

УДК 342.7+342.6

А.В. Басалаєва

Державна політика у сфері охорони жіночого здоров'я: виклики і проблеми реалізації

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Україна

Ukrainian Journal Health of Woman. 2026. 2(183): 54-64; doi: 10.15574/HW.2026.2(183).5464

For citation: Basalaieva AV. (2026). Public policy in the field of women's health: challenges and implementation issues. Ukrainian Journal Health of Woman. 2(183): 54-64. doi: 10.15574/HW.2026.2(183).5464

Демографічна криза, зростання рівня поширеності ендокринних, онкологічних, психічних і репродуктивних захворювань серед жінок, а також наслідки повномасштабної війни в Україні актуалізують питання підвищення ефективності участі громадян в управлінні державними та публічними справами при формуванні державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я. В Україні правове регулювання цієї сфери залишається фрагментарним і переважно орієнтованим на репродуктивне здоров'я, що звужує підходи до охорони ендокринного, психічного, онкологічного і вікового здоров'я жінок.

Мета — визначити ключові проблеми реалізації державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я; оцінити їхній вплив на виконання державою позитивних зобов'язань щодо забезпечення доступної, якісної медичної допомоги жінкам, дотримання державою принципу належного урядування.

Методологічну основу становили міждисциплінарний і комплементарний підходи із застосуванням формально-юридичного, системно-структурного, порівняльно-правового, герменевтичного методів і методу правового моделювання. Проаналізовано положення Конституції України, міжнародні акти у сфері прав людини, практику Європейського суду з прав людини, законодавство України, офіційні статистичні дані та зарубіжний досвід формування політики у сфері охорони жіночого здоров'я. Виявлено ключові проблеми української моделі: нормативну фрагментарність, домінування репродуктоцентричного підходу, недостатню інтеграцію ендокринологічної допомоги, територіальну нерівність доступу до медичних послуг і відсутність спеціалізованої стратегії охорони жіночого здоров'я. Порівняльно-правовий аналіз свідчить, що ефективні зарубіжні моделі базуються на комплексному підході, який охоплює профілактику, ранню діагностику, гендерно чутливе врядування та участь жінок у формуванні політики охорони здоров'я.

Висновки. Обґрунтовано необхідність переходу від фрагментарної моделі державної політики охорони жіночого здоров'я до комплексної, заснованої на принципах належного врядування, гендерної чутливості і реальної доступності медичної допомоги. Пріоритетними напрямками визначено: нормативне закріплення охорони жіночого здоров'я як окремого напрямку державної політики, розроблення національної стратегії охорони жіночого здоров'я, інтеграцію ендокринологічної та психіатричної допомоги, посилення участі жінок у виробленні рішень і забезпечення безперервності медичної допомоги в умовах воєнного стану і повоєнного відновлення.

Авторка заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: жіноче здоров'я, охорона здоров'я, державна політика, право на участь в управлінні державними справами, публічні справи, принцип належного урядування.

Public policy in the field of women's health: challenges and implementation issues

A. V. Basalaieva

Taras Shevchenko National University of Kyiv, Ukraine

Demographic decline, the increasing prevalence of endocrine, oncological, mental health, and reproductive disorders among women, as well as the consequences of the full-scale war in Ukraine, have intensified the need to enhance the effectiveness of citizens' participation in the management of state and public affairs in the process of shaping public policy on women's health. In Ukraine, the legal regulation of this area remains fragmented and is predominantly focused on reproductive health, which narrows the approaches to the protection of women's endocrine, mental, oncological, and age-related health.

Aim — to identify the key challenges in the implementation of public policy on women's health; to assess their impact on the State's fulfilment of its positive obligations to ensure accessible and high-quality healthcare for women; and to evaluate compliance with the principle of good governance in this field.

The methodological framework of the study is based on interdisciplinary and complementary approaches, employing formal-legal, systemic-structural, comparative-legal, hermeneutic, and legal modelling methods. The study analyses the provisions of the Constitution of Ukraine, international human rights instruments, the case law of the European Court of Human Rights, Ukrainian legislation, official statistical data, and foreign experience in the development of women's health policies. The research identifies the key shortcomings of the Ukrainian model, including regulatory fragmentation, the predominance of a reproductive-centred approach, insufficient integration of endocrinological care, territorial inequalities in access to healthcare services, and the absence of a specialised women's health strategy. Comparative legal analysis demonstrates that effective foreign models are based on a comprehensive approach encompassing prevention, early diagnosis, gender-sensitive governance, and the participation of women in health policy-making.

Conclusions. The study substantiates the necessity of transitioning from a fragmented model of public policy on women's health to a comprehensive model based on the principles of good governance, gender sensitivity, and genuine accessibility of healthcare services. The priority directions identified include: the formal recognition of women's health protection as a distinct area of public policy; the development of a National Women's

Health Strategy; the integration of endocrinological and mental healthcare services; the strengthening of women's participation in decision-making processes; and ensuring the continuity of healthcare provision during martial law and post-war recovery.

The author declares no conflict of interest.

Keywords: women's health, healthcare, public policy, right to participate in the management of state affairs, public affairs, principle of good governance.

Вступ

Питання формування і реалізації державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я є актуальним з огляду на демографічну кризу, зростання рівня поширеності ендокринних, онкологічних, аутоімунних і репродуктивних захворювань серед жінок, старіння населення, поглиблення соціально-економічної нерівності у доступі до якісних медичних послуг [27]. У демократичних державах світу проблема жіночого здоров'я перестала перебувати винятково у фокусі медицини – дедалі більше вона постає як складова конституційного обов'язку держави щодо забезпечення людської гідності, рівності, недискримінації, права кожного на охорону здоров'я і належного врядування. Жіноче здоров'я має стратегічне значення для національної безпеки держави, оскільки безпосередньо впливає на демографічну стійкість держави, рівень соціальної згуртованості, економічну продуктивність і спроможність системи публічного управління забезпечувати людський розвиток. Актуальною ця проблематика є для держав, на території яких ведуться воєнні дії, а також для держав, які перебувають чи перебуватимуть у стані постконфліктного відновлення, де погіршення доступу до якісних медичних послуг (зокрема, через велику кількість лікарів, які перемістилися в інші країни, рятуючись від війни, або перебувають в окупації, загинули), руйнування медичної інфраструктури, вимушене переміщення населення, психотравматичний досвід, зростання рівня ендокринних захворювань, репродуктивних дисфункцій і гендерно зумовленого насильства суттєво підвищують навантаження на систему охорони здоров'я.

