обладнання поблизу та брак інформації.

Показник материнства — 70% опитаних жінок мають дітей — є прямим свідченням того, що ці жінки вже проходили або проходилимуть увесь маршрут репродуктивних послуг, від спостереження за вагітністю до пологів і післяпологового догляду.

Узагальнюючи, соціально-демографічний портрет виконує у звіті подвійну функцію:

- засвідчує, що учасниці не є однорідною «особливою» групою з вузькими потребами, а являють собою широкий зріз жіночого населення, об'єднаний лише спільними бар'єрами;
- задає систему змінних, крізь призму яких у подальших розділах пояснюється нерівномірність доступу, а також структурує логіку рекомендацій.

Розділ 2.

Міжнародні зобов'язання України з питань репродуктивного здоров'я

Права, довкола яких побудовано даний звіт — це юридичні зобов'язання, яких Україна набула, ратифікувавши низку міжнародних договорів, і які доповнюються авторитетними тлумаченнями наглядових органів, стандартами установ системи ООН та передовими практиками інших держав. Ратифікуючи договір у сфері прав людини, держава бере на себе триєдиний обов'язок:

- поважати права (утримуватися від втручання);
- захищати їх (запобігати порушенням з боку третіх осіб);
- забезпечувати їх (вживати активних заходів для реального доступу до відповідних благ і послуг).

Для представленого звіту це означає, що держава зобов'язана забезпечити реалізацію репродуктивних прав жінкам з інвалідністю та активно усувати бар'єри, які роблять ці права недосяжними.

2.1. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю та Загальні коментарі Комітету

Значення Конвенції ООН з прав осіб з інвалідністю (далі — Конвенція) для сфери репродуктивного здоров'я жінок з інвалідністю визначається кількома взаємопов'язаними статтями.

Стаття 25 гарантує особам з інвалідністю право на найвищий досяжний рівень здоров'я без дискримінації, зобов'язує держави забезпечувати їм той самий набір, якість і рівень безоплатних або доступних за ціною послуг охорони здоров'я, що й іншим, окремо згадує послуги у сфері статевого та репродуктивного здоров'я і вимагає організовувати такі послуги якомога ближче до місць безпосереднього проживання людей, зокрема в сільській місцевості.

Конвенція забороняє дискримінаційну відмову в медичній допомозі за ознакою інвалідності та вимагає надавати допомогу на основі вільної та поінформованої згоди. Це положення безпосередньо стосується виявленої в дослідженні проблеми: скорочення мережі й концентрація послуг у великих центрах змушують жінку з інвалідністю долати десятки кілометрів, що суперечить вимозі наближення допомоги до місця проживання.

«В нашому медичному закладі неможливо отримати всі послуги, доводиться їхати в обласний центр, звертатись до приватних закладів».
«Якщо немає коштів, то ніхто нікуди не звертається, поки ситуація не стає критичною»
 (учасниці фокус-груп).

Стаття 23 захищає право на повагу до дому й сім'ї: держави зобов'язані усувати дискримінацію в питаннях шлюбу, сім'ї, батьківства та особистих стосунків, визнавати право осіб з інвалідністю вільно й відповідально вирішувати питання про кількість дітей та інтервали між їхнім народженням, мати доступ до інформації та засобів планування сім'ї. Ключовим є припис про те, що особи з інвалідністю, зокрема жінки, зберігають свою фертильність нарівні з іншими, — у практичній площині це пряма заборона примусової стерилізації.

Стаття 23 також вимагає надавати належну допомогу у виконанні обов'язків з виховання дітей: держава підтримує материнство жінки з інвалідністю, а не відмовляє їй у ньому.

Стаття 12 встановлює, що особи з інвалідністю мають правоздатність і дієздатність нарівні з іншими, та зобов'язує забезпечувати їм доступ до підтримки в реалізації дієздатності. Це положення унеможливорює практику **прийняття рішень замість особи**, за якої втручання в тіло жінки (зокрема контрацепцію, стерилізацію чи переривання вагітності) визначає опікун, родич або адміністрація закладу, та натомість закріплює модель підтриманого прийняття рішень.

Стаття 6 визнає, що жінки й дівчата з інвалідністю зазнають множинної дискримінації, і вимагає впровадження заходів для розширення їхніх прав і можливостей.

Стаття 9 гарантує забезпечення доступу нарівні з іншими до приміщень, кабінетів, транспорту, інформації, зв'язку, ІКТ, послуг.

Стаття 21 забезпечує фізичну, інформаційну та комунікаційну доступність послуг.

Стаття 22 гарантує недоторканність приватного життя, зокрема захист відомостей про стан здоров'я, — що вимагає конфіденційного консультування й огляду без присутності сторонніх осіб (порушенням цієї норми є, зокрема, практика спілкування лікаря з нечуючою жінкою через її родича замість професійного перекладача).

Стаття 16 зобов'язує захищати осіб з інвалідністю від експлуатації, насильства й наруги з урахуванням ґендерного аспекту, охоплюючи захист від примусових втручань у репродуктивну сферу та вимагаючи доступності служб захисту й притулків.

«Дуже важко знайти інформацію, якими послугами ти можеш скористатись безкоштовно. Куди звертатись? Якщо нема поряд близьких людей, то здається, що ти залишаєшся зі своєю проблемою сама»
(учасниця фокус-групи).

«Для глухих потрібні додаткові зусилля, необхідні для забезпечення присутності перекладача на зустрічах,... ніби лікарі цього не розуміють. Якщо погано серед ночі, де я маю бігати і шукати перекладача?»
(учасниця фокус-групи).

Особливого значення набуває **Загальний коментар № 3 (2016 рік) Комітету ООН з прав осіб з інвалідністю**, присвячений жінкам і дівчатам з інвалідністю, що наголошує на необхідності усунення правових та практичних бар'єрів у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я. Він конкретизує зобов'язання за статтею 6 і прямо вказує, що держави мають заборонити та запобігати примусовій стерилізації, примусовому аборту й нав'язаній контрацепції, скасувати практику рішень замість особи у питаннях репродуктивного здоров'я, забезпечити доступність послуг та інформації, зокрема сексуальну та репродуктивну освіту в доступних форматах, а також ужити заходів проти насильства, якого жінки з інвалідністю зазнають частіше за інших.

✔ **Узагальнюючи:** Конвенція не лише проголошує права, а й задає перевірний перелік індикаторів, за яким можна з'ясувати, чи забезпечено репродуктивні права жінки з інвалідністю в конкретному закладі. Держава, яка ратифікувала Конвенцію, зобов'язана привести у відповідність до цих вимог не лише закони, а й підзаконні акти, пакети медичних послуг, табелі обладнання, клінічні протоколи, специфікації закупівель та реальну організацію послуг.

2.2. Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (CEDAW) і Загальна рекомендація № 24

Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок¹³ гарантує право жінок вільно та відповідально вирішувати питання щодо кількості дітей та інтервалів між їхнім народженням; передбачає рівний доступ до інформації, освіти та засобів планування сім'ї; забороняє дискримінацію жінок у сфері охорони здоров'я.

Стаття 12 зобов'язує держави ліквідувати дискримінацію щодо жінок у сфері охорони здоров'я й забезпечити доступ до медичних послуг, зокрема з планування сім'ї, а також належне обслуговування під час вагітності, пологів і в післяпологовий період.

13 Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок від 18.12.1979. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207.

Стаття 16 гарантує жінкам рівні з чоловіками права вільно й відповідально вирішувати питання про кількість дітей та інтервали між їхнім народженням і мати доступ до інформації, освіти й засобів для реалізації цих прав.

Стаття 10 зобов'язує забезпечувати доступ до освітньої інформації, зокрема щодо планування сім'ї.

Загальна рекомендація № 24 (1999 рік)¹⁴ Комітету з ліквідації дискримінації щодо жінок, яка тлумачить статтю 12, наголошує: держави мають усувати бар'єри в доступі жінок до медичних послуг — зокрема пов'язані з віддаленістю закладів, відсутністю транспорту чи браком доступної інформації — і приділяти особливу увагу групам жінок у вразливому становищі, зокрема жінкам з інвалідністю. Якісне медичне обслуговування передбачає надання допомоги у спосіб, який поважає гідність жінки, гарантує конфіденційність, ґрунтується на добровільній та поінформованій згоді, а медичні працівники мають проходити відповідну підготовку. Комітет неодноразово звертав увагу на підвищені ризики саме для жінок з інвалідністю: примусова стерилізація, примусовий аборт, відсутність доступної інформації, вища вразливість до насильства, зокрема в закладах.

«Мені потрібно більше часу для спілкування з лікарем, бо я не все зрозуміла. А час, відведений на прийом, закінчився... в коридорі черга... Тоді лікарка каже: я все напишу. А що напише, якщо мені потрібно все пояснити... Виходить, я була на прийомі у лікаря, але не все зрозуміла, і що — знову йти? Думаю, що для нас потрібно більше часу відводити»
(учасниця фокус-групи).

2018 року Комітет з прав осіб з інвалідністю й Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок виступили зі спільною заявою «Гарантування сексуального та репродуктивного здоров'я і прав усіх жінок, зокрема жінок з інвалідністю»¹⁵, у якій підтвердили, що держави зобов'язані поважати, захищати й забезпечувати сексуальні та репродуктивні права всіх жінок, зокрема жінок з інвалідністю, і засудили примусові практики.

З 2016 року Загальний коментар № 22 Комітету ООН з економічних, соціальних і культурних прав, присвячений праву на сексуальне та репродуктивне здоров'я, розглядає сексуальне та репродуктивне здоров'я як невід'ємну складову права на здоров'я; визначає чотири ключові характеристики послуг: доступність, прийнятність, належну якість та недискримінацію.

14 Загальна рекомендація № 24 (1999) Комітету ООН з ліквідації дискримінації щодо жінок «Жінки і здоров'я» (стаття 12 Конвенції). URL: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2FCEDAW%2FGEC%2F4738.

15 Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities: спільна заява Комітету ООН з прав осіб з інвалідністю та Комітету ООН з ліквідації дискримінації щодо жінок від 29.08.2018. URL: <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX>.

Гендерно-чутлива медицина визнає, що біологічна стать, гендерні ролі, соціальні умови життя, наявність хронічних захворювань або інвалідності можуть істотно впливати як на стан здоров'я людини, так і на її доступ до якісної медичної допомоги. Саме тому сучасна медицина дедалі частіше каже не лише про рівність, а про справедливість. Адже різні люди можуть потребувати різних умов для реалізації одного й того самого права — права на охорону здоров'я. У цьому контексті жінки з інвалідністю не є окремою категорією пацієнтів. Насамперед вони є жінками, які мають ті самі репродуктивні права, що й будь-які інші жінки: право на інформацію, право на доступну медичну допомогу, право на материнство, право на поінформований вибір та право на повагу до власної гідності й автономії.

Реальність свідчить про те, що жінки з інвалідністю можуть одночасно стикатися з кількома бар'єрами. До гендерних стереотипів нерідко додаються упередження щодо інвалідності, труднощі фізичного доступу до медичних послуг, проблеми комунікації та недостатня адаптація медичного середовища до їхніх потреб.

Дуже важливим є не розглядати жінку з інвалідністю виключно як представницю вразливої групи населення. Такий підхід також може бути проявом **прихованого патерналізму**¹⁶. Сучасна медицина поступово відходить від моделі, у якій лікар вирішує, що є найкращим для пацієнта. Натомість вона рухається до моделі партнерства, де саме жінка є повноправною учасницею прийняття рішень щодо власного здоров'я.

У цьому полягає принципова відмінність між захистом репродуктивного здоров'я та обмеженням репродуктивного вибору.

Узагальнюючи: захист репродуктивних прав жінок з інвалідністю є подвійним зобов'язанням України на перетині двох політик: гендерної політики та політики щодо осіб з інвалідністю.

2.3. МКНР (Каїр), Пекінська декларація і платформа дій та Порядок денний до 2030 року

Поряд із юридично обов'язковими договорами міжнародний консенсус щодо репродуктивних прав сформований низкою програмних документів, які, попри рекомендаційний характер, визначають зміст державної політики й слугують орієнтиром для тлумачення договірних норм.

Програма дій Міжнародної конференції з питань народонаселення й розвитку¹⁷ вперше на глобальному рівні сформулювала концепцію репродуктивного здоров'я й репродуктивних прав у їхньому сучасному вигляді: право всіх подружніх пар та окремих

¹⁶ Прихований патерналізм — це прихована форма опіки, за якої держава, компанія чи інший авторитет контролює людину під виглядом турботи про її блага, обмежуючи її свободу і вибір.

¹⁷ Програма дій Міжнародної конференції з питань народонаселення і розвитку (Каїр, 1994). URL: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf.

осіб вільно й відповідально вирішувати питання про кількість своїх дітей, інтервали між їхнім народженням і час народження, мати доступ до інформації та засобів для цього й досягати найвищого стандарту репродуктивного здоров'я — вільно від дискримінації, примусу та насильства. Програма дій прямо закликає держави забезпечувати особам з інвалідністю рівний доступ до інформації та послуг у сфері репродуктивного здоров'я й планування сім'ї, застерігаючи проти будь-яких форм примусу.

Пекінська декларація і Платформа дій¹⁸ розвинули цей підхід у ґендерному вимірі: права жінок у сфері охорони здоров'я, зокрема репродуктивного, визначено пріоритетною сферою дій, а жінок з інвалідністю окремо визнано групою, що потребує цільових заходів для подолання множинних бар'єрів. Пекінський документ утвердив розуміння, що рівність у сфері здоров'я не досягається формально однаковим ставленням, а потребує врахування специфічних потреб різних груп жінок протягом усього життєвого циклу — від статевої освіти дівчат до онкоскрінінгу та потреб жінок похилого віку.

Сучасним синтезом цих зобов'язань є **Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року**¹⁹: **Ціль 3** — передбачає забезпечення загального доступу до послуг охорони сексуального й репродуктивного здоров'я, зокрема планування сім'ї, інформування та освіти; **Ціль 5** — передбачає забезпечення репродуктивних прав відповідно до Програми дій Міжнародної конференції з питань народонаселення й розвитку та Пекінської платформи дій.

Наскрізний принцип «нікого не залишити осторонь» зобов'язує приділяти першочергову увагу групам у ситуації підвищеної вразливості — а отже, й жінкам з інвалідністю — та вимагає дезагрегації даних, зокрема за ознакою інвалідності.

 **Узагальнюючи:** від Міжнародної конференції з питань народонаселення й розвитку, де репродуктивні права вперше визнали правами людини, через Пекінську декларацію, яка інтегрувала ґендерний аспект і вимір життєвого циклу, до Порядку денного — 2030, що закріпив ці права вимірюванням завданням, простежується єдина логіка руху від декларацій до підзвітних результатів. Для України це означає потребу не лише інтегрувати заходи зі збереження репродуктивного здоров'я до стратегічних документів, а й забезпечити їх реальними індикаторами, які можна аналізувати і які враховують питання прав жінок з інвалідністю.

18 Пекінська декларація і Платформа дій: прийняті Четвертою Всесвітньою конференцією зі становища жінок 15.09.1995. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_507.

