

## РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ У СПІВПРАЦІ З МІЖНАРОДНИМИ ПРОЕКТАМИ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

**Мета** – вивчити та проаналізувати питання реалізації державної політики України щодо здоров'я дітей, яка проводиться у співпраці з міжнародними проектами.

**Матеріали та методи.** При виконанні дослідження використано метод контент-аналізу. Вивчено та проаналізовано 52 джерела наукової літератури та міжнародних документів щодо захисту здоров'я дітей.

**Результати.** Найкращим прикладом управління охороною здоров'я дітей є стратегія прогнозування тенденцій у стані здоров'я населення шляхом вивчення основних чинників та детермінант, розробки механізму їх подолання, вивчення оперативних наслідків та ефективності, внесення оперативних змін до програм та стратегій із залученням суспільства, спираючись на позитивний досвід розвитку інституції громадського здоров'я розвинених країн.

**Висновки.** Забезпечення прав дітей у сфері охорони здоров'я повинне бути не лише задекларованим, але й практично втіленим, за обов'язковою участю громадськості: з одного боку – як учасника розроблення політики, з іншого – як контролера втілення заходів.

**Ключові слова:** здоров'я дітей, державна політика, міжнародний проект.

### ВСТУП

Кожна людина у суспільстві має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Держава має забезпечувати пріоритетність охорони здоров'я кожного індивіда, поліпшувати умови праці, навчання, побуту та відпочинку, гармонійний розвиток фізичних і духовних сил, високу працездатність і довголіття громадян через вирішення соціальних, екологічних проблем та створення умов і мотивації для здорового способу життя з дитячого віку [13, 23].

Задекларована державна політика щодо охорони здоров'я дітей визначається, перш за все, нормативно-правовими актами, що регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров'я, у тому числі і дітей. Конституцією України визначається, що кожний громадянин, у тому числі й дитина, має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та профілактичних програм. Держава також створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя та безпечне для життя і здоров'я довкілля, що є дуже важливим для здоров'я дитини [18, 25].

**Мета** – вивчити та проаналізувати питання реалізації державної політики України щодо здоров'я дітей, яка проводиться у співпраці з міжнародними проектами.

**Матеріали та методи.** При виконанні дослідження використано метод контент-аналізу. Вивчено та проаналізовано 52 джерела наукової літератури та міжнародних документів щодо захисту здоров'я дітей.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать численні вітчизняні наукові розробки та документи, охорона здоров'я є одним із пріоритетних напрямів державної політики, спрямованої на організацію високоякісної і доступної медичної допомоги з орієнтацією системи охорони здоров'я на попередження захворювань, забезпечення безпечного і сприятливого для здоров'я та життєдіяльності людини середовища. Стратегічно важливим пріоритетним завданням держави у галузі охорони здоров'я є збереження життя та здоров'я дітей. Забезпечення умов для належного формування і розвитку дитячого організму передбачає виявлення особливостей і тенденцій стану здоров'я дітей. Охорона здоров'я дітей, забезпечення умов для їх всебічного розвитку визначені в Україні також загальнонаціональним пріоритетом, що закріплено законодавчими актами та Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України [19, 24].

Сучасна вітчизняна державна політика в охороні дитячого здоров'я реалізується через численні програмні документи, що визначають основні заходи та механізм впливу на поліпшення здоров'я дітей, від рівня якого значною мірою залежить формування трудового та інтелектуального потенціалу України.

Здійснюючи загальне керівництво державою, Президент України разом з тим здійснює і загальне керівництво у сфері охорони здоров'я через наступні повноваження: несе особисту відповідальність за реалізацію державної політики в цілому та, зокрема, у сфері охорони здоров'я, виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему

органів виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я, зокрема дітей [1].