Не менш важливим є і те, що в більшості демократичних держав світу, у т.ч. в Україні, немає цілісної концепції державної політики саме у сфері охорони жіночого здоров'я. Існуюче нормативно-правове регулювання здебільшого є фрагментарним, розпорошеним по різних нормативно-правових актах (від законів як актів парламенту держави до підзаконних нормативно-правових актів) та сфокусованим переважно на регулюванні суспільних відносин, які виникають при забезпеченні репродуктивних прав жінок, що звужує розуміння

жіночого здоров'я до акушерсько-гінекологічного поняття і не охоплює проблеми ендокринного здоров'я, кардіоваскулярних ризиків, ментального здоров'я, аутоімунних захворювань, онкологічного скринінгу тощо, їхнього впливу на працездатність, політичну і соціальну активність жінок. Така нормативно-правова фрагментарність суперечить сучасному підходу до прав людини, відповідно до якого, держава зобов'язана забезпечувати не лише формальну доступність медичної допомоги, але і її фактичну ефективність, безперервність, своєчасність і недискримінаційність.

Науково-практичну значущість проблеми посилює й відсутність чіткого визначення меж позитивних конституційних обов'язків держави у сфері охорони жіночого здоров'я. У сучасній юридичній доктрині відкритим залишається питання, чи охоплюють такі обов'язки лише фінансування базових медичних послуг, чи ще й ранню діагностику ендокринних порушень, профілактичні програми, забезпечення доступу до інноваційної терапії, охорону репродуктивного здоров'я, спеціальні програми для жінок у періоди вагітності, післяпологового відновлення, а також підтримку жінок, які постраждали від війни, внутрішнього переміщення або насильства. Недостатньо дослідженим залишається питання співвідношення соціальної функції держави з принципами належного врядування, зокрема, юридичної визначеності, підзвітності, прозорості прийняття рішень та участі жінок у формуванні політики у сфері охорони здоров'я.

Наукові праці, дотичні до проблематики державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я, доцільно умовно поділити на декілька взаємопов'язаних груп залежно від предмета дослідження, рівня правового аналізу і ступеня уваги до забезпечення державою права на охорону здоров'я жінок.

Першу групу становлять дослідження, присвячені конституційним і міжнародно-правовим стандартам права на охорону здоров'я, позитивним обов'язкам держави та юридичній природі права на здоров'я як соціального права людини. У зарубіжній доктрині особлива увага приділяється формуванню міжнародних стандартів репродуктивного здоров'я, межах втручання держави, а також

обов'язкам держави щодо поваги, захисту і забезпечення відповідних прав. Значний внесок у формування цього напрямку зробив L. Berro Pizzarossa [2,3], здійснивши комплексне дослідження конституційних моделей закріплення репродуктивного здоров'я у світі та встановивши істотну неоднорідність рівня конституційних гарантій у різних правових системах. Дослідник обґрунтував, що сучасна держава не може обмежуватися декларативним визнанням права на здоров'я, а має створювати реальні інституційні механізми його реалізації, зокрема, профілактичні, інформаційні й медичні заходи.

Важливе значення для формування правового підходу до меж обов'язків держави має підхід, відповідно до якого, охорона репродуктивного здоров'я визнається основним зобов'язанням держави, тобто мінімальним ядром зобов'язань, що підлягає забезпеченню навіть в умовах фінансових, політичних або гуманітарних криз. У рішеннях Європейського суду з прав людини дедалі більшої ваги набуває підхід, за яким, право на жіноче здоров'я розглядається у взаємозв'язку з людською гідністю, автономією особи, недискримінацією, доступом до інформації та рівністю доступу до медичних послуг (наукові праці О. Васильченко, Л. Дешко, Т. Слінько та ін. [8,9,17,24]).

Другу групу становлять праці, присвячені державній політиці у сфері репродуктивного і жіночого здоров'я, механізмів її реалізації та організаційно-правовим аспектам функціонування системи охорони здоров'я. Українські дослідники Д. Белов і М. Белова [1], Н. Парамонов [15], В. Чечерський [7] звернули увагу на кризовий стан репродуктивного здоров'я населення України та обґрунтовують необхідність міжгалузевої державної політики, спрямованої на профілактику, сімейне планування, доступність медичних послуг і збереження репродуктивного потенціалу населення. Водночас дослідження концентрувалися переважно на організаційно-управлінських і демографічних аспектах, залишаючи недостатньо розкритими конституційні межі обов'язків держави та стандарти належного врядування у цій сфері. Проблематику державного регулювання системи охорони здоров'я поглиблено аналізували також С. Булеца і В. Заборовський [5,6], які досліджували принципи, механізми та інструменти державного регулювання сфери охорони здоров'я. Однак у таких роботах питання жіночого здоров'я зазвичай не виокремлювалися як автономний об'єкт державної політики, а розгля-

далися в загальному контексті реформування медичної галузі.

Третю групу становлять праці, присвячені репродуктивним правам, автономії пацієнта та співвідношенню публічних і приватних інтересів у сфері охорони жіночого здоров'я. Українські науковці С. Цебенко [18], М. Щирба [16], М.М. Бліхар, І.М. Жаровська, Б.Б. Шандра, О.С. Заяць [4] досліджували проблему співвідношення державного регулювання та автономії жінки у сфері репродуктивного здоров'я, обґрунтувавши необхідність пошуку балансу між публічним інтересом, медичними протоколами та правом жінки на самостійне прийняття рішень щодо власного тіла. Водночас акцент у цих працях переважно змістився на сферу репродуктивних процедур, допоміжних репродуктивних технологій і біоетичних дилем, тоді як проблема державної політики щодо жіночого здоров'я в ширшому вимірі фактично залишилася поза увагою.