19 Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року: ухвалений резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 25.09.2015 № 70/1. URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/peretvorennya-nashoho-svitu-poryadok-dennyy-u-sferi-staloho-rozvytku-do-2030-roku>.

2.4. Стандарти ВООЗ, UNFPA та Ради Європи щодо доступності послуг репродуктивного здоров'я

Договори й програмні документи встановлюють, що має бути забезпечено; технічні настанови міжнародних установ пояснюють, як зробити послуги репродуктивного здоров'я реально доступними.

Всесвітня організація охорони здоров'я оперує усталеним критерієм оцінки медичних послуг — принципом «наявності, доступності, прийнятності та якості».

- Наявність означає достатню кількість закладів і кваліфікованого персоналу;
- доступність охоплює недискримінаційність, фізичну досяжність (доступний вхід, ліфт, універсальне оглядове крісло, доступний санвузол), економічну прийнятність і доступність інформації (шрифт Брайля, аудіо, збільшений шрифт, проста мова, переклад жестовою мовою);
- прийнятність вимагає поваги до медичної етики, гідності й конфіденційності;
- якість передбачає науково обґрунтовану, безпечну допомогу належного рівня.

Порушення будь-якого зі складників робить послугу недоступною навіть за наявності всіх інших.

Спільна керівна записка ВООЗ та Фонду ООН у галузі народонаселення «Сприяння сексуальному та репродуктивному здоров'ю осіб з інвалідністю»²⁰ формулює засадничі положення: потреби осіб з інвалідністю у сфері репродуктивного здоров'я є такими самими, як і в інших людей, проте перед ними стоять додаткові бар'єри, тож завдання полягає не у створенні окремих «спеціальних» послуг, а в тому, щоб зробити звичайні послуги придатними для всіх.

Записка вимагає забезпечувати не лише архітектурну, а й комунікаційну та інформаційну доступність, спростовує міфи про «асексуальність» осіб з інвалідністю й наголошує на потребі навчання медичного персоналу. Настанови Фонду ООН у галузі народонаселення в межах програми «Ми вирішуємо», розроблені разом з Women Enabled International²¹, та окремий документ щодо права на тілесну автономію²² додають практичні рекомендації: навчати персонал, забезпечувати доступність кабінетів і обладнання, гарантувати конфіденційність і автономію, інтегрувати послуги репродуктивного здоров'я із заходами запобігання насильству, а також залучати жінок з інвалідністю до планування й оцінювання послуг за принципом «нічого для нас без нас».

20 Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: спільна керівна записка ВООЗ та Фонду ООН у галузі народонаселення (UNFPA). URL: <https://www.unfpa.org/wedecide>.

21 Women and Young Persons with Disabilities: Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights / UNFPA, Women Enabled International. URL: <https://www.unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities>.

22 Advocacy Brief: Disability and the Right to Bodily Autonomy / UNFPA, Women Enabled International. URL: <https://www.unfpa.org/resources/advocacy-brief-disability-and-right-bodily-autonomy>.

Конвенція Ради Європи про запобігання насильству щодо жінок і домашньому насильству (Стамбульська конвенція)²³

Стаття 39 зобов'язує держави криміналізувати примусовий аборт і примусову стерилізацію — втручання, здійснені без попередньої та поінформованої згоди жінки.

Доповідь Спеціального доповідача ООН з питань прав осіб з інвалідністю²⁴, присвячена сексуальному й репродуктивному здоров'ю дівчат і молодих жінок з інвалідністю, рекомендує державам прямо визнати їхні репродуктивні права, заборонити примусові практики, забезпечити доступність послуг та інформації, навчати медичних працівників, поліцію й суддів та провадити просвіту для подолання упереджень.

Чіткою є й позиція фахової спільноти щодо згоди на незворотні втручання: **Міжнародна федерація гінекології та акушерства²⁵** сформулювала стандарт, за яким етично дійсну згоду на стерилізацію може надати лише сама жінка — ні чоловік, ні батьки, ні опікун, ні лікар, ні посадова особа не можуть вирішити це замість неї, а сам факт інвалідності не може бути підставою для втручання.

Цінним орієнтиром є технічні стандарти доступності діагностичного медичного обладнання²⁶, наприклад, у практиці Сполучених Штатів Америки діють обов'язкові вимоги, за якими оглядові столи й крісла, мамографи мають опускатися, мати вільний доступ, рівність підлоги, відповідну ширину, поручні, які витримують відповідну вагу, та інше.

У Європейському Союзі технічні вимоги регулюються через Європейські комітети зі стандартизації (CEN та CENELEC).

Європейський підхід базується на чотирьох концепціях:

- Універсальний дизайн (Universal Design);
- Розумне пристосування (Reasonable Accommodation);
- Пацієнтоорієнтована допомога (Patient-centered care);
- Безпека пацієнта/пацієнтки та медичного персоналу (Safety of patients and healthcare workers).

23 Конвенція Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу із цими явищами (Стамбульська конвенція) від 11.05.2011; ратифікована Законом України від 20.06.2022 № 2319-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_001-11.

24 Sexual and reproductive health and rights of girls and young women with disabilities: доповідь Спеціального доповідача ООН з питань прав осіб з інвалідністю (A/72/133, 2017). URL: <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/a72133-sexual-and-reproductive-health-and-rights-girls-and-young-women>.

25 FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) — Міжнародна федерація гінекології та акушерства, найбільша світова організація, що об'єднує національні товариства акушерів-гінекологів із понад 130 країн світу; Асоціація акушерів-гінекологів України є її членом.

26 Accessibility Standards for Medical Diagnostic Equipment — MDE.

Деякі приклади:

EN 17210:2021 (Доступність та зручність використання побудованого середовища) — цей європейський стандарт жорстко регулює архітектурну доступність лікарень. Він визначає ширину дверних прорізів для кабінетів МРТ, радіології та гінекології, радіуси розвороту крісел колісних біля медичних апаратів, а також вимоги до інклюзивних санітарних кімнат у клініках.

Регламент ЄС про медичні вироби (EU MDR 2017/745) — головний закон ЄС. Він містить Загальні вимоги до безпеки та ефективності (GSPR). Регламент вимагає, щоб будь-яке медичне обладнання було безпечним для «передбачуваного користувача». Якщо обладнання призначене для загального використання, виробник зобов'язаний адаптувати його ергономіку під пацієнтів з обмеженою мобільністю, інакше пристрій не отримає маркування CE та допуску на ринок.

ISO/IEC Guide 71:2014 (Керівництво з урахуванням доступності у стандартах) — базовий документ. Він зобов'язує розробників будь-якої медичної техніки враховувати потреби людей з інвалідністю та похилого віку ще на етапі проектування.

 **Узагальнюючи:** технічні настанови міжнародних інституцій і фахових асоціацій мають для України не лише орієнтовну, а й практичну цінність — вони пропонують готові рішення, які можна безпосередньо закладати в національні стандарти, специфікації закупівель та протоколи.

2.5. Зобов'язання у контексті європейської інтеграції

Окремий і дедалі вагомий пласт зобов'язань України пов'язаний із курсом на європейську інтеграцію та статусом держави — кандидата на членство в Європейському Союзі. Цей вимір додає до правозахисних зобов'язань політико-правовий стимул до реформ і відкриває доступ до європейських стандартів.

Угода про асоціацію між Україною та Європейським Союзом передбачає поступове наближення українського законодавства до європейського доробку, зокрема у сферах охорони здоров'я, соціальної політики, рівних можливостей і недискримінації.

Європейська стратегія щодо прав осіб з інвалідністю на 2021–2030 роки визначає доступність наскрізним пріоритетом, охоплює доступ до якісних медичних послуг без дискримінації, окремо звертає увагу на становище жінок з інвалідністю та перехресну дискримінацію й передбачає збір порівнянних даних, зокрема у сфері здоров'я.

Європейське антидискримінаційне право розвинуло концепцію непрямої дискримінації та обов'язку розумного пристосування: практика Суду Європейського Союзу підтверджує, що ненадання розумного пристосування може становити самотійну форму дискримінації. Для сфери репродуктивного здоров'я це означає, що формально «однакове» ставлення до всіх жінок, яке ігнорує потребу жінки з інвалідністю в розумному пристосуванні, може кваліфікуватися як дискримінація.

Європейський Союз ухвалив акт про доступність²⁷ і послідовно розвиває стандартизацію доступності; загальний вектор європейської політики — перехід від загальних декларацій до конкретних, вимірюваних і контрольованих вимог, забезпечених санкцією: недотримання підлягає перевірці, а невідповідність тягне наслідки для постачальника послуги.

Перенесення цієї логіки в українське поле означало б закріплення доступності як умови ліцензування чи договору про медичне обслуговування на новому більш якісному рівні, зокрема з вимірюваними критеріями.

Важливим є й європейський досвід організації допомоги: надання жінці з фізичними порушеннями персональної допомоги з догляду за дитиною замість відмови в праві народжувати; підтримане прийняття рішень замість позбавлення дієздатності; системний збір дезагрегованих за ознакою інвалідності даних; обов'язкові технічні стандарти доступності медичного обладнання.

Слід також урахувати, що європейська інтеграція розгортається паралельно з питаннями відновлення України, у межах якого ремонтуються, реконструюються заклади охорони здоров'я. Це створює унікальну можливість закласти вимоги стандартів ще на етапі проєктування, реконструкції, будівництва чи закупівлі медичного обладнання, а не доопрацьовувати його потім.

Будь-яке запозичення, утім, потребує адаптації до українського правового поля й ресурсних можливостей.

2.6. Проміжний висновок: обсяг зобов'язань і стан їхнього виконання

Систематизація міжнародних зобов'язань дає змогу сформулювати проміжний, але принципово важливий висновок: на рівні зобов'язань і стандартів Україна перебуває в правовому полі, яке захищає репродуктивні права жінок з інвалідністю.

Ця система дає вичерпний перелік конкретних обов'язків і заборон. Заборона:

- примусової стерилізації, примусового аборту й нав'язаної контрацепції;
- прийняття рішень замість особи у питаннях репродуктивного здоров'я.
- Обов'язок:
- наближати послуги до місця проживання;

²⁷ Європейський акт про доступність (European Accessibility Act — EAA), офіційно зареєстрований як Директива (ЄС) 2019/882. Держави-члени ЄС мали імплементувати його у своє національне законодавство, а з 28 червня 2025 року вимоги Акту стали юридично обов'язковими для виконання бізнесом та установами.

- забезпечувати доступні, альтернативні формати інформації та переклад жестовою мовою;
- навчати персонал і долати упередження;
- збирати дезагреговані дані;
- захищати жінок з інвалідністю від насильства;
- та інші.

Жоден із цих елементів не є для України факультативним — усі вони впливають з обов’язкових договорів або тлумачень наглядових органів.

Водночас наявність міжнародно-правової рамки не гарантує, що жінка з інвалідністю зможе потрапити до гінекологічного кабінету, безпечно переміститись на оглядове крісло, отримати інформацію в доступному форматі чи ухвалити рішення щодо власного тіла без стороннього тиску.

Міжнародне право встановлює стандарт результату, але його досягнення залежить від національного законодавства, підзаконних актів, клінічних протоколів, специфікацій закупівель, організації послуг і, зрештою, від поведінки конкретного закладу й лікаря.

Послуги репродуктивного здоров’я для жінки з інвалідністю мають бути:

- фізично досяжними (доступний заклад, універсальне обладнання, доступний санвузол);
- наближеними до місця проживання;
- інформаційно доступними (доступні, альтернативні формати, переклад жестовою мовою, зрозуміле пояснення, толерантна комунікація);
- наданими без дискримінації та з повагою до гідності й приватності;
- базуватися на вільній і поінформованій згоді самої жінки;
- вільними від будь-якого примусу в репродуктивній сфері;
- підкріпленими підготовкою персоналу, дезагрегованими даними та механізмами захисту від насильства;
- безпечними для пацієнтки.

Як показало дослідження під час війни, перед системою охорони здоров’я постала нова проблема, до вирішення якої слід бути «нормативно» готовими. Наприклад, наявність пандуса сама по собі не означає можливості проведення МРТ вагітній жінці після ампутації нижніх кінцівок або пацієнтці із тяжкою серцевою недостатністю, яка потребує одночасного моніторингу життєво важливих функцій.

Безпека пацієнтки — новий критерій якості медичної допомоги

Сьогодні питання проведення МРТ та КТ жінкам з інвалідністю необхідно розглядати не лише як проблему доступності, але й як проблему безпеки пацієнтки.

Прикладом може бути проведення МРТ вагітній жінці високого кардіального ризику із тяжкою легеневою гіпертензією. Формально доступність дослідження буде забезпечена, однак залишаються відкритими питання:

- хто здійснюватиме моніторинг пацієнтки;
- чи потребує вона супроводу анестезіолога;
- хто відповідатиме за її транспортування;
- чи достатньою є кількість персоналу;
- яким буде алгоритм дій при розвитку невідкладного стану.

Аналогічні питання виникають при проведенні КТ-ангіографії вагітним жінкам із підозрою на тромбоемболію легеневої артерії, пацієнткам після інсульту або жінкам із тяжкими когнітивними порушеннями.

Як наслідок, відповідальність за прийняття клінічних рішень практично повністю покладається на окремий заклад охорони здоров'я та конкретного лікаря.

✔ **Узагальнюючи:** завдання України полягає в удосконаленні національного механізму реалізації взятих міжнародних зобов'язань; перегляді існуючих стандартів та підготовці нових, які пов'язані з сьогоденними викликами; введенні чітких вимог та індикаторів, за якими далі оцінюється українська система надання послуг в сфері репродуктивного здоров'я.

Розділ 3.

Вітчизняне законодавство, пакети НСЗУ та застосування міжнародних протоколів

3.1. Національна нормативна база та державні програми

Фундамент національного регулювання у сфері репродуктивного здоров'я утворюють Конституція України, яка гарантує право на охорону здоров'я та медичну допомогу²⁸, і Основи законодавства України про охорону здоров'я²⁹. Останні закріплюють принцип рівного доступу до медичної допомоги без будь-якої дискримінації, право пацієнта на достовірну й повну інформацію про стан свого здоров'я, право на таємницю про стан здоров'я та, що особливо важливо для теми звіту, право повнолітньої дієздатної особи самостійно надавати згоду на медичне втручання або відмовлятися від нього. Ці норми формують правову основу тілесної автономії: жінка з інвалідністю, яка має повну дієздатність, не потребує згоди чоловіка, батьків, опікуна чи соціального працівника, щоб звернутися по гінекологічну допомогу, обрати метод контрацепції чи ухвалити рішення щодо вагітності.

Спеціальні гарантії для осіб з інвалідністю встановлює Закон України «**Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні**»³⁰, який зобов'язує органи влади та суб'єктів господарювання створювати умови для безперешкодного доступу осіб з інвалідністю до об'єктів соціальної інфраструктури, зокрема закладів охорони здоров'я, та до інформації. Разом із законодавством про реабілітацію він утворює нормативну рамку доступності. Проте ця рамка сформульована переважно в загальних категоріях, а конкретні, вимірювані вимоги до доступності послуг репродуктивного здоров'я в ній відсутні.

Окремої уваги потребує еволюція державних програм із репродуктивного здоров'я, оскільки саме програмний рівень традиційно визначав обсяг цільового фінансування та закупівель. Історично першою була Національна програма «**Репродуктивне здоров'я**

28 Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР, стаття 49. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр>.