Обсяг роботи, який проводиться державою для створення дійового механізму захисту дітей у напрямку розвитку перспективи створення ювенальної юстиції в Україні, відображує кримінальне, кримінально-процесуальне, судоустрійне, адміністративне законодавство України з позиції відповідності міжнародним стандартам у додержанні прав та свобод молоді, сформульованих у міжнародних правових актах, що має значення для уніфікованих підходів спільноти до розуміння проблем, їх класифікації та сприяє консолідації зусиль зацікавлених інституцій у вирішенні проблем охорони здоров'я дітей [41].

Вітчизняні політики і стратегії спрямовані на створення сприятливого правового, інституційного та політичного середовища для покращення доступу до якісних послуг у сфері захисту прав дітей, охорони здоров'я дітей та їх сімей, а також соціальної забезпеченості. Аналіз можливостей приводить до висновку, що уряд має повноваження та мотивацію, необхідні для виконання своїх обов'язків. Однак недостатня ефективність використання своїх можливостей урядом обумовлюється браком фінансових та технічних ресурсів, необхідних для забезпечення найвищих стандартів охорони здоров'я дітей та їх соціального добробуту [6, 7, 15, 22, 26, 29, 31]. Деякі вчені вважають, що державна політика у сфері охорони здоров'я є одним із найвпливовіших інструментів, який здатний реально змінити стан здоров'я населення, у тому числі дитячого. У «Щорічній доповіді про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію» у 2011 р. зазначається, що стратегією розвитку охорони здоров'я населення України передбачено проведення комплексу державних заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я населення, у т.ч. репродуктивного, всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання [39].

Незважаючи на пріоритетність питання дитячого здоров'я у державній політиці та високу політичну прихильність до вирішення проблем здоров'я дітей, стан їхнього здоров'я в Україні має негативну тенденцію до погіршення і вважається вкрай незадовільним. Спостерігається високий рівень поширеності хвороб у дітей віком 0–17 років (2014 р. – 1760,7 на 1000 дитячого населення) та захворюваності (2014 р. – 1286,1 на 1000 дитячого населення) [39].

Рівень смертності немовлят в Україні утричі перевищує показники розвинутих європейських країн. Серед усіх померлих частка немовлят на сьогодні становить понад 1%, а внесок смертності немовлят у зміни (підвищення чи зростання) тривалості життя визначається 4%. Сучасний рівень смертності дітей у віці до року за європейським виміром ще дуже високий. У 2000 р. він у 2,4 рази перевищував аналогічний показник у країнах ЄС (5,0‰) [39]. Протягом 2002–2010 рр. показник смертності новонароджених збільшився на 34% (2002 р. – 2,6 на 1000 народжених живими, 2010 р. – 3,9). У 2014 р. показник смертності новонароджених дещо знизився (2,3‰), проте залишається високим [32].

Внаслідок незадовільного стану здоров'я спостерігається також високий рівень інвалідності. У 2005 р. в Україні інвалідність дитячого населення становила 177,6 на 10 тис. дітей, у 2010 р. – 204,3, у 2014 р. – 199,0. Вперше стали інвалідами у 2014 р. 16250 дітей віком 0–17 років [20, 32, 39]. Упродовж останніх п'яти років рівень первинної інвалідності утримується в межах 20 на 10 тис. дитячого населення при щорічному збільшенні показників (2004 р. – 20,0 на 10 тис. дитячого населення, 2008 р. – 22,0). Певне зменшення цього показника у 2014 р. (21,4 на 10 тис. дитячого населення) є несуттєвим [8, 11, 35–39].

Щороку Міністерство охорони здоров'я України звітує перед Президентом України, Верховною Радою та Кабінетом Міністрів України про стан здоров'я населення. Аналіз дитячого здоров'я є окремим розділом національного звіту. Із набуттям Україною незалежності охорона здоров'я дитини стала справою держави. Було вжито заходів економічного, соціального, наукового, культурного, освітнього, організаційного, санітарно-гігієнічного та медичного характеру, спрямованих на збереження здоров'я дітей, створення сприятливих для їхнього здоров'я умов побуту і виховання. Проте об'єктивні дані стану здоров'я вказують на те, що заходи державного впливу на стан здоров'я дитячого населення залишаються або недостатніми, або неефективними.