У сучасній зарубіжній літературі також посилюється увага до стандартизації політики у сфері охорони жіночого здоров'я та впливу політичних рішень на доступ до якісних медичних послуг. Х. Загель, Р. Хан, А.Е. Ключе, М. Тамакоші, М. Гедекке. довели, що сучасна політика держав у цій сфері має багаторівневий характер і передбачає не лише медичне забезпечення, але й нормативно-правове регулювання доступу до послуг, бюджетну політику, інституційні гарантії та механізми підтримки жінок [28]. Водночас навіть ці дослідження переважно концентрувалися на репродуктивній складовій та не ставили питання про конституційні межі позитивних обов'язків держави щодо охорони жіночого здоров'я в ширшому розумінні, зокрема, ендокринні, психоемоційні та інші аспекти здоров'я жінок.

Попри значний масив наукових праць, слід констатувати, що у вітчизняній і зарубіжній літературі немає комплексного наукового дослідження державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я саме крізь призму меж позитивних обов'язків держави і стандартів належного врядування. Наявні роботи або зосереджені на окремих питаннях (репродуктивних правах, материнстві, біоетиці, цифровій медицині, доступі до послуг), або аналізують медичні реформи (наприклад, праці С. Булеца, Л. Дешко, В. Заборовського та ін. [5,6,9]). Недостатньо дослідженим залишається питання, чи включають конституційні обов'язки держави забезпечення ранньої діагностики ендокринних порушень, профілактичних програм, спеціалізованої підтримки

жінок у різні вікові періоди, а також механізмів участі самих жінок у формуванні рішень у сфері охорони здоров'я. Саме зазначені прогалини зумовлюють необхідність комплексного міждисциплінарного дослідження заявленої проблематики.

Мета дослідження – визначити ключові проблеми реалізації державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я; оцінити їхній вплив на виконання державою позитивних зобов'язань щодо забезпечення доступної, якісної медичної допомоги жінкам, дотримання державою принципу належного урядування.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання дослідження:

- встановити правову природу державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я та її місце в системі позитивних зобов'язань держави щодо забезпечення права на охорону здоров'я;
- визначити зміст і межі позитивних зобов'язань держави у сфері охорони жіночого здоров'я крізь призму практики Європейського суду з прав людини та міжнародних стандартів захисту прав людини;
- виявити бар'єри реалізації державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я в Україні;
- оцінити рівень інтеграції ендокринологічної допомоги до системи державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я;
- здійснити порівняльно-правовий аналіз моделей державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я в окремих зарубіжних державах із метою виявлення інституційних механізмів, придатних для адаптації в Україні;
- з'ясувати роль участі жінок у формуванні державної політики у сфері охорони здоров'я як гарантії реалізації права на охорону здоров'я та забезпечення фактичної гендерної рівності;
- визначити напрями вдосконалення нормативно-правових та інституційних механізмів забезпечення державної політики у сфері жіночого здоров'я в Україні в умовах воєнного стану та повоєнного відновлення.

Методологічну основу дослідження становить міждисциплінарний і комплементарний підхід, що передбачає інтеграцію конституційно-правових, медико-правових та інших аспектів охорони жіночого здоров'я. Такий підхід зумовлений комплексною природою предмета дослідження, оскільки державна політика у сфері охорони жіночого здоров'я не обмежується винятково медичним забезпеченням, а охоплює систему

конституційно-правових гарантій, інституційних механізмів, бюджетних рішень, регламентованих національним законодавством адміністративних процедур, міжнародних зобов'язань і стандартів належного врядування. Саме застосування різних наукових підходів дає змогу об'єктивно аналізувати межі позитивних зобов'язань держави щодо забезпечення права жінок на охорону здоров'я.

Діалектичний метод застосовано для виявлення внутрішніх суперечностей у державній політиці щодо охорони жіночого здоров'я, зокрема, між обсягом позитивних зобов'язань держави та її фінансовою спроможністю, між правом кожного на доступ до якісної медичної допомоги та фактичною нерівністю (соціальною, економічною), а також між дискрецією органів публічної влади і вимогою правової визначеності у сфері реалізації права на охорону здоров'я. Формально-юридичний метод використано для аналізу нормативно-правових актів, що регламентують державну політику у сфері охорони жіночого здоров'я, зокрема, положення конституції держави, законів держави про охорону здоров'я та підзаконних нормативно-правових актів, нормативно-правових актів у сфері репродуктивного здоров'я, ендокринологічної допомоги, профілактики онкологічних захворювань, материнського здоров'я, психічного благополуччя жінок, а також нормативно-правових актів, що регулюють публічне управління у сфері медицини. Системно-структурний метод застосовано для визначення місця державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я в загальному механізмі забезпечення права на охорону здоров'я та для характеристики взаємозв'язку її окремих елементів: профілактики, ранньої діагностики, лікування, реабілітації, медичного супроводу, фармацевтичного забезпечення, цифрових медичних сервісів, інфраструктури та механізмів державного фінансування. Порівняльно-правовий метод використано для аналізу моделей державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я в іноземних державах і практик нормативно-правового забезпечення доступу жінок до медичних послуг, зокрема, у сфері ендокринологічного, репродуктивного, онкологічного та ментального здоров'я. Це дало змогу оцінити межі дискреції держав, моделі фінансування, стандарти скринінгових програм, підходи до профілактичної медицини, а також інституційні механізми забезпечення гендерно чутливої державної політики у сфері охорони здоров'я. Метод право-

вого моделювання застосовано у формуванні пропозицій щодо вдосконалення державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я, зокрема, у частині нормативного закріплення стандартів належного врядування, гарантій рівного доступу до медичної допомоги.

Аксіологічний і біоетичний підходи використано для дослідження охорони жіночого здоров'я як складової людської гідності, фізичної автономії та реалізації принципу рівності. Їх застосування дало змогу оцінити допустимі межі державного втручання у сферу репродуктивного, ендокринного та психоемоційного здоров'я жінки, а також визначити співвідношення між публічним інтересом, демографічною політикою держави та автономією особи в прийнятті рішень щодо власного здоров'я.

Практику міжнародних судових і квазісудових інституцій проаналізовано із застосуванням методу юридичної герменевтики, що дало змогу інтерпретувати стандарти позитивних обов'язків держави у сфері охорони здоров'я, сформовані в рішеннях міжнародних судових установ.