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

30 Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 21.03.1991 № 875-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12>.

2001–2005»³¹, згодом було затверджено Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року³². У межах цих програм держава впродовж багатьох років здійснювала цільові закупівлі гінекологічного обладнання, кушеток, мамографів та інших засобів для жіночих консультацій і пологових закладів, проте це обладнання закуповувалося переважно у стандартному виконанні, без урахування потреб жінок з інвалідністю, внаслідок чого навіть значні державні інвестиції не усунули, а подекуди й закріпили фізичні бар'єри.

Станом на сьогодні окремої чинної державної програми з репродуктивного здоров'я немає; заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення інтегровані до чинних урядових стратегічних документів³³.

Ризиком, істотним саме для жінок з інвалідністю, є розпорошення відповідальності та відсутність окремого «видимого» бюджетного рядка й індикаторів, за якими можна було б відстежувати доступність послуг саме для цієї групи. Показово й те, що відповідальність за різні аспекти репродуктивного здоров'я розподілена між багатьма інституціями, а цілісне бачення стану доступу саме для жінок з інвалідністю не сконцентоване в жодному з них.

Окремої уваги потребує питання згоди на медичне втручання для осіб, визнаних недієздатними. Основи законодавства про охорону здоров'я передбачають, що стосовно особи, цивільна дієздатність якої обмежена або яку визнано недієздатною, згоду на медичне втручання надає її законний представник.

Цей механізм у сфері репродуктивного здоров'я створює пряму колізію з вимогами статті 12 Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, яка утверджує дієздатність осіб з інвалідністю нарівні з іншими та вимагає переходу до підтриманого рішень. Для жінок з інтелектуальними та психосоціальними порушеннями це означає реальний ризик того, що рішення — щодо контрацепції, стерилізації чи переривання вагітності — ухвалюватимуться без їхньої участі. Усунення цієї колізії є одним із принципових завдань, до якого звіт повертається в рекомендаціях.

У Верховній Раді України зареєстровано урядовий законопроект № 13683 «Про застосування допоміжних репродуктивних технологій»³⁴. Його реальний вплив на

31 Про Національну програму «Репродуктивне здоров'я 2001–2005»: Указ Президента України від 26.03.2001 № 203/2001. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/203/2001>.

32 Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 № 1849. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1849-2006-п>.

33 Ідеться, зокрема, про План заходів з реалізації Стратегії демографічного розвитку України на період до 2040 року та Державну стратегію забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2030 року; відповідні послуги реалізуються також через Програму медичних гарантій, зокрема в частині лікування безпліддя із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій.

34 Проект Закону України «Про застосування допоміжних репродуктивних технологій», реєстр. № 13683 від 22.08.2025; включено до порядку денного Верховної Ради України 10.02.2026. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billinfo/Bills/Card/57179>.

реалізацію репродуктивних прав жінок з інвалідністю залежатиме від того, чи міститиме він гарантії доступності послуг, недискримінації за ознакою інвалідності та захисту автономії жінки, тому супровід законопроекту з боку правозахисних організацій осіб з інвалідністю є доцільним.

👍 **Узагальнюючи:** національна законодавчо-нормативна база на рівні *принципів і загальних гарантій* відповідає міжнародним вимогам, проте що ближче регулювання до конкретної послуги — то помітнішим стає брак адресності, вимірюваних вимог і механізмів, які забезпечили б реалізацію прав саме для жінок з інвалідністю.

3.2. Клінічні протоколи та стандарти медичної допомоги: системні прогалини щодо інклюзії

Якість медичної допомоги в Україні визначається медико-технологічними документами зі стандартизації — стандартами медичної допомоги та уніфікованими клінічними протоколами, що розробляються на засадах доказової медицини. За офіційною інформацією Міністерства охорони здоров'я, станом на червень 2026 року у сфері репродуктивного здоров'я чинними є двадцять три такі документи³⁵. Умовно їх можна згрупувати за напрямками: планування сім'ї та загальна гінекологія; профілактика і лікування інфекцій; ведення вагітності та її ускладнень; пологи і профілактика перинатальної передачі інфекцій; онкологічний скринінг і захворювання молочних залоз.

Наявний перелік засвідчує, що виходячи з клінічного змісту українська система стандартизації ґрунтується на доказовій медицині. Проблема полягає не в клінічній якості цих документів, а в тому, що вони розраховані на «універсального пацієнта», без урахування спроможності жінок з різними порушеннями. Наслідками цих бар'єрів є прихована, або непряма, нерівність в отриманні послуг жінками з інвалідністю.

У жодному із зазначених документів немає окремого алгоритму дій для ситуації, коли пацієнтка має інвалідність: не передбачено вимоги забезпечити переклад жестовою мовою під час консультування чи пологів, надати інформацію у доступному форматі жінці з порушенням зору чи з інтелектуальними порушеннями, застосувати універсальне обладнання, виділити додатковий час на прийом та ін.

Окремої уваги потребує доступність високотехнологічних методів діагностики, зокрема магнітно-резонансної та комп'ютерної томографії. Саме ці дослідження є критично важливими при діагностиці серцево-судинних, неврологічних, онкологічних та акушерських ускладнень, проте їхнє проведення у жінок з інвалідністю пов'язане із низкою організаційних, технічних та клінічних викликів.

35 Їхній повний перелік наведено в Додатку 1.

Наприклад, на сьогодні нормативно-правове поле України не містить окремих норм щодо проведення МРТ та КТ особам з інвалідністю. Відсутні також алгоритми проведення досліджень вагітним жінкам з інвалідністю та пацієнткам високого акушерського й кардіального ризику. У згаданих обставинах формування клінічного маршруту пацієнта та юридичні ризики за результати втручання повністю перекладаються на профільну медичну установу й безпосереднього лікаря.

У поєднанні з браком аналогічних критеріїв у специфікаціях медичних пакетів НСЗУ і табелях обладнання це зумовлює системне виключення окремих категорій жінок з інвалідністю з програм профілактичного моніторингу.

Події останніх років, у тому числі наслідки воєнних дій, суттєво змінили структуру медичних і соціальних потреб в Україні. За даними українських і міжнародних організацій, кількість осіб з інвалідністю в Україні значно зросла внаслідок війни. Ця тенденція охоплює не лише ветеранів та ветеранок, а й цивільне населення, у структурі якого критично важливого значення набуває категорія жінок репродуктивного віку.

На сьогодні жінки з інвалідністю — це жінки з різними порушеннями, в тому числі:

- жінки після ампутацій кінцівок;
- жінки із травмами хребта;
- пацієнтки із тяжкими неврологічними порушеннями;
- жінки після мінно-вибухових травм;
- внутрішньо переміщені особи;
- жінки, які реалізують свою репродуктивну функцію після отримання інвалідності;
- вагітні із тяжкою екстрагенітальною патологією.

Тому наразі недостатньо просто забезпечити безбар'єрність та фізичну доступність лікарень — критично важливо розробити чіткі стандарти безпеки для застосування інноваційних методів високотехнологічної діагностики.

✔ **Узагальнюючи:** є необхідність перегляду чинних нормативних документів, внесення змін та доповнень їх наскрізними вимогами щодо доступності, комунікації, інформації та обладнання для пацієнток з інвалідністю, а також створення національних стандартів, які б регламентували інклюзивність та безпеку для застосування інноваційних методів високотехнологічної діагностики при наданні послуг пацієнткам з інвалідністю.

3.3. Можливість застосування міжнародних клінічних протоколів

Можливість застосовувати передові міжнародні клінічні протоколи є важливим елементом для медичної системи.

Правовою основою цього механізму є **наказ Міністерства охорони здоров'я України № 751³⁶**, яким запроваджено методику розроблення та впровадження медичних стандартів на засадах доказової медицини і, по суті, відкрито «зелене світло» міжнародним настановам в Україні. Українським лікарям дозволено використовувати клінічні настанови, розроблені національними та/або фаховими медичними асоціаціями країн — членів Європейського Союзу, Сполучених Штатів Америки, Канади, Австралії та інших розвинених країн, за умови, що вони ґрунтуються на доказовій медицині; такі настанови набувають в Україні статусу нових клінічних протоколів.

Механізм має кілька складників:

Пряма дія: Міністерство охорони здоров'я своїми наказами затверджує переліки таких настанов, нерідко залишаючи їх мовою оригіналу або надаючи офіційний переклад.

Пріоритетність: лікар має право обрати для лікування пацієнтки саме новий (міжнародний) клінічний протокол, навіть якщо паралельно існує старіший український уніфікований протокол.

Умови застосування: обов'язкове отримання від пацієнтки поінформованої згоди на лікування саме за цим протоколом та внутрішній наказ керівництва закладу, який дозволяє його використання.

Значення цього механізму для теми звіту є суттєвим: клінічні настанови провідних фахових асоціацій зазвичай містять докладні розділи щодо ведення пацієнток з різними порушеннями — саме ті елементи, яких бракує національним документам.

Водночас необхідно чітко окреслити межі цього інструменту. Клінічний протокол — навіть найпередовіший — регулює клінічні дії лікаря, а не інфраструктуру закладу: він не здатен створити доступний вхід, установити універсальне оглядове крісло, облаштувати доступний санвузол.

Практичне використання механізму стримується й низкою чинників: він потребує активних дій закладу (видання внутрішнього наказу) і поінформованості лікаря про саму можливість.

За даними дослідження, міжнародними протоколами користуються одиниці медичних працівників. **50 % повідомили, що знають про локальні або національні протоколи і користуються ними; 3 % користуються протоколами провідних міжнародних організацій.**

36 Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України: наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 (у редакції наказу МОЗ України від 29.12.2016 № 1422), зареєстрований у Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22308. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12>.

Застосування настанов мовою оригіналу вимагає відповідного рівня володіння мовою; отримання поінформованої згоди від пацієнтки потребує зрозумілого пояснення, що знову повертає до проблеми доступної комунікації — для нечуючої жінки це означає потребу професійного перекладу жестовою мовою, для незрячої — доступний формат інформації, для жінки з інтелектуальними порушеннями — пояснення простою мовою або мовою легкого читання.

✔ **Узагальнюючи:** можливість застосування міжнародних протоколів не звільняє державу від обов'язку доповнити власні протоколи інклюзивними положеннями. Системним рішенням є поєднання двох підходів: активне використання міжнародних протоколів і водночас унормування українських стандартів.

3.4. Пакети медичних послуг НСЗУ: порівняльний аналіз вимог

Ключовим інструментом, через який держава могла б зробити доступність обов'язковою умовою надання послуг, є Програма медичних гарантій, у межах якої Національна служба здоров'я України укладає договори із закладами й оплачує послуги за пакетами.

Кожен пакет містить специфікацію — перелік вимог до закладу, зокрема до обладнання, персоналу та умов надання послуги. Саме тут абстрактна вимога доступності могла б бути переведена в конкретні технічні параметри, які можна перевірити.

Аналіз специфікацій Програми медичних гарантій на 2026 рік засвідчує, що ця можливість використана лише частково й непослідовно. Результат зіставлення восьми пакетів, безпосередньо пов'язаних із репродуктивним і жіночим здоров'ям, наведено в таблиці.

Пакет ПМГ	Крісло / мамограф	Крісло для осіб з інвалідністю	Операційний стіл	Ліжко / телемедицина
№ 7 Пологи	гінекологічне крісло	є вимога	—	ліжко-трансформер; телемедицина
№ 35 Вагітність	гінекологічне крісло	є вимога	—	телемедицина
№ 9 Амбулаторний	гінекологічне крісло	—	—	телемедицина
№ 10 Мамографія	мамограф (цифр./аналог.)	—	—	телемедицина не згадана
№ 11 Гістероскопія	гінекологічне крісло	—	стіл-трансформер (опційно)	телемедицина не згадана

Пакет ПМГ	Крісло / мамограф	Крісло для осіб з інвалідністю	Операційний стіл	Ліжко / телемедицина
№ 14 Цистоскопія	гінекологічне крісло	—	стіл-трансформер (опційно)	телемедицина не згадана
№ 63 ДРТ	—	—	універсальний стіл	—
№ 71 Кріоконсервація	—	—	універсальний стіл	—

Дане зіставлення виявляє наскрізну проблему — вибіркового, несистемного підходу до інклюзивної політики надання послуг.

Вимога наявності «крісла для осіб з інвалідністю» присутня лише у двох пакетах — «Пологи» (№ 7) та «Вагітність» (№ 35), — тоді як в амбулаторному пакеті (№ 9), у пакетах гістероскопії (№ 11) і цистоскопії (№ 14) така вимога відсутня, хоча ці послуги передбачають гінекологічний огляд і втручання, для яких доступність крісла є критичною.

У пакеті мамографії (№ 10) немає жодних вимог доступності обладнання для жінок з фізичними порушеннями.

У пакетах допоміжних репродуктивних технологій (№ 63) і кріоконсервації (№ 71) вимоги щодо гінекологічного крісла чи доступності взагалі не сформульовані.

Непоследовною є й вимога щодо телемедицини — інструменту, який має особливе значення саме для жінок з інвалідністю, оскільки дистанційна консультація частково компенсує транспортні та архітектурні бар'єри: вона передбачена в пакетах № 7, № 35 і № 9, проте не згадана в пакетах № 10, № 11, № 14 і відсутня в пакетах допоміжних репродуктивних технологій. Вимога щодо пристосованого ліжка («ліжка-трансформера») міститься лише в пакеті «Пологи».

Отже, у специфікаціях відсутня єдина наскрізна логіка, яка б гарантувала універсальну доступність послуг у сфері репродуктивного здоров'я для всіх жінок, в тому числі для жінок з різними порушеннями.

Це має прямі наслідки: жінка з порушеннями опорно-рухового апарату, чий права формально забезпечені вимогою щодо наявності адаптованого гінекологічного крісла в пакеті з ведення вагітності, повністю втрачає цей інклюзивний захист у разі потреби пройти мамографію чи гістероскопію.

На особливу увагу заслуговує амбулаторний пакет (№ 9): саме на амбулаторному рівні відбувається переважна більшість гінекологічних оглядів, консультацій із планування сім'ї та профілактичних візитів, тож відсутність вимоги доступності означає, що бар'єр виникає вже на найпершому й найпоширенішому етапі маршруту пацієнтки.

✓ **Узагальнюючи:** пакети медичних послуг виконують функцію ефективного фінансового інструменту: прагнення закладу охорони здоров'я отримати бюджетне фінансування змушує його чітко дотримуватися затверджених критеріїв. Це перетворює специфікації на потужніший регуляторний важіль держави для впровадження інклюзивних стандартів. Прецеденти інтеграції інклюзивних вимог до окремих пакетів підтверджують інституційну спроможність держави системно закладати параметри доступності.

Але через те, що ці вимоги додаються хаотично й непослідовно, право на доступну медицину перетворюється з гарантованого державою стандарту на випадковий фактор для пацієнток.

3.5. Термінологічна неузгодженість

Аналіз специфікацій виявляє проблему, що лежить в основі вищезазначених бар'єрів, — термінологічну непослідовність, яка дозволяє закладам формально відповідати вимогам, не забезпечуючи реальної доступності.