На сучасному рівні охорона здоров'я є надзвичайно складною системою державних і громадських заходів правового, економічного, соціального, наукового, культурного, освітнього, організаційного, технічного, санітарно-гігієнічного та медичного характеру, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей, подовження тривалості активного життя і працездатності, створення сприятливих для здоров'я умов побуту і праці, забезпечення гармонійного фізичного і психічного розвитку дітей та підлітків, запобігання хворобам та їх лікування. Медична допомога є лише частиною, хоча й дуже важливою, цієї системи, оскільки охоплює комплекс спеціальних медичних заходів і засобів, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, запобіганню захворюванням, втраті працездатності і передчасній смерті, забезпечують своєчасне виявлення, лікування та реабілітацію хворих [33]. Охорона здоров'я належить до тієї сфери державного управління, яка безпосередньо стосується кожної людини. За суспільними оцінками та уявленнями, здоров'я – головний показник соціально-культурного розвитку та якості життя в країні, ефективності системи державного управління в цілому [34].

Принципи системи охорони здоров'я, які визначаються, насамперед, соціальним устроєм суспільства і держави, суттєво відрізняються в різних країнах світу, хоча мають однакову мету – вивчення стану здоров'я і хвороб, запобігання їх виникненню, лікування, збереження здоров'я і працездатності. Водночас розвиток системи охорони здоров'я будь-якої держави значною мірою детермінований її історичними передумовами та характеризується національними особливостями й традиціями [17].

Задовільний стан здоров'я населення – це фундаментальний ресурс для забезпечення соціального та економічного процвітання, і в Європі протягом останніх

десятиліть відбулося покращення його основних показників [49].

Більшість дітей та підлітків Європейського регіону зростають у хороших умовах і мають задовільний, навіть хороший, стан здоров'я. До складу Європейського регіону входять країни із найнижчими показниками малюкової та дитячої смертності. ВООЗ авторитетно зазначає, що більшість смертей можливо попередити через застосування маловитратних технологій – зниження кількості дорожньо-транспортних аварій, боротьбу з бідністю, за допомогою яких попереджається біля 2/3 випадків. Діти є особливо чутливими до впливу забрудненого оточуючого середовища [5].

Рівень малюкової смертності у країнах східної частини Європи вищий, ніж у країнах Західної Європи: Ісландія – 2,0 на 1000 народжених живими, Швеція та Португалія – по 3,0, Італія, Німеччина, Франція, Швейцарія та Нідерланди – по 4,0. Коефіцієнт перинатальної смертності, який також є одним із серйозних індикаторів дитячого здоров'я і показує число випадків внутрішньоутробної смерті плода вагою від 500,0 г і більше та новонароджених у віці 0–6 повних діб на 1000 народжених живими та мертвими, в Україні (9,0) також перевищує такий у країнах Західної Європи (Греція, Нідерланди, Франція, Чехія, Словенія, Данія, Андорра, Іспанія), де він становить від 4,0 до 6,0 [3, 49].

У 2004 р. здійснений аналіз основних показників здоров'я населення, у тому числі дитячого. В країнах, які стали членами Євросоюзу, показники здоров'я були наближеними до узагальнених показників здоров'я країн-членів Євросоюзу. Так, на Кіпрі показник малюкової смертності, як індикатор дитячого здоров'я, становив 4,7 на 1000 новонароджених, у Чехії – 4,1, в Естонії – 8,0, Угорщині – 8,1, Литві – 6,7, Мальті – 6,1, Польщі – 8,0, Словаччині – 8,6, Словенії – 4,7. Загалом у Євросоюзі цей показник становив 5,0. Перинатальні причини в структурі захворюваності населення складають менше 1% на Кіпрі, у Чехії, Естонії, Угорщині, Латвії, Литві, Мальті, Словенії; біля 2% – у Польщі, Словаччині. На прикладі цих показників можливо визначити, що стан здоров'я дітей суттєво відрізняється як між цими країнами, так і від 15 країн-членів Євросоюзу, що, на думку вчених, залежить від тенденцій, характеру розвитку їх систем охорони здоров'я [43].