Матеріали дослідження: міжнародні акти у сфері прав людини та охорони здоров'я, національне законодавство України, офіційні статистичні дані щодо стану жіночого здоров'я, демографічних процесів, поширеності ендокринних, онкологічних і репродуктивних захворювань, аналітичні матеріали міжнародних організацій, наукові праці українських і зарубіжних дослідників.

Правова природа державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я та її місце в системі позитивних обов'язків держави

Правова природа державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я не зводиться до сукупності медичних програм, організаційних заходів або декларативних соціальних пріоритетів. Така політика є формою реалізації позитивних обов'язків держави щодо забезпечення права на охорону здоров'я, закріпленого у ст. 49 Конституції України [25], а також міжнародно-правових зобов'язань у сфері прав людини. Її зміст визначається не політичною доцільністю, а імперативом гарантування реальної, якісної, а не формальної доступності медичної допомоги жінкам на всіх етапах життя, у т.ч. у питаннях репродуктивного, ендокринного, психічного і геріатричного здоров'я. Саме тому державну політику в цій сфері слід розглядати як детермінований нормами Основного закону держави напрям діяльності публічної влади, спрямований

на усунення нерівності в доступі до медичних послуг, профілактики, діагностики і лікування.

Конституційна природа права на охорону здоров'я передбачає, що держава не обмежується роллю «нейтрального спостерігача» за відносинами між пацієнтом і системою охорони здоров'я. Навпаки, на неї покладено обов'язок створення інституційних, фінансових, організаційних і нормативно-правових передумов для ефективного доступу до медичних послуг. Тому жіноче здоров'я не можна розглядати як вузькоспеціалізований напрям політики охорони здоров'я, оскільки воно безпосередньо пов'язане з демографічною безпекою держави, збереженням людського потенціалу, забезпеченням репродуктивної функції суспільства, попередженням передчасної смертності та інвалідизації. Особливої ваги це набуває в умовах воєнного стану, коли погіршення доступу до медичних послуг, вимушене переміщення, стрес, ендокринні порушення і зростання гендерно зумовленого насильства створюють ризики для здоров'я жінок.

Водночас право на охорону здоров'я в сучасній правовій доктрині дедалі частіше тлумачиться через доктрину позитивних обов'язків держави. У практиці Європейського суду з прав людини сформовано усталений підхід, відповідно до якого, відповідальність держави може наставати не лише внаслідок прямого втручання у права особи, але й у разі неспроможності системи охорони здоров'я забезпечити реальний і своєчасний доступ до медичної допомоги. У рішенні «Лопес де Суза Фернандес проти Португалії» [13] Суд наголосив, що держава зобов'язана створити таку регуляторну й організаційну систему, яка здатна забезпечити захист життя і фізичної недоторканності пацієнтів, у т.ч. запобігання системним дисфункціям у сфері медичного забезпечення. Аналогічно у справах «Tysięc проти Польщі» [11] та «R.R. проти Польщі» [12] Суд констатував, що формальна наявність правових гарантій не відповідає вимогам Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, якщо відсутні ефективні механізми фактичного доступу жінок до медичних послуг і своєчасної діагностики. За таких умов обов'язок держави у сфері охорони жіночого здоров'я охоплює забезпечення доступності профілактичних скринінгових програм, ранньої діагностики онкологічних та ендокринних захворювань, акушерсько-гінекологічної допомоги, медичного супроводу вагітності, лікування безпліддя, охорони ментального здоров'я

і реабілітації. За відсутності належних інституційних механізмів відповідні конституційні гарантії набувають декларативного характеру.

Особливістю державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я є її комплексний міжгалузевий характер. Така політика охоплює різні сфери суспільних відносин, які регулюються нормами різних галузей права. Звідси випливає, що конституційний обов'язок держави не може бути виконаний лише шляхом забезпечення функціонування системи лікування, але й охоплює превентивну діяльність, формування стандартів належного врядування у сфері охорони здоров'я, забезпечення бюджетної спроможності медичних гарантій, подолання нерівності в доступі до послуг, а також недопущення дискримінаційних бар'єрів, пов'язаних із віком, місцем проживання, станом здоров'я, соціальним статусом або перебуванням у зоні бойових дій.

При цьому концепція позитивних обов'язків держави не означає необмеженої дискреції органів влади у визначенні пріоритетів державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я. Демократична держава пов'язана вимогами дотримання принципів пропорційності, недискримінації, правової визначеності й належного врядування. Це означає, що рішення щодо скорочення програм профілактики, обмеження фінансування програм жіночого здоров'я, територіальної недоступності медичних послуг або фактичного перекладання витрат на пацієнток слід оцінювати крізь призму відповідності позитивному обов'язку держави забезпечити реальну ефективність права на охорону здоров'я. Особливо це стосується ендокринологічної допомоги жінкам, з огляду на значне поширення захворювань щитоподібної залози, порушень репродуктивної ендокринної системи, метаболічних розладів і гормонозалежних станів, які нерідко залишаються поза належним пріоритетом державної політики.

Так, саме жінки становлять групу підвищеного ризику щодо тиреоїдної патології, гормонально зумовлених репродуктивних порушень, метаболічних синдромів та ендокринних розладів, пов'язаних із вагітністю і фертильністю. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, захворювання щитоподібної залози в жінок діагностуються у 5–8 разів частіше, ніж у чоловіків, а ризик розвитку гіпотиреозу, аутоімунного тиреоїдиту та йододефіцитних станів суттєво зростає під час вагітності та в післяпологовий період [26].

Значна частина ендокринних порушень у жінок безпосередньо впливає на реалізацію репродуктивної функції. Порушення тиреоїдної регуляції, синдром полікістозних яєчників, інсулінорезистентність, гіперпролактинемія та інші гормональні дисфункції є одними з найпоширеніших причин жіночого безпліддя. Українська система охорони здоров'я фактично визнає масштаб проблеми через розширення державної програми лікування безпліддя із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій: лише протягом 2024 р. понад 977 жінок скористалися безоплатною державною програмою, а 368 вагітностей були підтверджені після лікування; у 2025 р. кількість пацієнток перевищила 3000 осіб [14]. Такі показники свідчать про істотний суспільний попит на медичну допомогу у сфері репродуктивного здоров'я та водночас вказують на значний прихований масштаб ендокринно зумовлених репродуктивних порушень.