Ідеться не про лінгвістичну неточність, а про змістову невизначеність із безпосередніми практичними наслідками. Через розмитість нормативних формулювань здійснюються державні закупівлі медичного обладнання, яке де-факто залишається недоступним для маломобільних груп, що повністю унеможливорює подальший моніторинг та контроль реального рівня інклюзивності закладу.

Першим прикладом є поділ на «крісло гінекологічне» та «крісло для осіб з інвалідністю». Таке розмежування є концептуально помилковим. Згідно з філософією універсального дизайну, базовий стандарт має передбачати, що будь-яке оглядове обладнання за замовчуванням є адаптованим під потреби абсолютно всіх категорій пацієнток, у тому числі з інвалідністю, надлишковою вагою, вагітних та інших. За умови впровадження цієї універсальної вимоги потреба в окремій специфікації та виокремленні спеціалізованих крісел зникне автоматично.

Другим прикладом є паралельне вживання термінів «стіл-трансформер» (у пакетах гістероскопії та цистоскопії) і «універсальний операційний стіл» (у пакетах допоміжних репродуктивних технологій і кріоконсервації) для позначення обладнання з фактично однаковим функціональним призначенням.

Різне вживання термінів створює правову невизначеність і породжує ризики під час тендерних закупівель: різні назви для товарів однакового призначення знижують прозорість, ускладнюють порівняння пропозицій і, зрештою, погіршують якість послуг. Сучасне обладнання залишатиметься бар'єрним, якщо в технічній специфікації не закріплені чіткі вимоги. Наприклад, універсальне гінекологічне крісло: регулювання висоти, положення Тренделенбурга; горизонтальне положення; положення для

кольпоскопії, регульовані опори і м'які фіксатори, достатні габарити для пацієнток з надлишковою вагою, зручне розташування для підходу з різних боків та інше.

Третім прикладом є мамографія: у специфікації пакета № 10 повністю відсутня вимога до мамографа мати функцію моторизованого підйому та опускання. Можливі наслідки: навіть за наявності дороговартісного цифрового мамографа доступ до діагностики для жінок з фізичними порушеннями залишається закритим.

Четвертий приклад стосується ліжок: пряма вимога щодо наявності «ліжок-трансформерів» міститься лише в пакеті «Пологи» (№ 7); інші пакети не містять жодних вимог до ліжок. Для жінки з фізичними порушеннями, яка перебуває у стаціонарі — зокрема в післяпологовий період, — придатне ліжко є не ознакою комфорту, а умовою автономного догляду за собою та новонародженим.

Провівши порівняльний аналіз, можна визначити ще низку термінологічних неузгоджень у нормативних документах.

 **Узагальнюючи:** термінологічна неузгодженість виконує функцію прихованого механізму зниження стандарту — вона дозволяє за формального виконання вимог фактично зберігати бар'єрне середовище.

Бар'єрів можна уникнути за уніфікації термінології та переходу від розмитих назв до вичерпних, вимірюваних критеріїв в усіх специфікаціях.

3.6. Правові колізії

Термінологічна непослідовність специфікацій є частиною ширшої проблеми — неузгодженості нормативно-правових актів різного рівня, що регулюють доступність медичних послуг, унаслідок якої вимоги доступності стають юридично неконтрольованими, а отже, декларативними.

Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики³⁷ зобов'язують забезпечити доступність місць провадження діяльності для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення; водночас **додаток 2 до Ліцензійних умов** установлює, що виконання цього обов'язку підтверджується «документом, що підтверджує вільний доступ до будівлі та приміщень».

У такий спосіб у підзаконному акті відбувається неправомірна підміна понять: широка й регламентована категорія «доступність» штучно звужується до абстрактного «вільного доступу», який на практиці зводиться до наявності пандуса на вході, тоді як внутрішня доступність — придатність кабінетів, обладнання, санвузлів, доступність комунікації та інформації — повністю залишається поза контролем.

37 Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики: затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-п>.

Порядок укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій³⁸ зобов'язує суб'єкта господарювання подати підтвердження відповідності всіх місць надання послуг вимогам щодо доступності для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, а також вимогам щодо забезпечення перекладу українською жестовою мовою; при цьому механізм підтвердження та контролю останньої вимоги не визначено.

Постанова Кабінету Міністрів України № 1673³⁹ оперує поняттями «розумного пристосування» та «універсального дизайну», тоді як наказ Міністерства охорони здоров'я № 198⁴⁰ обмежується лише «принципами безбар'єрності». Таким чином, в одних актах ідеться про розумне пристосування й універсальний дизайн, в інших — про принципи безбар'єрності, а ще в інших — про вільний доступ; жодного єдиного, юридично визначеного й вимірюваного стандарту доступності медичної послуги не існує.

Наслідок такого підходу є критичним для жінок з інвалідністю: вимоги Національної служби здоров'я України щодо доступності та безбар'єрності стають декларативними та юридично неконтрольованими. Медичні заклади отримують змогу трактувати «доступність» у найвужчому сенсі — обмежуючись пандусом на вході — і при цьому ігнорувати вимоги щодо адаптації послуг, телемедицини, доступної комунікації та закупівлі інклюзивного обладнання. Оскільки відповідні поняття юридично не визначені, неможливо ані проконтролювати їхнє дотримання, ані застосувати санкції до закладу, ані розірвати з ним договір за порушення «принципів», зміст яких у праві не розкрито. Право жінки з інвалідністю на доступну послугу в такий спосіб позбавляється дієвого механізму захисту.

Практичні наслідки такого регулювання є згубними для захисту прав пацієнток з інвалідністю, адже вимоги НСЗУ щодо безбар'єрності, доступності стають юридично неконтрольованими. Медичні заклади отримують правове поле для формального виконання умов, обмежуючи «доступність» лише облаштуванням пандуса на вході до будівлі. При цьому внутрішня адаптація послуг — ігнорується.

Через відсутність чіткого визначення цих термінів контролюючі органи не мають правових підстав для фіксації порушень, накладення фінансових санкцій чи розірвання контрактів із закладами. Відтак задеклароване право на інклюзивну медичну послугу залишається без реального інструменту правозастосування.

38 Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-п>.

39 Про затвердження принципів, критеріїв і меж розумного пристосування та універсального дизайну: постанова Кабінету Міністрів України від 17.12.2025 № 1673. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1673-2025-п>.

40 Про затвердження Методичних рекомендацій щодо запровадження принципів безбар'єрності під час надання медичних та реабілітаційних послуг в закладах охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 06.02.2024 № 198 (у редакції наказу МОЗ України від 03.06.2024 № 955).

До нормативної неузгодженості додається окремий системний бар'єр, породжений фінансовими індикаторами.

Індикатори для медичної допомоги при пологах, уперше запроваджені Національною службою здоров'я України 2021 року (на 2022 рік), передбачають мінімальну кількість пологів, потрібну для укладення договору: у 2025–2026 роках поріг встановлено на рівні 100 пологів за шість місяців (200 на рік), а для закладів із меншою кількістю пологів додано обмеження щодо частки кесаревих розтинів (не більше ніж 25 %). Динаміка мережі закладів унаочнює наслідки.

Показник	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Кількість надавачів послуг з пологів	399	345	301	255	241	237

З 2022 по 2024 рік щороку близько сорока закладів охорони здоров'я з пологовими відділеннями не змогли укласти договори через малу кількість пологів; загалом з 2021 по 2026 рік мережа зменшилася з 399 до 237 закладів. Для системи загалом концентрація складних пологів у великих перинатальних центрах з кращим обладнанням підвищила якість та безпеку, однак для жінки з інвалідністю з невеликої громади це може обернутись новим бар'єром: пологовий заклад віддалився на десятки кілометрів, а кожна поїздка перетворилася на складну логістичну операцію з пошуку доступного транспорту й супроводу.

Індикатор, доцільний з погляду клінічної безпеки, без супутніх заходів (доступний транспорт, транспортна логістика, наближення допомоги) поглибив недоступність послуг саме для найуразливішої групи.

✔ **Узагальнюючи:** чинні закони утверджують автономію й недискримінацію, клінічні протоколи є сучасними, а фінансові інструменти потенційно потужними; водночас на рівні деталей — інклюзивних положень протоколів, узгодженості термінології, вимірюваності вимог доступності, наскрізності інклюзивних умов у пакетах, табелів обладнання, узгодженості підзаконних актів — механізм має системні прогалини.

Саме ці чинники, а не брак самих прав, перетворюють задекларовані на папері репродуктивні можливості жінок з інвалідністю на складне випробування в реальному житті.

Розділ 4.

Маршрут жінки з інвалідністю у реалізації репродуктивних прав

Цей розділ переводить дослідження у площину живого досвіду: показує шлях, який долає жінка з інвалідністю в системі охорони здоров'я. На кожному етапі інформація зіставляє те, що передбачено нормою, протоколом чи стандартом, із тим, що відбувається насправді.

4.1. Як побудовано маршрут: методологічна примітка

Поняття «маршрут пацієнтки» має чітке практичне значення. Сучасна система охорони здоров'я ґрунтується на моделі безперервного супроводу. У межах цього підходу якісна медична допомога оцінюється не за поодиноким візитом до лікаря, а як єдиний ланцюжок взаємопов'язаних кроків: від усвідомлення проблеми та пошуку інформації — до лікування, подальшого контролю й реабілітації.

Ця модель ідеально пояснює виклики, з якими стикаються жінки з інвалідністю. Вона чітко простежує ситуацію, коли бар'єр виникає на якомусь етапі, і руйнується весь маршрут пацієнтки.

Жінка не пройде огляд, якщо не зможе доїхати до клініки через відсутність транспортної логістики — і неважливо, наскільки сучасне там обладнання. Вона не потрапить на обстеження, якщо не зможе безпечно скористатись кріслом чи іншим діагностичним обладнанням — і байдуже, наскільки досвідчений лікар на неї чекає.

Тому реальну послугу жінка з інвалідністю зможе отримати тоді, коли буде забезпечена безбар'єрність усього маршруту від початку до кінця.

В дослідженні маршрут пацієнтки поділений на десять кроків:

- інформованість і рішення звернутися за послугою;
- транспорт і дорога до закладу;
- запис і маршрутизація;
- фізичне потрапляння до закладу та кабінету;
- санітарно-гігієнічні умови;
- гінекологічний огляд і скринінги;
- комунікація, ставлення, згода і гідність;

- ведення вагітності та пологи;
- післяпологовий догляд і перебування у стаціонарі;
- контрацепція, планування сім'ї, допоміжні репродуктивні технології;
- профілактика та безпека.

Такий поділ відтворює природну хронологію взаємодії жінки із системою і водночас дає змогу локалізувати етапи, на яких жінка з інвалідністю з найбільшою ймовірністю припиняє рух до отримання допомоги: відмовляється від візиту, відкладає його на невизначений строк або отримує послугу неналежної якості.

Виклад кожного кроку в підрозділі побудовано за єдиною схемою: спочатку наведено нормативну рамку (що гарантує закон, протокол чи стандарт), далі — результати опитувань і прямі свідчення жінок та лікарів, і насамкінець — стислий висновок про сутність розриву між нормою та практикою.

4.2. Маршрут

➔ КРОК 1. Інформованість і рішення звернутися за послугою

Маршрут починається не з порога лікарні, а з інформації та рішення. Основи законодавства про охорону здоров'я гарантують пацієнтові право на достовірну й повну інформацію про стан здоров'я та про наявні медичні послуги, а Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (стаття 21) зобов'язує забезпечувати доступ до інформації в доступних форматах. Належним є стан, за якого жінка з інвалідністю знає про свої права й безоплатні послуги, отримує інформацію в доступному для неї форматі й звертається по допомогу вчасно, а не лише в разі гострої потреби.

Опитування жінок показало: значна частина учасниць (58 %) повідомляє про брак зрозумілої інформації щодо того, якими послугами можна скористатися безоплатно й куди звертатися. До інформаційного бар'єра додається страх упередженого ставлення (22 %), який учасниці назвали однією з найпоширеніших причин відкладати візит, 5 % опитаних зазначили — лікар ігнорує пацієнтку і розмовляє про її здоров'я з супроводжуючою особою. У результаті лише близько 20 % з опитаних жінок відвідують гінеколога регулярно, тоді як решта 49 % звертаються епізодично або не звертаються роками; частина учасниць не була в гінеколога жодного разу (7 %). Головна проблема такого бар'єру полягає в його латентності: пацієнтки, які відмовляються від візитів, просто випадають із поля зору офіційної статистики.

«Коли я захворіла, то розпитувала всіх, щоб порадили, до кого звернутись. Шукала в інтернеті. Не знаєш, що робити. Поїхала в обласну лікарню, бо потрібно було щось робити...»
(учасниця фокус-групи).

«Десять років не зверталась до гінеколога... прийшлося, коли вже просто не можна було терпіти...»
(учасниця фокус-групи).

«Ще така проблема — інформація для дівчат з інвалідністю, які мають інтелектуальні порушення. Вони ростуть, і їх цікавить, як вони змінюються. Потрібно працювати з мамами, з рідними, розказувати, як все пояснювати...»
(учасниця фокус-групи).

Медичні працівники бачать наслідок цих бар'єрів зі свого боку — пізні звернення пацієнток: більшість медиків підтверджують, що їхні пацієнтки з інвалідністю звертаються переважно тоді, коли вже мають виражені проблеми, і пов'язують це не з «недбалістю» жінок, а із сукупністю зовнішніх перешкод.

«Зазвичай жінки звертаються тоді, коли вже мають певні проблеми»
(інтерв'ю з лікаркою).

«Матеріалів простою мовою на руках немає... Якщо треба наглядно, користуюся інтернетом»
(інтерв'ю з лікаркою).

41 % відсоток опитаних лікарів працюють в закладах охорони здоров'я, що не мають адаптованих матеріалів та використовують лише стандартні буклети й плакати для інформування.

35 % опитаних медичних працівників працюють в закладах охорони здоров'я, що мають доступну гарячу лінію, адаптовану електронну форму або можливість відеозвернення жестовою мовою.

🟢 **Можливе рішення:** забезпечення доступної інформації про права й безоплатні послуги; організація системного навчання та підготовки медичного персоналу з метою зміни ставлення та забезпечення якісних послуг у сфері сексуального і репродуктивного здоров'я для жінок з інвалідністю; проведення профілактичної роботи та інформаційно-просвітницьких заходів, у тому числі серед батьків, законних представників, які виховують дітей та молодь з інвалідністю, присвячених потребам дівчат та жінок з інвалідністю з різними порушеннями.

➔ КРОК 2. Транспорт і дорога до закладу

Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю зобов'язує забезпечувати індивідуальну мобільність (стаття 20) та доступність транспорту (стаття 9), а стаття 25 вимагає організовувати медичні послуги якомога ближче до місця проживання людини, зокрема в сільській місцевості; фізичну безбар'єрність декларує й Національна стратегія із створення безбар'єрного простору.

💬 Опитування жінок

Основними бар'єрами для пацієнток виявилися транспортна недоступність (53 %) та географічна віддаленість медичних установ від місця проживання (43 %). Ця тенденція є найбільш критичною для сільських та прифронтових територій, де брак транспортного сполучення повністю унеможлиблює отримання медичної допомоги. Водночас ефективною практикою подолання цієї проблеми визнано функціонування соціального таксі, яке респондентки назвали «рятівним рішенням».