У 2005 р. вивчалися показники здоров'я населення в країнах європейського регіону, серед яких малюкова смертність на 1000 живонароджених та охоплення імунізацією (Албанія – 9,0 і 97%, Білорусія – 8,0 і 97%, Болгарія – 12,0 і 95%, Боснія і Герцеговина – 15,0 і 87%, Македонія – 11,0 і 94%, Молдова – 14,0 і 98%, Росія – 12,0 і 97%, Румунія – 17,0 і 97%, Сербія і Чорногорія – 10,0 і 89%, Туреччина – 29,0 і 85%). Очевидна пряма кореляція залежності показника малюкової смертності від числа щеплених дітей [44].

У країнах Європи здоров'я населення є предметом найбільшої уваги, і наявні проблеми його вирішуються у різний спосіб. Одним із заходів впливу на здоров'я населення є контроль над безпечністю пацієнта як відображення якості лікування. Так, у Великобританії у роботі з контролю за безпечністю пацієнта беруть участь чимало організацій. Так, Національний інститут зразкової хірургії долучається до розробки стандартів для

Національної системи охорони здоров'я, і в її стратегічному документі «Стандарти для покращення здоров'я» питанням безпечності приділена значна увага. У Швейцарії після проведення публічних заходів з питань безпечності пацієнта розроблені національні індикатори та показники якості медичної допомоги. У Бельгії, наприклад, впроваджений метод з управління ризиками, який вважається найбільш ефективним у дотриманні безпечності пацієнтів, що включає питання і підготовки кадрів, і залучення позитивного міжнародного досвіду. У Франції у 2003 р. національне агентство з акредитації розробило Національне методичне керівництво з управління ризиками та безпечністю пацієнтів. Норвегія створила Директорат з питань охорони здоров'я та соціальної політики, Фінляндія – Акт про статус та права пацієнтів. У цих країнах до вирішення якості медичної допомоги залучаються пацієнти у різні способи, що свідчить про цінність громадської думки як прояв високого рівня демократії та високий рівень розвитку інституції громадського здоров'я [2].

Одним із суттєвих заходів впливу на здоров'я населення, особливо в дитячому середовищі, в країнах Європи розглядається боротьба з гіподинамією як причиною великої кількості хвороб, шляхом сприяння та популяризації велосипедного та пішого руху, що не лише покращує здоров'я, але й сприятливо впливає на оточуюче середовище. Навіть надається детальна методологія економічної оцінки транспортної інфраструктури [48]. Одночасно з цим транспорт розглядається як суттєвий фактор ризику для здоров'я. У цілому пов'язані з транспортом наслідки для здоров'я збільшують тягар і вартість дорожньо-транспортних травм. Тягар дорожньо-транспортного травматизму розподіляється в Європейському регіоні нерівномірно. Проведений аналіз показав, що серед пішоходів у групі найвищого ризику знаходяться діти. Значні розбіжності спостерігаються і в рейтингу причин смерті залежно від вікової групи дітей. У дітей віком 1–4 роки смертність від ДТП знаходиться на 8 місці, 15–14 років – на першому. Резолюція WHA57.10 Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я була присвячена питанням безпечності дорожнього руху і здоров'ю з дорученням державам здійснити заходи в сфері систем охорони здоров'я, щоб знизити тягар цього травматизму. Ініціатива Zero Vision у Швеції спрямована на подолання випадків смерті в ДТП через унормування зниження швидкості транспорту, керування транспортом у стані алкогольного сп'яніння, використання захисних шлемів, застосування ременів безпеки. Для попередження дитячого травматизму рекомендується застосування дитячих крісел [14].