У цьому контексті недостатньою видається модель державної політики, у якій ендокринологічна допомога жінкам розглядається переважно як вузькоспеціалізований клінічний напрям, а не як складова системи забезпечення конституційного права на охорону здоров'я та демографічної безпеки держави. Відсутність належної системи раннього скринінгу тиреоїдних і репродуктивно-ендокринних порушень, нерівномірність доступу до ендокринологів у регіонах, дефіцит вузькопрофільних спеціалістів та обмежена інтеграція ендокринологічної допомоги в політику охорони жіночого здоров'я створюють ризик несвоєчасного виявлення патологій, що безпосередньо впливає на репродуктивне здоров'я, перебіг вагітності та якість життя жінок. У площині конституційного права це слід оцінювати не лише як проблему організації системи охорони здоров'я, а як питання виконання державою позитивного обов'язку щодо забезпечення реальної доступності медичної допомоги, ефективної профілактики та недопущення непрямої дискримінації за ознакою статі в доступі до спеціалізованих медичних послуг.

Отже, конституційно-правова природа державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я полягає в тому, що вона є юридично зумовленою формою реалізації позитивних обов'язків держави щодо забезпечення права на охорону здоров'я. Її місце в системі таких обов'язків визначається необхідністю переходу від декларативної моделі медичного забезпечення до моделі, заснованої на прин-

цях належного врядування, доказової медицини, відповідальності держави за створення умов, за яких кожна жінка має реальну, а не номінальну можливість отримати своєчасну, якісну й доступну медичну допомогу.

Моделі державної політики охорони жіночого здоров'я: досвід зарубіжних країн

Найбільш інституційно розвинена модель державної політики охорони жіночого здоров'я сформована у США, де жіноче здоров'я вже кілька десятиліть визнається окремим напрямом державної політики. Визначальною особливістю американського підходу є і нормативне закріплення цієї політики та інституційне забезпечення реалізації. Так, у структурі Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США функціонує спеціалізоване Управління з питань здоров'я жінок, створене ще у 1991 р., діяльність якого охоплює координацію політики у сфері профілактики захворювань, психічного здоров'я, репродуктивної медицини, доступу до скринінгових програм, профілактики насильства та подолання гендерної нерівності в медицині. Концептуально важливим є прийняття Національної стратегії гендерної рівності та рівності в 2021 р. [23], а також реалізація Ініціативи з дослідження здоров'я жінок, спрямованої на подолання історичної проблеми недостатнього залучення жінок до клінічних випробувань лікарських засобів. Американська модель демонструє унікальну еволюцію підходу: жіноче здоров'я більше не трактується як вузький сегмент репродуктивної політики, а розглядається як міжсекторальна категорія, що охоплює кардіологію, ендокринологію, онкологію, психіатрію, неврологію і профілактичну медицину. Особливо показовою є державна реакція на статистично підтверджені гендерні диспропорції: відповідно до даних Національного інституту охорони здоров'я, серцево-судинні захворювання тривалий час недооцінювалися в жінок через орієнтацію клінічних протоколів переважно на чоловічі симптоматичні моделі, що призвело до пізнішої діагностики та вищої смертності.

Подібний інституційний механізм існує в Австралії, одній із перших держав світу, яка сформувала окрему національну політику охорони жіночого здоров'я. Національна стратегія охорони здоров'я жінок на 2020–2030 рр. закріпила принципово іншу модель державного втручання, орієнтовану на усунення структурних бар'єрів доступу до медичної допомоги. На відміну від традиційної

біомедичної моделі, австралійська політика базується на аналізі соціальних детермінант здоров'я, у т.ч. насильства, економічної нерівності, географічної ізольованості та особливій вразливості корінного жіночого населення. Особливістю стратегії є нормативне закріплення шести пріоритетних сфер: репродуктивне і сексуальне здоров'я, психічне здоров'я, здорове старіння, профілактика хронічних захворювань, боротьба з насильством і забезпечення доступності медичних послуг у віддалених районах. Австралійська модель є показовою тим, що спирається на доказове врядування: формування політики супроводжується систематичним збиранням статистики саме щодо жінок, оцінюванням впливу програм і періодичним переглядом державних рішень.

Канадська модель базується на принципі «гендерний аналіз плюс», який потребує оцінювати вплив усіх державних рішень на різні групи населення, зокрема жінок. Практичне значення цього підходу проявилось, зокрема, у розвитку програм підтримки психічного здоров'я жінок, політики щодо доступу до репродуктивної допомоги у віддалених громадах.

Держави-учасниці Європейського Союзу демонструють менш уніфіковану, але дедалі більш інституціоналізовану модель політики охорони жіночого здоров'я. На відміну від США або Австралії, держави-члени Європейського Союзу переважно не формують окремих всеосяжних стратегій політики охорони здоров'я жінок, інтегруючи жіноче здоров'я до ширших механізмів гендерної рівності, громадського здоров'я і соціального захисту. Водночас останні роки демонструють виразну тенденцію до виокремлення спеціалізованих політик.

Наприклад, Франція у 2024 р. започаткувала національну державну програму боротьби з ендометріозом, що стала відповіддю на багаторічне недооцінювання одного з найпоширеніших хронічних захворювань жінок. Французька модель є важливою тим, що трансформує окреме жіноче захворювання із «приватної медичної проблеми» в предмет державної політики, зокрема, у фінансування досліджень, підготовку медичного персоналу і вдосконалення клінічних маршрутів пацієнток.

У Великій Британії у 2022 р. затверджено Стратегію здоров'я жінок для Англії [10] – одну з перших комплексних європейських стратегій, присвячених виключно жіночому здоров'ю. Її розроблено шляхом масштабних консультацій зі спільнотами

пацієнтів, науковими організаціями і професійними асоціаціями.

Скандинавські держави – насамперед Швеція, Норвегія і Фінляндія – реалізують інший підхід: політика охорони жіночого здоров'я інтегрується в загальну модель держави добробуту через принцип гендерного бюджетування, системного збирання статистики та оцінювання впливу державних рішень на здоров'я жінок. Наприклад, у Швеції державна політика психічного здоров'я спеціально враховує вищі показники тривожних і депресивних розладів серед жінок, а профілактика гендерно зумовленого насильства інтегрована до системи охорони здоров'я.