«Через недоступність медичного обладнання доводиться шукати заклад, де є універсальне гінекологічне крісло, мамограф, а це може бути тільки обласний центр, до якого більше 50 кілометрів. А туди потрібно доїхати, і як? У нас звичайна маршрутка, як туди на кріслі колісному...»

(учасниця фокус-групи).

«Маршрутки немає, щоб доїхати до лікарні. Раніше можна було попросити сусіда... зараз немає кого, тому просто не їжджу до лікаря...»

(учасниця фокус-групи).

«Добиратися вкрай важко... Доводиться постійно шукати супровід, просити когось про допомогу, але це морока для інших... Іноді простіше взагалі нікуди не їхати»

(учасниця фокус-групи).

✚ Медичні працівники

Лікарі підтверджують, що низькопідлоговий та спеціальний транспорт у більшості громад або відсутній, або працює нестабільно, і що саме транспортна недоступність є однією з причин пізнього звернення; водночас вони вказують на дієвість простих організаційних рішень там, де їх запроваджено.

«До мене на консультацію приходила жінка, яка користується кріслом колісним... Вона користувалася соціальним таксі. Замовляла машину на певну годину»

(інтерв'ю з лікарями).

❏ **Можливі рішення:** впровадження соціального таксі «від дверей до дверей», мобільні бригади, розвиток телемедицини для первинного спілкування з акушером-гінекологом, щоб жінка могла отримати інформацію без потреби вирішувати складні логістичні проблеми з транспортом; забезпечення транспортної логістики.

➔ **КРОК 3. Запис і маршрутизація**

Ключове питання цього кроку — чи потрібне жінці направлення сімейного лікаря, щоб потрапити до гінеколога. Законодавство відповідає однозначно — ні.

Право пацієнтки на вільний вибір лікаря та на пряме звернення до низки лікарів-спеціалістів без направлення закріплене статтею 35-2 Основ законодавства України про охорону здоров'я⁴¹, деталізоване Порядком направлення пацієнтів, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.02.2020 № 586⁴², та умовами закупівлі медичних послуг у пакетах Національної служби здоров'я України. Направлення не потрібне, зокрема, для звернення до акушера-гінеколога (у тому числі дитячого); невідкладна допомога надається без направлення завжди.

💬 **Опитування жінок**

46 % жінок мають лише часткові знання, обмежену поінформованість щодо профілактичних програм та послуг, поширене хибне переконання, що направлення обов'язкове. Наслідок подвійний: одні жінки роблять зайвий, не потрібний за законом візит за направленням; інші, не маючи змоги легко потрапити до сімейного лікаря, зовсім відкладають звернення до гінеколога.

«Потрібно більше пояснювати людям про репродуктивне здоров'я — у школах, у лікарнях і через прості інформаційні матеріали»

(учасниця фокус-групи).

Перехресний аналіз виявляє тривожну закономірність: серед наймолодших учасниць (до 17 років) лише 3 з 25 відвідують гінеколога регулярно, а 9 — ніколи не відвідували.

⁴¹ Основи законодавства України про охорону здоров'я, стаття 35-2.

⁴² Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб — підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду: наказ МОЗ України від 28.02.2020 № 586. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0235-20>.

Це вказує на дефіцит охоплення дівчат-підлітків з інвалідністю профілактичним гінекологічним наглядом та статевою освітою. Найвища регулярність спостерігається у віковій групі 36–60 років.

Дані опитування ілюструють наступне: лише третина учасниць (32 %) проходить ПАП-тест регулярно; майже стільки ж (31 %) ніколи не здавали цей аналіз; 5 % опитаних лікар жодного разу не запропонував цей скринінг, що свідчить про прогалину в роботі первинної ланки.

➕ Медичні працівники підтверджують, що приймають пацієнток і без направлення, і що так працює більшість закладів.

75 % відзначили, що приймають пацієнтів без попереднього запису у будь-який час; 23 % допускають прийом без запису лише у невідкладних (ургентних) випадках.

Лише 2 % повідомили, що працюють у закладах охорони здоров'я, де практикують виключно попередній електронний або телефонний запис, що може стати додатковим бар'єром для жінок з певними формами інвалідності.

🌱 Можливі рішення: Даний бар'єр є передусім інформаційним, а не структурним. Усунення його передбачає адресне роз'яснення жінкам права звертатися до гінеколога без направлення та напряму у форматах, придатних для жінок з різними порушеннями (проста мова, мова легкого читання, шрифт Брайля, переклад жестовою мовою), та усунення штучних перешкод на рівні реєстратур.

➡ **КРОК 4. Фізичне потрапляння до закладу та кабінету**

Фізична доступність закладу регулюється державними будівельними нормами щодо інклюзивності будівель⁴³, Ліцензійними умовами провадження медичної практики, Порядком укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю (стаття 9). Належним є стан, за якого жінка з будь-яким порушенням може безперешкодно потрапити не лише до будівлі, а й до потрібного кабінету: доступний вхід, працюючий ліфт або розміщення кабінету на доступному поверсі, достатня ширина дверей і коридорів, простір для розвороту крісла колісного та інше.

💬 **Опитування жінок**

Жінки, які взяли участь в опитуванні, наголошували, що пандус на вході ще нічого не гарантує: гінекологічні кабінети нерідко розміщені на других поверхах, ліфт відсутній, коридори й двері бувають завузькими, а простору для переміщення на кріслі колісному бракує. Через це багато учасниць зізналися, що «свідомо уникали планових оглядів роками».

43 ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення»: затверджені наказом Мінрегіону України від 30.11.2018 № 327.

«Через відсутність ліфта лікарка змушена спускатися до мене в окрему кімнату... неповноцінно себе відчуваєш. Лікарка намагається все зробити і допомогти, але відчуття «інша» у мене постійно є...»

(учасниця фокус-групи).

«Доступність до гінекологічного огляду — і щоб можливо було дістатися, якщо немає ліфтів...»

(учасниця фокус-групи).

«Зробити медичні послуги фактично доступними, а не лише формально задекларованими... Я пересуваюсь на кріслі колісному, приїхала на машині, припаркуватись немає де... і що далі? Почалось... Поки доберусь до кабінету, уже вся знервована...»

(учасниця фокус-групи).

«Я просила сторонніх людей допомогти, бо не знала, куди йти... Де кабінет. Багато сходів... Я маю порушення зору...»

(учасниця фокус-групи).

Медичні працівники й самі визнають, що фізична доступність закладів не відповідає нормам, а саме поняття «доступність» усі розуміють по-різному; формально наявна інфраструктура насправді не забезпечує безперешкодного доступу.

«Ліфти старенькі, незручні. Це в будь-який момент він може не працювати»

(інтерв'ю з лікарями).

«Звичайно, ми намагаємось допомогти. Але іноді оглядали і на кушетці. Допомагала медсестра»

(інтерв'ю з лікарями).

Ситуація, яка склалася з доступністю медичних закладів, є наслідком багатьох чинників, у тому числі нормативної підміни понять, розглянутої вище. Оскільки контроль

обмежується «вільним доступом до будівлі», внутрішня доступність (поверховість кабінетів, справність ліфтів, ширина дверей, простір у кабінеті тощо) залишається поза увагою.

У контексті воєнного часу особливої гостроти набуває безпековий аспект: архітектурна недоступність захисних споруд змушує жінок робити неприйнятний вибір між фізичною безпекою та медичною допомогою. Те, що про це в один голос кажуть і пацієнтки, і самі лікарі, доводить: проблема є системною та об'єктивною.

Можливі рішення: усунення бар'єру потребує контролю за виконанням державних будівельних норм, чітких індикаторів вимог внутрішньої доступності.

➔ КРОК 5. Санітарно-гігієнічні приміщення

Згідно з державними будівельними нормами, належно облаштований санітарний вузол є обов'язковим елементом загальної інклюзивності медичної установи. Для жінок з інвалідністю, які долають значні відстані до закладу, можливість скористатися доступною санітарно-гігієнічною кімнатою перед діагностикою або гінекологічним оглядом визначає саму спроможність пройти обстеження. Цей чинник є питанням дотримання прав людини та збереження особистої гідності пацієнтки, а не додаткового комфорту.

💬 Опитування жінок

На практиці пристосована санітарно-гігієнічна кімната є однією з найгостріших і водночас найчастіше ігнорованих проблем. Для жінки, яка користується кріслом колісним, неможливість самостійно скористатися вбиральною означає залежність від сторонньої допомоги, що саме по собі принижує гідність.

«Я не могла заїхати на кріслі колісному в туалет, двері були вузькі, і я б не розвернулась там... як в такому стані мене може оглянути лікар... ніяк»

(учасниця фокус-групи).

«Потрібно змінити памперс... немає де. Туалет ніби доступний, а пересісти куди? Звичайно, попросилась в якийсь вільний кабінет, там була кушетка...»

(учасниця фокус-групи).

➕ **Медичні працівники** називають санітарні кімнати одним із бар'єрних місць у питанні доступності.

«У поліклініці туалету немає. Жінка приїхала з віддаленого села і хоче привести себе в порядок — а не може, і це проблема»

(інтерв'ю з лікарем).

«Гінекологічний кабінет на другому поверсі, а туалет на першому»

(інтерв'ю з лікаркою).

🟢 **Можливі шляхи вирішення.** Розв'язання проблеми не потребує реформування системи, а вимагає виключно виконання чинних державних будівельних норм. Недоступність санітарних гігієнічних кімнат не належить до медичних показників і де-юре не відображається у галузевій звітності, де-факто саме цей чинник нівелює гідність пацієнток під час візиту. Як наслідок, це формує стійку мотивацію уникати подальших медичних звернень.

➔ **КРОК 6. Гінекологічний огляд і скринінги**

Стандарти медичної допомоги «Планування сім'ї», «Скринінг раку шийки матки» та «Доброякісні захворювання молочних залоз», а також Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (стаття 25) передбачають, що жінка з інвалідністю має пройти огляд і обстеження нарівні з іншими. Належним є стан, за якого в кабінеті наявне універсальне оглядове крісло, а мамограф має функцію моторизованого підйому й опускання, діагностичне обладнання розраховане на пацієнток з різними порушеннями⁴⁴. В попередніх розділах показано, що специфікації пакетів медичних послуг цих вимог послідовно не забезпечують.

💬 **Опитування жінок**

Саме на цьому кроці маршруту жінка може стикатись з безліччю бар'єрів: універсальне гінекологічне крісло в багатьох закладах відсутнє, а підйомник, якщо він є, викликає обґрунтований страх, діагностичне обладнання непристосоване.

«Важко проходити обстеження, якщо гінекологічне крісло недоступне і кабінет маленький. Підйомник, який стоїть у кабінеті, — мені на нього страшно пересідати... а питання гігієни, ти маєш пересідати туди, вже роздягнувшись... Не розумію, чого так складно все облаштовано...»

(учасниця фокус-групи).

44 Недоступність діагностики. Актуальність питання розглядалась в іншому розділі.

«Через недоступність медичного обладнання огляд іноді відбувається на кушетках. Лікарка хоче допомогти, але їй і мені це створює додаткові проблеми... знову потрібно просити допомогу, бо вона сама зі мною не може справитись... у мене не працюють ноги...»

(учасниця фокус-групи).

«У мене ампутація кінцівок... Як самостійно я можу дістатись гінекологічного крісла, ще й роздягтися для огляду... Хто мені має допомагати, якщо я прийшла сама?»

(учасниця фокус-групи).

Кількісні дані демонструють наступне: серед користувачок крісла колісного регулярне проходження скринінгів є винятком, а не правилом. Ці показники є безпосереднім наслідком недоступності кабінетів та обладнання.

Показник серед користувачок крісла колісного	Регулярно	Ніколи	Через недоступне обладнання
Мазок на рак шийки матки	близько 18 %	понад 50 %	—
Обстеження молочних залоз / мамографія	близько 7 %	близько 64 %	частина прямо вказала
Регулярні візити до гінеколога	близько 20 %	—	—

+ **Медичні працівники** визнають, що універсального обладнання практично немає, що наявними підйомниками часто не користуються, а частина закладів взагалі не оглядає таких пацієнток, направляючи їх до іншого медичного закладу; причиною невикористання підйомника лікарі називають не лише страх пацієнтки, а й власну невпевненість у поводженні з ним.

«Якщо жінка на кріслі колісному, з ампутацією, після інсульту — вона не зможе самостійно скористатися кріслом, яке у нас стоїть. Їй потрібна допомога»

(інтерв'ю з лікарем).

«Коли я сказала лікарці, що не буду пересідати в підйомник, їй стало легше... Мабуть, вона до кінця не знала, як з ним справитись і як мені допомогти пересісти...»

(учасниця фокус-групи).

«Підйомником, який є в кабінеті, не користуємось, бо жінки не хочуть пересідати»

(інтерв'ю з лікарем).

Можливі рішення. Запровадження обов'язкових вимог до універсального обладнання у специфікаціях пакетів; розробка за необхідності нових стандартів проведення діагностики для жінок з інвалідністю; проведення систематичного навчання медичного персоналу безпечним прийомом огляду, правилам асистування пацієнткам з інвалідністю.

➔ КРОК 7. Комунікація, ставлення, згода і гідність

Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (статті 9 і 21) вимагає забезпечувати доступну комунікацію, зокрема переклад жестовою мовою, та доступні формати інформації, стаття 22 гарантує приватність, а статті 12 і 25 — повагу до автономії й надання допомоги на основі вільної та поінформованої згоди. Основи законодавства про охорону здоров'я закріплюють право на таємницю та на достовірну інформацію. Належним є стан, за якого лікар спілкується безпосередньо з жінкою у зрозумілий для неї спосіб, поважає її гідність і приватність, надає інформацію в доступному форматі та отримує згоду від самої пацієнтки без стороннього тиску.

Опитування жінок

Дані опитування щодо якості комунікації під час прийому (множинний вибір): 272 учасниці (73 %) зазначили, що лікар пояснює все зрозуміло і доступно; 67 (18 %) — що лікар використовує забагато складних медичних термінів; 32 (9 %) — неможливість залишитися з лікарем наодинці через потребу у фізичній допомозі супроводжуючого; 17 (5 %) — лікар ігнорує пацієнтку і розмовляє про її здоров'я із супроводжуючою особою; 7 (2 %) — відсутність інформації в доступних форматах (шрифт Брайля, легке читання); 5 (1 %) — відсутність перекладача жестової мовою.

«Мені незручно обговорювати особисті речі при всіх у вестибюлі. Хтось мені зачитує, а я маю відповідати. Я хочу самостійно заповнювати документи...»

(учасниця фокус-групи, порушення зору).

«Дуже важливо, щоб була професійна перекладачка... Якщо в мене була хороша перекладачка, то мені було комфортно... І ще для мене важливо, щоб це була жінка»

(учасниця фокус-групи).

«А в тебе все одно немає чутливості, я тобі зроблю [маніпуляцію] без знеболювального»

(слова лікаря, переказані учасницею фокус-групи).

«Якщо на кріслі колісному, значить, недоглянуті...»

(узагальнення ставлення, зі слів учасниці фокус-групи).