Травми є однією з провідних причин смертності та інвалідності дітей. У Європейському регіоні від ненавмисних травм щорічно помирає біля 42 тис. дітей та підлітків у віці 0–19 років. Травми є головною причиною смертності дітей у віці 5–19 років, причому 5 із 6 цих випадків смерті відбувається в країнах із низьким та середнім рівнем доходу. Основними механізмами смертності дітей є дорожньо-транспортні аварії, утоплення, отруєння, термічні пошкодження та падіння. В основі їх лежать соціально-економічні та екологічні детермінанти. Успіхи деяких країн-членів Євросоюзу у справі щодо зниження дитячої смертності від

травматизму показують, що більшість цих причин можливо попередити. Дитячому травматизму можна запобігти завдяки організованим зусиллям суспільства, для чого необхідна державна підтримка на всіх рівнях управління з виділенням необхідних ресурсів. У дітей, які проживають у країнах із низьким та середнім рівнем доходу, ризик загинути від дорожньо-транспортної травми у 1,6 разу вищий, ніж у дітей в країнах із високим його рівнем, утоплення – у 11 разів, отруєнь – у 9 разів, термічних пошкоджень – у 85 разів, падіння – у 22 рази. Якби всі країни Регіону досягли таких показників, як найбільш безпечні країни, можливо було б попередити майже три із чотирьох випадків смерті, а також численні травми з нелетальним результатом та випадки інвалідності, кожного року можна було б зберегти життя майже 7900 дітей у ДТП; запобігти 90% смерті дітей в результаті утоплення, 93% – отруєнь, по 90% – термічних пошкоджень та падіння [10]. Талліннська хартія «Системи здравоохранения для здоровья и благосостояния», що була прийнята державами-членами ЄС у 2008 р., підтверджує цінності солідарності, справедливості та партнерства, які повинні бути підкріплені політикою охорони здоров'я та виділенням необхідних ресурсів, і має заклик повернутися обличчям до потреби бідних та вразливих категорій [30].

Для здоров'я та життя дітей на сьогодні інфекційні хвороби залишаються надзвичайною проблемою. За останнє сторіччя вакцини та імунізація відіграли важливе значення у досягненнях щодо охорони здоров'я дітей. За період 2000–2008 рр. відбулося скорочення числа випадків поліомієліту на 99% та зниження рівня смертності від кору на 78%. У всьому світі щорічно імунізація зберігає 3 млн життів, при цьому вакцини позбавляють ще мільйони осіб від страждань у результаті хвороб та інвалідності. На початку другого десятиріччя XXI ст. імунізацією забезпечене значне число дітей. Окрім цього, завдяки більш широкому охопленню імунізацією, спостерігається позитивний вплив на здоров'я підлітків, які захищені від потенційно смертельних захворювань, таких як грип, менінгіт та деякі форми раку. Позитивним моментом стала спільна робота, заснована на партнерських відносинах, з метою профілактики захворювань, одним із заходів якої є завдання звільнити Європейський регіон від поліомієліту, а до 2015 р. здійснити елімінацію кору та краснухи. Ця робота стала можливою завдяки врахуванню її в усіх аспектах загальнодержавної політики на місцевому, регіональному, національному рівнях. Європейська система імунізації передбачає активізацію боротьби з хворобами, епідагляду та моніторингу, попереджуваних за допомогою вакцин хвороб та програм імунізації. Європейський тиждень імунізації (ETI) – ініціатива, яку координує Європейське бюро ВООЗ – є основою для висвітлення переваг вакцинації та привернення до цієї проблеми уваги суспільства, що є, переродусім, соціальною відповідальністю [21].