Для України цей порівняльний досвід має принципове значення, оскільки чинна модель державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я залишається переважно фрагментарною.

Участь жінок у формуванні політики охорони жіночого здоров'я

Проблема жіночого здоров'я не зводиться винятково до медичних послуг – вона безпосередньо пов'язана з реалізацією права жінок брати участь в управлінні державними і публічними справами.

Стаття 38 Конституції України [25], ст. 7 Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок [22] і рекомендації Комітету з ліквідації дискримінації щодо жінок [21] вимагають забезпечення не лише формального представництва жінок, але й реального впливу на політику держави, які безпосередньо зачіпають їхні права. Утім в Україні жінки як специфічна група бенефіціарів політики охорони жіночого здоров'я фактично не інституціоналізовані в процесі прийняття рішень. Нормативно-правові механізми консультацій при Міністерстві охорони здоров'я України не передбачають обов'язкового оцінювання впливу рішень на жіноче здоров'я, а громадські консультації не мають юридично обов'язкового характеру. Це формує класичний розрив у представництві: політика виробляється щодо жінок, але не за участю жінок.

Тому доцільним є закріплення в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [21] окремого принципу гендерно чутливої організації системи охорони здоров'я, який би передбачав обов'язкове врахування біологічних і соціальних особливостей жіночого здоров'я. Необхідним є нормативне впровадження обов'язкового оцінювання впливу медичної політики на здоров'я жінок перед ухваленням дер-

жавних рішень у сфері охорони здоров'я. Також доцільно закріпити в законодавстві України принцип заборони звуження медичних гарантій для жінок, за яким скорочення існуючих програм допускається лише після доведення крайньої необхідності, пропорційності і відсутності менш обмежувальних альтернатив. В умовах війни доцільним є ухвалення окремого механізму безперервності охорони здоров'я жінок, який би гарантував безперервність акушерсько-гінекологічної, ендокринологічної, психіатричної та онкологічної допомоги внутрішньо переміщеним жінкам. Саме така модель дає змогу перевести політику охорони жіночого здоров'я з площини декларативних соціальних обіцянок у площину позитивних обов'язків держави, за невиконання яких держава несе відповідальність.

Необхідною є і зміна підходу, відповідно до якого, державна політика у сфері охорони жіночого здоров'я розглядається переважно як сегмент соціальної політики. Такий підхід ігнорує безпосередній взаємозв'язок між якістю політики у сфері охорони жіночого здоров'я і рівнем залучення жінок до процесів її формування та реалізації. Правова природа права жінок брати участь в управлінні державними і публічними справами не вичерпується доступом до посад – вона охоплює право впливати на зміст державної політики, брати участь у виробленні рішень, що безпосередньо зачіпають права і законні інтереси відповідних соціальних груп, а також забезпечувати представництво жінок у процедурах публічного врядування.

За таких умов право жінок брати участь у формуванні державної політики у сфері охорони здоров'я доцільно розглядати не як допоміжний інструмент, а як одну з процесуальних гарантій ефективної реалізації права на охорону здоров'я та забезпечення фактичної гендерної рівності. За відсутності процедур, які забезпечують врахування медичних потреб під час формування політики, держава ризикує створювати формально універсальні, але фактично не чутливі до специфіки жіночого здоров'я механізми регулювання, що в підсумку може призводити до непрямой дискримінації та неефективності системи охорони здоров'я. Взаємозв'язок між політикою у сфері охорони жіночого здоров'я та правом брати участь в управлінні державними і публічними справами має розглядатися не як факультативний елемент гендерної політики, а як передумова ефективності реалізації права на охорону здоров'я.

Напрями вдосконалення правових механізмів розроблення і реалізації державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я в Україні

Чинна нормативно-правова база України [19,20,25] демонструє три ключові прогалини: відсутній єдиний стратегічний документ, який визначав би жіноче здоров'я як самостійний напрям державної політики; недостатньо розвинені механізми збору медичних даних, що унеможлиблює розроблення і реалізацію політики, заснованої на доказах; нормативно-правова модель залишається переважно сфокусованою на репродуктології, що звужує жіноче здоров'я до вагітності та пологів, залишаючи недостатньо охопленими ендокринні, онкологічні, психічні та вікові аспекти здоров'я жінок.

Доцільним видається нормативне закріплення державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я як окремого напрямку публічної політики, а не похідного елемента загальної політики держави у сфері охорони здоров'я. Сучасне регулювання переважно фрагментоване між репродуктивною медициною, материнським здоров'ям, онкологічною допомогою та окремими програмами громадського здоров'я, що унеможлиблює формування комплексної моделі захисту жіночого здоров'я впродовж усього життєвого циклу жінки. Також нормативні акти, бюджетні рішення, медичні маршрути та реформи системи охорони здоров'я мають проходити оцінювання щодо їхнього впливу на доступність медичних послуг для жінок, потенційні непрямі дискримінаційні наслідки, територіальну нерівність і ризики виключення вразливих груп. Доцільною є інституціоналізація процедур участі жінок у формуванні політики у сфері охорони здоров'я через постійно діючі дорадчі механізми, до складу яких мають входити представники жіночих організацій, об'єднань пацієнтів, наукової спільноти, фахівці з акушерства, гінекології, ендокринології, психічного здоров'я та біоетики. Також потребує перегляду система оцінювання ефективності державної політики, яка наразі орієнтована переважно на кількісні індикатори (кількість програм, ліжок-місць, закупівель або декларацій). Натомість критерії ефективності мають охоплювати показники реального доступу до медичної допомоги, своєчасності діагностики, зниження запущених форм захворювань, рівня довіри пацієнток, здатності системи реагувати на кризові виклики. Необхідним є і посилення конституційно-правових гарантій участі жінок у при-

йнятті рішень, які прямо або опосередковано впливають на реалізацію права на охорону здоров'я.

У контексті повоєнного відновлення державна політика у сфері охорони жіночого здоров'я потребує принципової трансформації. Йдеться не про відновлення довоєнної моделі, а про її переосмислення. Післявоєнна модель має базуватися на принципах безперервності медичної допомоги, територіальної доступності, гендерної чутливості, цифрової інтеграції та доказовості. Необхідним є створення національної стратегії охорони жіночого здоров'я, гармонізованої зі стандартами Європейського Союзу, розвиток мережі спеціалізованих центрів жіночого здоров'я.