Особиста довіра до лікаря є тим ключовим стимулом, який змішує жінку долати бар'єри. Крім того, спостерігається наступна тенденція у пацієнток: якщо в межах громади неможливо отримати якісну послугу, жінки самостійно шукають «своїх лікарів» в обласному центрі, інших громадах.

«У нас маленька громада, і всі про всіх знають... Тому психологічно для мене легше консультуватись в іншому місті. Я роблю так декілька років...

Одна і та ж лікарка»

(учасниця фокус-групи).

+ Медичні працівники

Медичні працівники визнають брак часу й відсутність інструментів доступної комунікації, застосовуючи натомість вимушені замінники.

«На аркуші пишу, або друкую, коли приходять на прийом нечуючі жінки»

(інтерв'ю з лікаркою).

«У жінок з порушенням слуху нерідко є спеціальні пам'ятки або книжечки, де написано, як правильно з ними спілкуватися. У критичній ситуації я викликав лікаря для допомоги. А щоб поспілкуватися безпосередньо, ми переписувалися — ми писали їм, а вони відповідали і писали про свої потреби»

(інтерв'ю з лікарем).

«Я використовувала мобільний телефон для спілкування»

(інтерв'ю з лікаркою).

«Жінки з інтелектуальними порушеннями приходять переважно із супроводом (мами, сестри, опікуни, соціальні працівники). Комунікація відбувається через супроводжуючих»

(інтерв'ю з лікаркою).

«Паперова робота, занесення даних, додаткові пояснення... Коли до мене приходять жінки з інвалідністю, потрібно трохи більше часу. Враховуючи сьогоднішні стреси, іноді жінки спочатку говорять про різні речі, а потім — чого звернулись до мене... Чисто по-людськи я розумію, що, можливо, я єдина людина, яка може її вислухати...»

(інтерв'ю з лікаркою).

🟢 **Можливі рішення.** На цьому етапі простежуються два бар'єри: інфраструктурно-організаційний та поведінковий. Перший долається за допомогою системних рішень: впровадження дистанційного перекладу жестовою мовою (послуга 7x24), наявність медичних працівників зі знанням жестової мови; адаптації матеріалів (шрифт Брайля, збільшений розмір, проста мова), а також продовження тривалості прийому для пацієнток, які цього потребують. Другий передбачає навчання працівників та зміну професійної культури. Повага до гідності залишається наскрізним принципом на всьому маршруті, проте під час безпосереднього контакту вона відіграє вирішальну роль.

➔ **КРОК 8. Ведення вагітності та пологи**

Ведення вагітності та пологи регулюються стандартом «Нормальна вагітність», уніфікованими клінічними протоколами «Фізіологічні пологи» і «Кесарів розтин», а також пакетами медичних послуг № 35 (вагітність) і № 7 (пологи). Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (стаття 23) гарантує право на материнство й на збереження фертильності нарівні з іншими, а також право отримувати допомогу у виконанні батьківських обов'язків. Належним є стан, за якого жінка з інвалідністю отримує кваліфікований, доступний супровід вагітності та пологів, а рішення ухвалюється на підставі медичних показань і її поінформованої згоди, а не упереджень щодо інвалідності.

💬 **Опитування жінок**

Практика засвідчує, що для жінки з інвалідністю вагітність нерідко перетворюється на суцільний перелік ризиків: замість підтримки вона стикається із сумнівами й тиском,

її схиляють до кесаревого розтину навіть тоді, коли можливі природні пологи. Утім жінки, які наважилися на материнство, згадують передусім власну рішучість — і професіоналізм лікарів.

«Мене вже взяли на операцію... Ноги на тому столі, вони не трималися в мене, вони падали... мені їх зв'язали. На наступний день у реанімації до мене підійшов лікар і на вушко шепче: чому у вас ноги зв'язані? І розв'язав їх»

(учасниця фокус-групи, користувачка крісла колісного).

«Мене під час вагітності супроводжувала лікарка, і я безмежно їй вдячна...»

(учасниця фокус-групи).

«Спілкування з лікаркою протягом усієї вагітності для мене було дуже важливо, відійшли страхи, невпевненість. Я постійно відчувала підтримку, толерантність. Я безмежно вдячна лікарці...»

(учасниця фокус-групи).

«Я переживала під час вагітності, бо приймала постійні ліки, пов'язані зі своїм захворюванням. Але лікарка чітко відкоригувала прийом ліків, і все було добре...»

(учасниця фокус-групи).

Медичні працівники

Практика досвідчених лікарів, які супроводжували вагітність у жінок з комплексними діагнозами (наслідки травм, епілепсія, розсіяний склероз, важкі форми сколіозу), спростовує стереотип про «небажання сімей мати дитину». Навпаки, фахівці відзначають високу вмотивованість і рішучість таких пацієнток та їхнього оточення. Водночас медики вказують на системні виклики: власну потребу в додаткових знаннях під час ведення пологів у жінок з інвалідністю, гостру необхідність у міждисциплінарній взаємодії (із залученням неврологів, психіатрів тощо), а також на негативні наслідки скорочення мережі профільних пологових закладів.

«Жінки приходять, які дуже хочуть народжувати. Що б їм не говорили»
(інтерв'ю з лікаркою).

«Такі жінки та їхні родини вже пройшли «Крим і Рим» і чітко знають, що дитина їм потрібна»
(інтерв'ю з лікаркою).

«Пологи проходили в перинатальному центрі, бо у нас немає пологового відділення. Але ми супроводжували всю вагітність...»
(інтерв'ю з лікаркою).

«Напевно, варто організувати тренінги. Це допоможе лікарям правильно орієнтуватися і знати, як діяти та яку допомогу надавати пацієнтам у різних специфічних ситуаціях. Я особисто до війни відвідував такі тренінги...»
(інтерв'ю з лікарем).

«Хотілося б більш тісної співпраці з профільними спеціалістами: психіатрами, наркологами, особливо коли ми говоримо про допомогу жінкам з психічними порушеннями. Міждисциплінарний супровід, щоб уникнути ризиків – це було б добре»
(інтерв'ю з лікаркою).

Можливі рішення.

Результати дослідження показують необхідність змін на системному, інституційному рівнях та на рівні надавачів послуг для покращення догляду за веденням вагітності у жінок з інвалідністю.

Запровадження до програм підвищення кваліфікації лікарів окремих курсів з ведення вагітності та пологів у жінок із різними формами інвалідності, а також толерантного ставлення до цієї групи пацієнток; забезпечення міждисциплінарної допомоги жінці, яка має стійкі порушення здоров'я, з урахуванням не лише медичних потреб жінки, а й її соціальних потреб; використання телемедицини та цифрових технологій для усунення бар'єрів у веденні вагітності; проведення просвітницьких заходів для жінок з інвалідністю про безкоштовні послуги ведення вагітності та інше.

➔ КРОК 9. Післяпологовий догляд і перебування у стаціонарі

Після пологів жінка перебуває у стаціонарі, де здійснюється післяпологовий догляд і починається догляд за новонародженим. Стаття 9 Конвенції про права осіб інвалідністю гарантує доступність послуг нарівні з іншими, Стаття 23 — право на допомогу у виконанні батьківських обов'язків.

Жінки з інвалідністю, які опиняються у післяпологових відділеннях, можуть стикатися з фізичними бар'єрами, а також залежно від типу пологів (вагінальні пологи чи кесарів розтин) та характеру інвалідності можуть зіткнутись з труднощами гігієни та самодогляду (після епізіотомії), грудного вигодовування та ін.; простежується неналежна система підтримки в перинатальний період.

💬 Опитування жінок

Учасниці фокус-груп наголосили на проблемах у стаціонарних відділеннях. Якщо жінка потрапляє до гінекологічного, післяпологового відділення, нерідко вона опиняється у «пастці»: «вузькі дверні прорізи в палатах не дозволяють проїхати крісло колісному, санвузли не обладнані поручнями, а ліжка не мають спеціальних «гусаків» чи «труб», за допомогою яких жінка могла б самостійно перевернутися чи піднятися».

«Звичайно, ти радієш, що народила... Але потім приходить розгубленість, як себе обійти... Годувати дитину чи штучне вигодовування... Чи зможу встати самостійно...»

(учасниця фокус-групи, пересувається на кріслі колісному).

«Безмежна радість... А потім тривога і безліч думок в голові. Як все організувати, хто буде допомагати... Я не бачу, чоловік — залишковий зір. Батьки будуть допомагати...»

(учасниця фокус-групи).

«Потрібна палата зі спеціальним обладнанням: поручні, рама над ліжком, висота ліжка на рівні крісла колісного, спеціальний ортопедичний матрац»

(побажання учасниці опитування).

✚ Медичні працівники

Медичні працівники вказують на недоступність інфраструктури медичних закладів, діагностичного обладнання; недостатність комунікації між фахівцями, нестабільність протоколів, недостатність знань для подолання ризиків, які з'являються з новими викликами, пов'язаними з війною.

- **22 %** підвищували компетентність щодо клінічних особливостей ведення вагітності та репродуктивного здоров'я при різних нозологіях.
- **40 %** навчалися виявленню та реагуванню на випадки гендерно зумовленого насильства серед жінок з інвалідністю.
- **11 учасників** не проходили навчання і не вбачають у ньому потреби.

«Важливо проведення навчання щодо надання ургентної допомоги жінкам з інвалідністю. Практичне ведення випадків».

«Було б добре послухати лекції про ведення пологів у жінок з порушеннями опорно-рухової системи».

«Вагітність у жінок з травмами спинного мозку має вестись міждисциплінарною командою. Це ідеально, але на практиці не працює. Тому робимо все, що можемо...»

«Як в сучасних умовах забезпечити післяпологовий догляд, наприклад, якщо жінка проживає в селі? Має бути підтримка від держави медичних працівників, а також узгодженість з роботою соціального захисту...»

🌱 **Можливі рішення.**

Ефективний післяпологовий догляд є життєво важливим для покращення як короткострокових, так і довгострокових результатів для здоров'я матері та новонародженого.

Тому важливим є: внесення змін в існуючі протоколи для забезпечення якісного післяпологового супроводу жінок з різними порушеннями; забезпечення доступності післяпологових палат, медичного обладнання; забезпечення безпеки діагностики; проведення навчання для медичних працівників, враховуючи, що «портрет» жінок з різними порушеннями змінився під час війни; міжвідомча координація у впровадженні післяпологової підтримки жінок з інвалідністю.

➡ **КРОК 10. Планування сім'ї, допоміжні репродуктивні технології**

Право планувати сім'ю, обирати контрацепцію, за потреби вдаватися до допоміжних репродуктивних технологій, а також бути в безпеці від насильства є невід'ємним складником репродуктивних прав. Стандарт «Планування сім'ї», пакети медичних послуг

№ 63 і № 71, Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (статті 12, 16, 23), Конвенція про ліквідацію дискримінації щодо жінок і Стамбульська конвенція визначають, що всі ці рішення жінка ухвалює вільно, без примусу й дискримінації, а держава зобов'язана захищати її від насильства. Чинні законодавчо нормативні акти регламентують захист прав жінок з інвалідністю на планування сім'ї, контрацепцію, захист від насильства.

Опитування жінок

Дослідження виявило бар'єри, з якими стикаються жінки з інвалідністю в доступі до ефективних послуг з планування сім'ї, запобігання небажаній вагітності, використання репродуктивних технологій, серед них: фізичні, системні, фінансові, освітні, інформаційні. Бар'єри, з якими стикаються жінки з інвалідністю, відрізняються типом та ступенем порушень та вимагають різних рішень їхнього подолання.

Під час фокус-груп жінки розповідали: доступність інформації про контрацепцію була мінімальною («Мені не могла лікар пояснити, чим я маю користуватись... Я наголошувала на своїх проблемах зі здоров'ям...», «Більшість інформації я знайшла в інтернеті про сексуальне життя, контрацептиви...»).

Дослідження показало, що найуразливішими у вищезазначених питаннях є жінки з інтелектуальними та психосоціальними порушеннями, щодо яких рішення про контрацепцію чи навіть переривання вагітності іноді ухвалюють інші особи — опікуни, родичі або адміністрація закладу.

Загалом 107 учасниць (29 %) — майже кожна третя — так чи інакше стикалися з дискримінаційним ставленням з боку медичного персоналу у сфері репродуктивного здоров'я.

47 % жінок мають загальне уявлення, але не впевнені щодо процедури оскарження своїх прав.

31 % учасниць не оскаржували порушення через страх у майбутньому відчувати негативне ставлення лікарів або брак підтримки з боку рідних.

Обмежений доступ до медичної інформації простою мовою, шрифтом Брайля, збільшеним шрифтом або жестовою мовою. Одним із прикладів системної перешкоди є відсутність навчання медичного персоналу щодо надання якісних послуг жінок з інвалідністю у сфері репродуктивного здоров'я.

Медичні працівники

Медичні працівники вказують на брак інформаційних матеріалів, у тому числі простою мовою, для роз'яснення питань планування сім'ї жінкам з різними порушеннями; на складність роботи без підтримки суміжних фахівців; вони підтверджують, що доступ до допоміжних репродуктивних технологій ускладнюється загальними бар'єрами доступності.

Можливі рішення.

Заходи мають переважно законодавчий та організаційний характер: реформа дієздатності з переходом до підтриманого прийняття рішень; забезпечення доступності інформації та служб захисту; конфіденційні канали звернення та незалежний моніторинг; поширення інклюзивних вимог на пакети допоміжних репродуктивних технологій і закладення гарантій доступності й недискримінації в майбутній профільний закон; навчання медичного персоналу; застосування допоміжних репродуктивних технологій та телемедичних послуг.

Насамкінець слід повторити ключову думку, що об'єднує весь розділ: жоден із виявлених бар'єрів не є фатальним. Кожен бар'єр має відоме, апробоване в Україні або у світі розв'язання, а більшість цих розв'язань є питанням організації, стандартизації, контролю та політичної волі.

Розділ 5.

Проблеми та бар'єри для лікарів

Об'єктивність аналізу вимагає розгляду проблем не лише з боку жінок, а й з боку тих, хто безпосередньо надає їм допомогу. Медичні працівники — лікарі акушери-гінекологи, сімейні лікарі, акушерки та медичні сестри — не є «джерелом» бар'єрів; здебільшого вони самі є заручниками системи. Погляд на маршрут пацієнтки зсередини системи показує, що більшість медиків прагнуть покращити якість надання допомоги. Цей розділ систематизує їхню позицію, спираючись переважно на їхні власні тези та свідчення, і тим самим з'ясовує, які саме прогалини системи потребують усунення передусім.

5.1. Підготовка і компетентності: брак навчання і тренінгів

Одним із найважливіших і водночас найтривожніших висновків опитування медичних працівників є системний брак спеціалізованої підготовки до роботи з пацієнтками з інвалідністю. Дані опитування 107 медичних працівників свідчать:

- 37 учасників не проходили жодного навчання, проте усвідомлюють потребу в ньому;
- 40 учасників навчалися виявленню та реагуванню на випадки гендерно зумовленого насильства серед жінок з інвалідністю;
- 9 медиків проходили навчання щодо розродження та післяпологової реабілітації жінок з інвалідністю.