Висновки

З огляду на результати проведеного дослідження обґрунтовано видається необхідність розроблення і затвердження Національної стратегії охорони жіночого здоров'я України, яка має функціонувати як окремий напрям державної політики і включати щонайменше такі структурні компоненти: нормативно-правовий, інституційний, фінансовий, кадровий, цифровий, профілактичний і моніторинговий. Така стратегія має бути інтегрована в систему повоєнного відновлення України та гармонізована зі стандартами Європейського Союзу, рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, міжнародними зобов'язаннями України у сфері прав людини і практикою Європейського суду з прав людини. Лише за умови переходу від фрагментарного реагування до системної моделі публічного врядування право жінок на охорону здоров'я в Україні може набути реального, а не декларативного змісту.

Проведене дослідження дає підстави стверджувати, що державна політика у сфері охорони жіночого здоров'я в Україні має розглядатися не як фрагмент загальної соціальної або медичної політики, а як самостійний напрям реалізації позитивних обов'язків держави, що випливають із конституційного права на охорону здоров'я. Такий підхід зумовлений тим, що особливості жіночого здоров'я мають системний, а не вузькоспеціалізований характер і охоплюють репродуктивні, ендокринні, онкологічні, психоемоційні і вікові аспекти, які потребують окремих механізмів державного реагування. Встановлено, що чинна модель нормативно-правового регулювання в Україні фактично звужує зміст державної політики до питань репродуктив-

ного здоров'я та материнства, залишаючи недостатньо врегульованими інші клінічно і соціально значущі сфери жіночого здоров'я, що створює дисбаланс між конституційно гарантованим правом на охорону здоров'я і реальним обсягом державних гарантій.

Доведено, що юридична природа позитивних обов'язків держави у сфері жіночого здоров'я не обмежується формальним забезпеченням функціонування системи медичної допомоги або декларативним закріпленням відповідних прав у законодавстві держави. Аналіз практики Європейського суду з прав людини засвідчив, що критерієм належного виконання державою обов'язків у сфері охорони здоров'я є не формальна наявність медичних послуг, а їхня фактична доступність, своєчасність і відсутність непропорційних бар'єрів доступу. У цьому контексті встановлено, що дефіцит раннього скринінгу, нерівномірність територіального доступу до спеціалізованої допомоги, відсутність інтегрованих маршрутів пацієнток і фрагментарність профілактичних програм можуть оцінюватися не лише як недоліки публічного адміністрування, але і як прояви неналежного виконання державою позитивних зобов'язань щодо реального забезпечення права на охорону здоров'я.

Обґрунтовано, що одним із найбільш недооцінених сегментів державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я залишається ендокринологічна допомога. Встановлено, що висока поширеність тиреоїдних і гормонально зумовлених порушень серед жінок, їхній прямий вплив на фертильність, перебіг вагітності, психічне здоров'я і загальну якість життя не корелюють із рівнем нормативно-правового та інституційного фокусу до цієї проблеми. Така невідповідність між епідеміологічною значущістю проблеми і масштабом державного реагування свідчить про структурну асиметрію публічної політики, за якої окремі категорії захворювань залишаються фактично «невидимими» для механізмів державного планування.

Порівняльно-правовий аналіз свідчить, що ефективні моделі державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я (США, Австралія, Велика Британія, окремі держави Європейського Союзу) характеризуються спільними ознаками: інституційною автономністю політики у сфері охорони жіночого здоров'я, системним збором даних із розбивкою за статтю, запровадженням гендерно чутливого оцінювання державних рішень, окремими стратегіями жіночого здоров'я та інтеграцією прин-

ципу формування політики на основі фактичних даних. На відміну від цих моделей, українська система демонструє переважно фрагментарний тип регулювання, у межах якого жіноче здоров'я розподілене між окремими секторальними програмами без єдиного нормативного та інституційного центру координації, що істотно знижує ефективність державного реагування.

Встановлено, що ефективність державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я безпосередньо залежить від рівня участі жінок в її формуванні. Аналіз конституційних і міжнародних стандартів дає змогу дійти висновку, що право жінок брати участь в управлінні державними і публічними справами в цій сфері має розглядатися не як факультативний інструмент демократичного врядування, а як одна з процесуальних гарантій реалізації права на охорону здоров'я. За відсутності інституціоналізованих процедур участі виникає ризик формування формально універсальних, але фактично гендерно нечутливих рішень, які можуть породжувати непряму дискримінацію в доступі до медичних послуг.

Науково обґрунтовано, що ключовою проблемою української моделі є не лише недостатність фінансування або організаційні труднощі системи охорони здоров'я, а відсутність цілісної моделі державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я, у якій критерієм ефективності виступав би не обсяг бюджетних видатків або кількість програм, а ступінь реальної доступності медичної допомоги, своєчасності діагностики, здатності системи реагувати на специфічні ризики для здоров'я жінок і рівень фактичного виконання позитивних обов'язків держави. Саме це дає змогу переосмислити державну політику у сфері охорони жіночого здоров'я як питання конституційної відповідальності держави.

Перспективи подальших досліджень. Перспективними напрямками подальших наукових досліджень є розроблення конституційно-правової моделі державної політики у сфері охорони жіночого здоров'я; дослідження правових засад цифровізації медичних сервісів у сфері охорони жіночого здоров'я, забезпечення безперервності медичної допомоги в умовах воєнного стану та повоєнного відновлення, а також адаптації кращих зарубіжних моделей державної політики до українських реалій.