«Приблизно півтора-два роки тому їздили до Львова на тренінги, але після цього таких навчань не було»

(інтерв'ю з лікаркою).

«Доцільно розробити рекомендації щодо ведення вагітності, контрацепції, скринінгів та допоміжних репродуктивних технологій для жінок з інвалідністю на основі даних доказової медицини»

(інтерв'ю з лікаркою).

Передовий міжнародний досвід розглядає підготовку персоналу як обов'язковий складник доступної послуги. Практична реалізація такого підходу в Україні не потребує створення нових інституцій «з нуля»: відповідні модулі можуть бути інтегровані до

наявної системи безперервного професійного розвитку, а практичні тренінги — проводитися на базі закладів, оснащених відповідним обладнанням, із залученням організацій осіб з інвалідністю як носіїв експертного досвіду. Інвестиція в навчання є однією з найефективніших, адже вона підвищує віддачу від решти вкладень і одночасно змінює культуру взаємодії.

5.2. Статистика

Як показало опитування медичних працівників, лише частина закладів фіксує факт інвалідності пацієнтки в електронній системі охорони здоров'я; ще частина веде загальний облік без такої позначки; а помітна частка медиків узагалі не знає, чи ведеться такий облік. У результаті на рівні системи відсутні дані про те, скільки жінок з інвалідністю звертається, з якими потребами, скільки з них проходить чи не проходить скринінги, скільки стикається з бар'єрами доступу. Форми статистичної звітності, затверджені Міністерством охорони здоров'я України, не містять відомостей про жінок з інвалідністю.

«Ми відображаємо в медичній документації, що це пацієнтка з певним порушенням, вказуємо діагноз, але окремої статистики не ведемо»
(інтерв'ю з лікаркою).

Система «бачить» окрему жінку в окремому кабінеті, але «не бачить» групу жінок з інвалідністю як таку, а отже, не може оцінити її потреби й спланувати відповідь на них. Невидимість у цифрах перетворюється на невидимість у бюджеті, а також унеможливорює моніторинг виконання Україною її міжнародних зобов'язань: без таких даних країна не може ні виміряти, ні довести прогрес у забезпеченні репродуктивних прав жінок з інвалідністю.

Міжнародний підхід до подолання цієї невидимості ґрунтується на застосуванні стандартизованих інструментів вимірювання інвалідності, зокрема короткого набору запитань Вашингтонської групи. Інтеграція таких запитань у медичну статистику й обстеження здоров'я дала б Україні змогу дезагрегувати дані за ознакою інвалідності незалежно від формального статусу групи. Показово, що проблема усвідомлюється й самими медиками, які визнають брак окремого обліку, але вказують на відсутність відповідних інструментів у системі: розв'язання лежить не в площині окремого закладу, а в площині цілеспрямованого рішення на національному рівні.

Подолання «статистичної невидимості» має й інше значення: коли держава починає рахувати певну групу, вона тим самим визнає її існування й потреби, роблячи їх предметом публічної політики.

5.3. Обладнання та інфраструктура — думка лікарів

Одним із найвідчутніших у щоденній практиці бар'єрів медичні працівники називають відсутність універсального обладнання та непристосованість інфраструктури. За даними опитування, універсальне гінекологічне крісло наявне менш ніж у половині закладів, а окремі заклади взагалі не оглядають пацієнток з фізичними порушеннями, скеровуючи їх в інші установи.

Стан гінекологічного обладнання (за оцінками медиків)	Частка закладів
Наявне універсальне крісло	близько 44 %
Лише звичайне крісло; огляд ускладнений	близько 38 %
Пацієнток з порушенням руху не оглядають, скеровують в інші заклади	близько 18 %

Крім медичного обладнання медичні працівники описують і ширшу непристосованість інфраструктури. Те, що медичні працівники відверто кажуть про ці прогалини, свідчить про їхню реальність і гостроту, а свідчення співробітників є надійним джерелом для обґрунтування державної програми закупівлі універсального обладнання та вимог до внутрішньої доступності закладів.

5.4. Проблеми з фінансуванням та специфікаціями пакетів НСЗУ

Медичні працівники відзначають, що специфікації пакетів медичних послуг не завжди відповідають реальним потребам, а тарифи й умови контрактування не завжди враховують додаткові витрати часу й ресурсів, потрібні для надання допомоги пацієнткам з інвалідністю.

Однією з ключових проблем є брак часу на прийом: стандартна тривалість консультації, розрахована на «типового» пацієнта, часто виявляється недостатньою для якісного огляду й вислуховування жінки з інвалідністю. Окремою проблемою є непослідовність щодо телемедицини: лікарі визнають потенціал дистанційних консультацій для пацієнток, яким важко фізично дістатися закладу, проте вказують, що телемедицина передбачена не в усіх релевантних пакетах, а порядок її оплати не завжди чіткий. Медичні працівники порушують і питання незарахування Національною службою здоров'я окремих фактично наданих послуг, що погіршує статистичні показники надавача й може позначатися на можливості контрактування; у поєднанні з жорсткими індикаторами це створює додатковий тиск на заклади, особливо в малих громадах.

Позиція лікарів тут є не «скаргою на державу», а конструктивними рекомендаціями щодо конкретних важелів, які знаходяться у розпорядженні Національної служби здоров'я й Міністерства охорони здоров'я.

Оскільки пакети медичних послуг є фінансовим інструментом, саме через них доступність може бути зроблена обов'язковою й економічно вигідною для закладу.

Усунення цих проблем потребує перегляду специфікацій, тарифів і нормативів часу з урахуванням потреб пацієнток з інвалідністю, запровадження фінансових стимулів до закупівлі інклюзивного обладнання та послідовного закріплення телемедицини.

5.5. Організаційно-системні бар'єри

Однією з провідних проблем медицини називають надмірне навантаження й дефіцит фахівців. Брак акушерів-гінекологів, особливо в сільській місцевості, призводить до збільшення навантаження на наявних лікарів, скорочення часу на кожну пацієнтку та подовження очікування.

Медичні працівники також указують на проблему міждисциплінарної координації, особливо важливу для ведення вагітності в жінок зі складними станами: ведення пацієнтки з неврологічним, психічним чи іншим супутнім порушенням потребує узгодженої роботи кількох фахівців, проте механізми такої координації часто відсутні або працюють нечітко.

**«Хотілося б більш тісної співпраці з профільними спеціалістами:
психіатрами, неврологами»**
(інтерв'ю з лікаркою).

Ще одним організаційним бар'єром є втручання супроводжуючих осіб у процес ухвалення рішень пацієнткою: родич, опікун чи супроводжуючий перебирає на себе комунікацію з лікарем і фактично ухвалює рішення замість самої жінки, зокрема жінки з порушенням слуху (за відсутності перекладача) чи з інтелектуальним порушенням. Це створює для лікаря етично складну ситуацію й безпосередньо пов'язане з проблемою автономії та підтриманого прийняття рішень.

Отже, організаційно-системні бар'єри є структурними за природою: вони не можуть бути усунуті зусиллями медичної спільноти самотужки й потребують рішень на рівні організації системи охорони здоров'я та політики місцевого самоврядування.

5.6. Потреби і пропозиції медичних працівників

Пропозиції, сформульовані медичними працівниками за результатами опитування та інтерв'ю, охоплюють такі напрями:

- розроблення чітких національних настанов, змін до протоколів і стандартів щодо ведення жінок з інвалідністю — окремо для пацієнток із фізичними, неврологічними, сенсорними та інтелектуальними порушеннями;
- збільшення нормативного часу прийому для пацієнток з інвалідністю — рішення, адресоване Національній службі здоров'я, покликане водночас забезпечити фінансовий стимул до доступності та зняти суперечність між якістю допомоги й дотриманням нормативів часу;

- закріплення дотримання державних будівельних норм щодо доступності як обов'язкової умови договору з Національною службою здоров'я за пакетами жіночого здоров'я, що перетворило б доступність із декларації на контрольовану вимогу;
- запуск державної програми закупівлі універсального обладнання — діагностичного, гінекологічних крісел, мамографів і рентген-апаратів та ін., а також облаштування доступних санвузлів відповідно до норм;
- організація системного навчання медичних працівників із фінансуванням від держави або Національної служби здоров'я;
- збереження пологових відділень у районних лікарнях або, за неможливості цього, забезпечення доступу до закладу «від дверей до дверей» — за допомогою пристосованого транспорту й супроводу;
- забезпечення адекватного фінансування й гідної оплати праці медичних працівників, оскільки, як наголошують самі лікарі, точкові, разові заходи не здатні розв'язати системну проблему без належного ресурсного забезпечення.

Розділ 6.

Висновки та рекомендації

Проведене дослідження дало змогу зіставити три рівні — міжнародні зобов'язання України, національний механізм їхньої реалізації та реальний досвід жінок і лікарів — і на цій підставі сформувані цілісну, доказову картину стану реалізації репродуктивних прав жінок з інвалідністю в Україні.

6.1. Ключові висновки

Аналіз свідчить, що нормативно-правова база України у сфері захисту репродуктивних прав жінок з інвалідністю відповідає сучасним міжнародним стандартам. Проте ключовим викликом є неефективність механізму їхньої реалізації.

Системні недоліки фіксуються на:

- рівні національного законодавства (загальні гарантії без адресних, вимірюваних вимог);
- рівні клінічних протоколів (інклюзивна неповнота — відсутність алгоритмів роботи з пацієнтками з інвалідністю);
- рівні пакетів медичних послуг і табелів обладнання (вибіркові, непослідовні вимоги доступності, термінологічний хаос);
- рівні підзаконних актів (термінологічна незгодженість понять і відсутність контролю).

Отже, декларативний характер прав зумовлений саме інституційними прогалинами правозастосування.

Медична система налаштована так, що жінка з інвалідністю ризикує «випасти» з неї на будь-якому етапі свого маршруту. Бар'єри виникають всюди: від інформування та транспорту до умов огляду, ведення вагітності й планування сім'ї. Оскільки всі ці бар'єри взаємопов'язані, вирішення лише однієї проблеми не відкриває доступ до послуги загалом.

Бар'єри у медичному забезпеченні — це наслідок системних прогалин, а не байдужості лікарів. Головними чинниками є невизначеність законодавчого регулювання, недостатня увага до профільної підготовки та підвищення кваліфікації медиків, гостра нестача універсального та адаптованого обладнання, проблеми з фінансуванням медичних установ.

Формування державної політики у сфері репродуктивного здоров'я вимагає модернізації нормативно-правової бази й галузевих стандартів, запровадження дієвих механізмів контролю за їхньою реалізацією, системного підходу до збору

дезагрегованих статистичних даних, а також інтеграції правозахисного підходу щодо жінок з інвалідністю у процеси бюджетного планування.

Головний підсумок дослідження: захист репродуктивних прав жінок з інвалідністю вимагає системного підходу, злагодженої роботи всіх ланок реальної політичної волі, фінансового забезпечення.

6.2. Рекомендації на національному (законодавчому) рівні

Рекомендації цього рівня адресовано Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України та центральним органам виконавчої влади й спрямовано на усунення першопричин розриву між правом і практикою — прогалин у законодавстві та стратегічному регулюванні. Вони є фундаментальними, оскільки без них решта заходів не матиме сталої правової основи.

Привести українське законодавство про дієздатність у відповідність до Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю та Стамбульської конвенції. Держава має замінити систему позбавлення дієздатності моделлю підтриманого прийняття рішень. Це заборонить опікунам чи іншим особам вирішувати питання контрацепції, стерилізації або переривання вагітності замість самої жінки. Закон має чітко гарантувати: будь-яке репродуктивне втручання можливе лише за вільної та поінформованої згоди пацієнтки, незалежно від наявності в неї інвалідності.

Нові закони щодо репродуктивного здоров'я (зокрема щодо допоміжних репродуктивних технологій) мають чітко гарантувати доступність послуг, недискримінацію та право жінок з інвалідністю самостійно приймати рішення. Щоб досягти цього, організації людей з інвалідністю та експерти з питань інвалідності мають постійно супроводжувати та контролювати ці законопроекти на кожній стадії їхнього розгляду в парламенті.

Забезпечити інклюзивність клінічних протоколів і стандартів медичної допомоги. Хоча вони є сучасними з клінічної точки зору, у них цілком відсутні інструкції щодо роботи з пацієнтками з інвалідністю. Водночас варто активніше використовувати міжнародні протоколи (через чинний наказ МОЗ № 751 у редакції наказу № 1422), які вже містять такі правила, — їх слід офіційно затвердити, перекласти й донести до лікарів.

Створити єдиний, юридично закріплений та вимірюваний стандарт доступності медичних послуг. Цей стандарт має діяти на всіх рівнях: від Національної стратегії безбар'єрності до ліцензійних умов та договорів із Національною службою здоров'я. Він має включати чіткі й перевірювані вимоги до фізичного середовища, медичного обладнання, способів комунікації та форматів інформації, а також закріплення інклюзивності як обов'язкової умови для отримання медичної ліцензії з юридичною відповідальністю за невиконання вимог.

Закріпити збір статистичних даних про жінок з інвалідністю на законодавчому рівні. В електронній системі охорони здоров'я та медичній статистиці слід запровадити

обов'язкову дезагрегацію даних за ознакою інвалідності; збирати дані на основі реальних потреб і можливостей людини, зокрема через короткий перелік запитань Вашингтонської групи; використовувати отриману статистику для точного планування, виділення фінансування та моніторингу медичних послуг; забезпечити виконання міжнародних вимог.

Важливо, що більшість пропонованих рекомендацій повністю відповідають міжнародним зобов'язанням, які Україна вже взяла на себе раніше. Це означає, що їхнє впровадження — не просто рекомендація, а безпосередній обов'язок нашої держави за чинними міжнародними договорами. Втілення національних рекомендацій обов'язково має відбуватися в постійному діалозі з організаціями людей з інвалідністю — від етапу розробки рішень до оцінки їхньої ефективності, відповідно до фундаментального принципу «нічого для нас без нас».

6.3. Рекомендації для Міністерства охорони здоров'я та Національної служби здоров'я України

Відмовитися від помилкового розподілу обладнання на «звичайне» та «спеціальне». Натомість слід узаконити чіткі й вимірювані критерії для впровадження універсального медичного обладнання.

Закріпити доступність як обов'язкову, контрольовану умову договору за пакетами жіночого здоров'я. Під час контрахтування медзакладів виконання державних будівельних норм має перевірятися не лише на вході, а й усередині будівлі (кабінети, санвузли, коридори).

Обов'язковими вимогами мають стати також забезпечення перекладу українською жестовою мовою та надання інформації в альтернативних форматах.

Усунути непослідовність інклюзивних вимог у специфікаціях — поширити узгоджені вимоги щодо доступного обладнання, комунікації, інформації, пристосованих ліжок і телемедицини на всі релевантні пакети (амбулаторний, скринінгові, спеціалізовані, допоміжних репродуктивних технологій), а не лише на окремі з них.

Створення стандартів безпечного проведення високотехнологічних методів діагностики для жінок з інвалідністю. Це потребуватиме нормативного врегулювання: питання максимальної тривалості дослідження; кількості залученого персоналу; порядку проведення моніторингу; залучення мультидисциплінарної команди; забезпечення права пацієнтки на супровід.

Одночасно слід уніфікувати термінологію специфікацій, замінивши розмиті назви вичерпними, вимірюваними критеріями інклюзивності.

Переглянути тарифи й нормативи часу з урахуванням потреб пацієнток з інвалідністю — передбачити збільшений нормативний час прийому для таких пацієнток та відповідне тарифне забезпечення.

Проводити оцінку впливу фінансових індикаторів (зокрема щодо мережі пологових закладів) на доступність послуг для вразливих груп перед їхнім запровадженням чи зміною, щоб уникнути ненавмисного погіршення доступу для жінок з інвалідністю в малих громадах.

Розробити й затвердити національні настанови, зміни до протоколів і стандартів щодо ведення жінок з інвалідністю (окремо для пацієнок із фізичними, неврологічними, сенсорними та інтелектуальними порушеннями).

Ці рекомендації перетворюють Міністерство охорони здоров'я та Національну службу здоров'я на ключових суб'єктів практичних змін, здатних забезпечити інклюзивність медичних послуг на рівні всієї держави.

Рекомендації цього рівня доцільно впроваджувати поетапно, починаючи з тих, що дають найбільший ефект за найменших витрат і не потребують тривалої підготовки: це дає змогу продемонструвати швидкі результати, здобути підтримку та створити основу для складніших реформ.

6.4. Рекомендації для органів місцевого самоврядування та громад

Запровадити або розвивати послугу спеціалізованого транспорту «від дверей до дверей» (соціального таксі) для жінок з інвалідністю, що потребують поїздки до закладів охорони здоров'я. Транспортний бар'єр, як показало дослідження, є однією з найгостріших проблем, а його усунення дає найшвидший ефект для найбільшої кількості жінок.

Впроваджувати виїзні форми роботи — мобільні бригади з портативним обладнанням, які наближають послугу безпосередньо до жінки, зокрема в сільській місцевості, прифронтових та віддалених населених пунктах. Це особливо важливо в умовах скорочення мережі закладів і концентрації послуг у великих центрах.

Забезпечити внутрішню доступність комунальних закладів охорони здоров'я. Оскільки багато закладів первинної та вторинної ланки перебувають у комунальній власності, саме органи місцевого самоврядування є відповідальними за їхню доступність і можуть передбачати відповідні кошти в місцевих бюджетах та інвестиційних програмах.

Вдосконалити маршрутизацію на місцевому рівні — широке інформування жінок про їхнє законне право прямого запису до гінеколога без (стаття 35-2 Основ законодавства про охорону здоров'я, наказ МОЗ № 586, умови закупівлі НСЗУ), усунення штучних перешкод на рівні реєстратур, гнучкий графік для пацієнок, які приїжджають здалеку, та пріоритетний запис для маломобільних жінок.

Забезпечити доступну інформацію — поширення зрозумілих, викладених у доступних форматах матеріалів про те, які послуги репродуктивного здоров'я є безоплатними та куди звертатися по допомогу.

Враховувати потреби жінок з інвалідністю під час планування відновлення й ремонту закладів охорони здоров'я — закладати вимоги універсального дизайну та доступного обладнання вже на етапі проєктування.

Заходи на місцевому рівні дають найшвидший результат: більшість із них може бути реалізована в межах поточних повноважень і бюджетів громад за наявності відповідної політичної волі.

Досвід громад, охоплених дослідженням, підтверджує: там, де місцева влада виявила ініціативу, доступ жінок з інвалідністю до послуг відчутно поліпшився. Поширення кращих практик між громадами — зокрема через обмін досвідом і методичну підтримку — є ефективним і недорогим способом підвищення доступності в масштабах країни. Наведені рекомендації слід інтегрувати у стратегічні документи громад — локальні програми, бюджети, інвестиційні плани та стратегії відновлення, — а до планування локальних медичних і соціальних послуг безпосередньо залучати жінок з інвалідністю та організації людей з інвалідністю відповідно до принципу «нічого для нас без нас».

Органам місцевого самоврядування варто розглядати доступність репродуктивних послуг не як окрему політику, а як невіддільну частину загальної стратегії інклюзивної громади.

6.5. Рекомендації для закладів охорони здоров'я

Усунути «внутрішні» бар'єри в межах закладу. Багато з цих заходів не потребують значних коштів і можуть бути реалізовані в порядку поточного облаштування приміщень.

Забезпечити доступність післяпологових і гінекологічних палат, що покращить комфорт та якість надання послуг жінкам з інвалідністю.

Гарантувати конфіденційність та приватність пацієнток, що забезпечує реалізацію їхнього законного права на медичну таємницю. Як показало дослідження, це право часто порушується через низку організаційних причин.

Забезпечити жінкам безпеку й повагу під час медичного огляду. Це вимагає обов'язкової закупівлі універсального та адаптованого медичного обладнання, яке дозволить жінкам з інвалідністю проходити процедури без травматизму, дискомфорту чи приниження гідності.

Впровадити засоби доступної комунікації: організувати переклад українською жестовою мовою, зокрема через сервіси дистанційного відеоперекладу; підготувати друковані та цифрові матеріали в доступних форматах (шрифтом Брайля, великим шрифтом, простою мовою та у форматі легкого читання); збільшити тривалість візиту для пацієнток, які потребують більше часу для комунікації чи огляду.

Впроваджувати корпоративну інклюзивну культуру, взаємоповагу та недопущення дискримінаційних проявів усередині медичного колективу.

Інформаційно-просвітницька робота має охоплювати всі категорії працівників — лікарський склад, середній та молодший медичний персонал, співробітників реєстратури.

Доцільним є визначення в кожному закладі відповідальної особи, яка б координувала відповідні заходи і взаємодіяла за потреби з організаціями осіб з інвалідністю.

Рекомендації для закладів охорони здоров'я є тим рівнем, на якому системні вимоги перетворюються на реальний, відчутний для жінки досвід. Попри залежність від рішень вищих рівнів, заклад має значний простір для самостійних дій, а його керівництво відіграє вирішальну роль, задаючи стандарти й культуру, яких дотримується персонал.

6.6. Освіта медичних працівників та подолання упереджень

Інтегрувати інклюзивні компетентності до програм додипломної медичної освіти. Це забезпечить те, що нові покоління лікарів, акушерок і медичних сестер здобуватимуть відповідні знання від початку професійного шляху.

Запровадити регулярні практичні тренінги в межах системи безперервного професійного розвитку — ведення вагітності й пологів у жінок з інвалідністю, спілкування з пацієнтками з різними порушеннями та інші. Ключовим є системний, а не разовий характер такого навчання та його фінансування державою або Національною службою здоров'я: поодинокі курси, як показало дослідження, не вирішують проблеми, адже не охоплюють більшість персоналу й не мають продовження.

Залучати організації осіб з інвалідністю та самих жінок з інвалідністю до проведення навчання відповідно до принципу «нічого для нас без нас».

Проводити інформаційно-просвітницьку роботу, спрямовану на подолання суспільних упереджень щодо сексуальності й материнства жінок з інвалідністю. Просвіта, орієнтована як на медичну спільноту, так і на широку громадськість, є довгостроковим, але необхідним заходом зміни стереотипів.

Забезпечити доступ дівчат і жінок з інвалідністю до статевої та просвітницької освіти в доступних форматах, зокрема для осіб з інтелектуальними порушеннями та для тих, хто перебуває в інтернатних закладах.

Розробляти й поширювати методичні матеріали для медичних працівників — практичні посібники щодо ведення пацієнток з різними порушеннями.

Освітній напрям, попри те що його ефект проявляється поступово, є фундаментальним: він формує людський капітал і культуру, без яких системні та інфраструктурні зміни не дають повного результату.

6.7. Моніторинг, збір даних та подальші кроки

Завершальний блок рекомендацій стосується забезпечення сталості й підзвітності змін — збору даних, моніторингу та подальших досліджень. Без цих інструментів навіть найкращі рішення ризикують залишитися одноразовими й невимірюваними, а прогрес — недоказовим.

Запровадити систематичний збір дезагрегованих за ознакою інвалідності даних у сфері репродуктивного здоров'я — інтеграцію відповідних даних до електронної системи охорони здоров'я та форм медичної звітності на основі функціонального підходу.

Запровадити регулярний моніторинг доступності закладів охорони здоров'я та якості послуг для жінок з інвалідністю із залученням незалежних суб'єктів, зокрема організацій осіб з інвалідністю. Його результати мають бути публічними й використовуватися для коригування політики.

Встановити вимірювані цільові показники (індикатори) щодо доступності послуг репродуктивного здоров'я для жінок з інвалідністю.

Проводити подальші дослідження, зокрема з охопленням найбільш ізольованих груп («вразливих серед вразливих»), які могли залишитися поза межами цього дослідження через його онлайн-характер. Це дасть змогу уточнити картину, відстежувати динаміку й оцінювати вплив упроваджених заходів.

Забезпечити участь жінок з інвалідністю в ухваленні рішень, що їх стосуються, на всіх рівнях — від планування послуг у громаді до формування національної політики.

Підсумовуючи весь звіт, слід повторити його головну думку: жінки з інвалідністю не потребують особливого ставлення чи «спеціальних умов» — вони потребують доступу нарівні з іншими до реалізації своїх репродуктивних прав.

Україна має для цього повний набір міжнародних зобов'язань і достатню правову основу; бракує лише конкретних національних механізмів їхньої реалізації.

Реалізація викладених рекомендацій дала б змогу перетворити задекларовані права на реальну можливість для кожної жінки з інвалідністю берегти своє здоров'я, ставати матір'ю й жити з гідністю — незалежно від характеру порушень, місця проживання чи життєвих обставин.

Це є не лише правовим обов'язком держави, а й мірилом зрілості й людяності суспільства загалом.

Додатки

Додаток 1.

Ключові міжнародні документи, використані у звіті

1. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (статті 6, 9, 12, 16, 21, 22, 23, 25). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71
2. Загальний коментар № 3 (2016) Комітету ООН з прав осіб з інвалідністю щодо жінок і дівчат з інвалідністю. URL: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FGC%2F3
3. Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (статті 10, 12, 16). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207
4. Загальна рекомендація № 24 Комітету ООН з ліквідації всіх форм дискримінації щодо жінок «Жінки і здоров'я». URL: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2FCEDAW%2FGEC%2F4738
5. Спільна заява Комітету ООН з прав осіб з інвалідністю та Комітету ООН з ліквідації дискримінації щодо жінок «Гарантування сексуального та репродуктивного здоров'я і прав усіх жінок, зокрема жінок з інвалідністю» від 29 серпня 2018 року. URL: <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX>
6. Програма дій Міжнародної конференції з питань народонаселення й розвитку (Каїр, 1994). URL: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf
7. Пекінська декларація і Платформа дій (1995). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_507
8. Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року (завдання 3.7 і 5.6). URL: <https://www.undp.org/uk/ukraine/publications/peretvorennya-nashoho-svitu-poryadok-dennyu-u-sferi-staloho-rozvytku-do-2030-roku>
9. Конвенція Ради Європи про запобігання насильству щодо жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами (Стамбульська конвенція), стаття 39. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_001-11
10. Керівна записка ВООЗ і UNFPA щодо сприяння сексуальному й репродуктивному здоров'ю осіб з інвалідністю; настанови програми UNFPA «Ми вирішуємо». URL: <https://www.unfpa.org/wedecide>
11. Настанова Фонду ООН у галузі народонаселення та Women Enabled International «Жінки та молоді особи з інвалідністю: настанови щодо надання правозаснованих і гендерно чутливих послуг з реагування на гендерно зумовлене насильство та

забезпечення сексуального і репродуктивного здоров'я і прав». URL: <https://www.unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities>

12. Адвокаційна записка «Інвалідність і право на тілесну автономію» Фонду ООН у галузі народонаселення та Women Enabled International. URL: <https://www.unfpa.org/resources/advocacy-brief-disability-and-right-bodily-autonomy>
13. Доповідь Спеціального доповідача ООН з питань прав осіб з інвалідністю (2017 рік), присвячена сексуальному й репродуктивному здоров'ю дівчат і молодих жінок з інвалідністю. URL: <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/a72133-sexual-and-reproductive-health-and-rights-girls-and-young-women>
14. Настанови Міжнародної федерації гінекології та акушерства (FIGO) щодо згоди на стерилізацію; передові стандарти доступного медичного діагностичного обладнання; інтегроване визначення сексуального й репродуктивного здоров'я і прав (Комісія Guttmacher-Lancet, 2018). URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30293-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30293-9/fulltext)

Додаток 2. Перелік протоколів і стандартів

Чинні медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги у сфері репродуктивного здоров'я згруповано за напрямками.

І. ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА ЗАГАЛЬНА ГІНЕКОЛОГІЯ

1. Стандарт медичної допомоги «Планування сім'ї», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2025 № 1408;
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.04.2016 № 353;
3. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.07.2022 № 1218;
4. Стандарти медичної допомоги «Аномальні вагінальні виділення», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.12.2022 № 2264;
5. Стандарти медичної допомоги «Лейоміома матки», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.01.2023 № 147;
6. Стандарти медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого тазу», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.05.2023 № 928.

II. ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ

7. Стандарт медичної допомоги «Сифіліс», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.04.2023 № 743.

III. ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕНЬ

8. Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09.08.2022 № 1437;
9. Стандарти медичної допомоги «Ектопічна вагітність», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.09.2022 № 1730;
10. Стандарт медичної допомоги «Нудота і блювання під час вагітності. Надмірне блювання вагітних», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.04.2025 № 667;
11. Стандарт медичної допомоги «Спонтанний викидень (спонтанний аборт)», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.09.2025 № 1400;
12. Стандарт медичної допомоги «Передчасний розрив плідних оболонок», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.08.2023 № 1533;
13. Стандарт медичної допомоги «Затримка росту плода», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.10.2023 № 1718;
14. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2022 № 151.

До цього блоку долучаються стандарти щодо переривання вагітності:

15. Стандарт медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04.08.2023 № 1401;
16. Стандарт медичної допомоги «Медичний аборт (у терміні від 12 до 22 тижнів)», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.02.2024 № 170.

IV. ПОЛОГИ І ПРОФІЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПЕРЕДАЧІ ІНФЕКЦІЙ

17. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2022 № 170;

18. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.01.2022 № 8;
19. Стандарти медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.04.2022 № 692.

V. ОНКОЛОГІЧНИЙ СКРИНІНГ І ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

20. Стандарт медичної допомоги «Рак шийки матки», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 07.07.2025 № 1075;
21. Стандарт медичної допомоги «Злоякісні новоутворення тіла матки», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30.09.2023 № 1713;
22. Стандарт медичної допомоги «Скринінг раку шийки матки. Ведення пацієнток з аномальними результатами скринінгу та передраковими станами шийки матки», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.06.2024 № 1057;
23. Стандарт медичної допомоги «Доброякісні захворювання молочних залоз. Тактика ведення аномальних результатів обстеження молочних залоз», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.03.2025 № 535.

**НАЦІОНАЛЬНА АСАМБЛЕЯ
ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ УКРАЇНИ**

01054, м. Київ, вул. Рейтарська, 8/5А, к. 110

Телефон: +380 44 279 6182

E-mail: office-naiu@ukr.net

Сайт: www.naiu.org.ua