Авторка заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

- Belova MV, Belov OM. (2025). Reproductive rights as a component of fourth-generation rights: theoretical and legal analysis. *Scientific Bulletin of Uzhhorod National University. Series: Law*. 88(1): 115-121. [Белова МВ, Белов ОМ. (2025). Репродуктивні права як складова прав четвертого покоління: теоретико-правовий аналіз. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 88(1): 115-121].
- Berro Pizzarossa L. (2018). Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 46(4): 755-763.
- Berro Pizzarossa L. (2018). The Sexual and Reproductive Health and Rights Framework: A Critical Analysis of International Human Rights Law. *Utrecht Law Review*. 14(2): 1-15.
- Blihar MM, Zharovska IM, Shandra BB, Zaiats OS. (2021). Legal relations in the field of human reproductive activity. *Reproductive Endocrinology*. 1-2(63-64): 97-104. [Бліхар ММ, Жаровська ІМ, Шандра ББ, Заяць ОС. (2021). Правові відносини у сфері репродуктивної діяльності людини. *Reproductive Endocrinology*. 1-2(63-64): 97-104].
- Buletsa S, Deshko L. (2018). Comprehensive reforms of the health care system in different regions of the world. *Medicine and Law*. 37(4): 683-700.
- Buletsa S, Deshko L, Zaborovskyy V. (2019). The peculiarities of changing health care system in Ukraine. *Medicine and Law*. 38(3): 427-442.
- Chechersky VI. (2020). Correlation between the human right to reproductive reproduction and reproductive rights. *Scientific Bulletin of Uzhhorod National University. Series: Law*. 61(1): 56-59. [Чечерський ВІ. (2020). Співвідношення права людини на репродуктивне відтворення і репродуктивних прав людини. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 61(1): 56-59].
- Deshko L, Vasylychenko O. (2024). Reproductive rights of military personnel, the principle of justice, the right to information and compensation for moral damage. *European Perspectives*. 4: 189-196. [Дешко Л, Василенко О. (2024). Репродуктивні права військовослужбовців, принцип справедливості, право на інформацію та відшкодування моральної шкоди. *Європейські перспективи*. 4: 189-196].
- Deshko L, Vasylychenko O, Sherbak I, Galai V, Medvid A. (2021). Ukraine's international liabilities on initiation of measures for public health protection and the role of local authorities in implementation of health care policy. *Georgian Medical News*. 312: 163-168.
- England. Renewed Women's Health Strategy for England [Internet]. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/renewed-womens-health-strategy-for-england>.
- European Court of Human Rights. (2007). Case of Tysiāc v. Poland, no. 5410/03, Judgment of 20 March 2007 [Internet].
- European Court of Human Rights. (2011). Case of R.R. v. Poland, no. 27617/04, Judgment of 26 May 2011 [Internet].
- European Court of Human Rights. (2017). Case of López de Sousa Fernandes v. Portugal, no. 56080/13, Judgment of 19 December 2017 [Internet].
- Ministry of Health of Ukraine. (2024). 977 Ukrainians received free infertility treatment, 368 became pregnant. [Internet]. [Міністерство охорони здоров'я України. (2024). 977 українців отримали безкоштовне лікування безпліддя, 368 завагітніли [Інтернет]]. URL: <https://unn.ua/en/news/977-ukrainians-received-free-infertility-treatment-368-became-pregnant-ministry-of-health>.
- Paramonov NV. (2023). Reproductive rights in Ukraine and neighboring states: constitutional study. PhD thesis. Uzhhorod National University: 198. [Парамонов НВ. (2023). Репродуктивні права в Україні та сусідніх державах: конституційне дослідження. Дисертація. Ужгородський національний університет: 198].
- Shchyrba MYu. (2017). The patient's right to reproductive technologies: legal dimension. *Bulletin of NTUU «KPI»*. Political Science. Sociology. Law. 3/4(35/36): 146-150. [Щирба МЮ. (2017). Право пацієнта на репродуктивні технології: юридичний вимір. Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право. 3/4(35/36): 146-150].
- Slinko TM. (2024). Prohibition of inhuman and degrading treatment as a guarantee of reproductive human rights: legal positions of the European Court of Human Rights. *Pravo.ua*. 4: 22-27. [Слінко ТМ. (2024). Заборона нелюдського і принизливого поводження як гарантія репродуктивних прав людини: правові позиції Європейського суду з прав людини. *Право.ua*. 4: 22-27].
- Tsebenko S. (2025). Reproductive rights and freedom of choice in the case law of the European Court of Human Rights. *Bulletin of Lviv Polytechnic National University. Series: Legal Sciences*. 1(45): 266-273. [Цебенко С. (2025). Репродуктивні права і свобода вибору людини у практиці Європейського суду з прав людини. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: Юридичні науки. 1(45): 266-273].
- Ukraine. Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Health Care: Law of Ukraine [Internet]. [Україна. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України [Інтернет]]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
- Ukraine, On State Financial Guarantees of Medical Care for the Population: Law of Ukraine [Internet]. [Україна. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України [Інтернет]]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.
- UN Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General Recommendations [Internet]. [Internet]. Available from: <https://ukraine.unwomen.org/uk/digital-library/publications/2023/09/zaklyuchni-zauvazhennya-komitetu-on-z-likvidatsiyi-dyskryminatsiyi-shchodo-zhinok-do-devyatoyi-periodychnoyi-dopovidy-ukrayiny>.
- United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women [Internet]. URL: <https://www.un.org>.
- United States. (2021). National Strategy on Gender Equity and Equality [Internet]. URL: <https://bidenwhitehouse.archives.gov/wp-content/uploads/2021/10/National-Strategy-on-Gender-Equity-and-Equality.pdf>.
- Ventskivskia IB, Deshko LM, Lotiuk OS, Vasylychenko OP, Narytnik TT. (2022). Mandatory vaccination of medical personnel against Covid-19: European standards of its introduction. *Reproductive Endocrinology*. 65: 108-112.
- Verkhovna Rada of Ukraine. (1996). Constitution of Ukraine: Law of Ukraine [Internet]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.
- World Health Organization. NLI Country Profile: Ukraine [Internet]. URL: <https://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx?goButton=Go&iso=UKR&rid=1620>.
- World Health Organization. Women's Health Overview [Internet]. URL: <https://www.who.int/health-topics/women-s-health>.
- Zagel H (ed). (2024). Reproduction Policy in the Twenty-First Century: A Comparative Analysis. Cheltenham, Northampton, MA: Edward Elgar Publishing. doi: 10.4337/9781035324163.

Відомості про авторку:

Басалаєва Алла Валентинівна – PhD, доц. каф. конституційного права Київського національного університету ім. Т. Шевченка. Адреса: м. Київ. <https://orcid.org/0000-0001-7558-2621>.
Стаття надійшла до редакції 13.12.2025 р.; прийнята до друку 22.03.2026 р.