Спалах кору в західній Румунії, зафіксований у 2004 р., до закінчення в середині 2006 р. спричинив понад 8 тис. випадків захворювання лише в одній країні, 13 осіб померли. Цей спалах був безпосередньо пов'язаний зі спалахами у п'яти інших країнах Європейського регіону. Біля 75% випадків були зареєстровані у дітей віком до

семи років. Більшість випадків у Румунії виявлені в маргінальних групах, таких як цигани. Спалахи кору в Німеччині, Іспанії, Італії, Португалії та Швейцарії, які з епідемічної точки зору були пов'язані з Румунією, також включали дітей із циганських общин. Окремий спалах кору серед циган Греції у 2005 р. був епідемічно пов'язаний зі спалахом кору в Албанії. Цей приклад показує, наскільки може бути ситуація виникнення масової захворюваності неконтрольованою та небезпечною, якщо недостатньо державного регулювання заходами профілактики. Серед маргінальних груп імунізація у цих країнах знаходиться на значно нижчому рівні порівняно із загальною популяцією населення. Однак цю проблему вдалося подолати завдяки втручанням державних та міжнародних інституцій з охорони здоров'я. Підсилення національних програм імунізації є одним із важливих завдань Європейського регіону. Програми імунізації якісними вакцинами з охопленням щепленням понад 95% відповідних вікових груп населення, а також з високоякісним моніторингом та епідеміологічним наглядом за захворюваністю, заснованим на лабораторних даних, зможуть підвищити економічну ефективність профілактичних програм [40].

Однією із найсерйозніших проблем здоров'я в усьому світі є ВІЛ-інфекція. Численні приклади вирішення цієї проблеми держави спільно з громадськістю дозволили досягти скорочення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції в країнах Західної Європи. В країнах же Східної Європи, у тому числі в Україні, їх кількість продовжує зростати [9]. Так, у Європейському регіоні у 2009 р. налічувалось біля 2,2 млн людей, які живуть з ВІЛ, із яких 1,4 млн проживали в країнах Східної Європи та Центральної Азії – це утричі більше, ніж у 2000 році. Хоча кількість випадків СНІДу та показники смертності від СНІДу в Європейському регіоні в цілому знизились, у Східній Європі та Центральній Азії за період 2001–2009 рр. розрахункова кількість смертей, обумовлених СНІДом, збільшилась у чотири рази. У країнах Центральної та Західної Європи кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) у цілому знижується – здебільшого завдяки забезпеченню послуг щодо зниження шкоди в рамках замісної підтримуючої терапії. З 2004 по 2009 роки загальна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед СІН в країнах Європейського союзу та Європейської економічної зони знизилась на 40% [50]. Інтеграція та взаємозв'язок між програмами з питань боротьби з ВІЛ та іншими програмами в галузі охорони здоров'я в Регіоні демонструють досить обнадійливі результати.

За останні п'ять років вартість послуг з профілактики, лікування та допомоги у зв'язку з ВІЛ та відповідних товарів суттєво знизилась, що сприяє доступності медичної допомоги для пацієнтів [27]. На сьогодні національні стратегії з ВІЛ/СНІД у більшості країн Європейського регіону засновані на правах людини або розроблені з їх урахуванням [9]. Ці стратегії викладені у Плані дій у рамках стратегії ЮНЕЙДС на 2011–2015 рр. [44]. План дій заснований на чотирьох стратегічних напрямках глобальної стратегії ВООЗ і складає пропозиції щодо їх реалізації, які відображають європейський контекст та пріоритетні завдання Регіону: оптимізувати результати профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-

інфекції; домогтися покращення більш загальних показників у відношенні здоров'я за рахунок заходів у відповідь на ВІЛ; сформувати надійні та стійкі системи; знизити уразливість та усунути структурні перешкоди на шляху доступу до послуг (вплив на соціальні детермінанти здоров'я) [12].

На Європейській міністерській конференції Європейського регіонального бюро ВООЗ «Системи охорони здоров'я – здоров'я – добробут» у 2008 р. щодо динамічного взаємозв'язку між системами охорони здоров'я та благополуччям населення Нідерландами, Португалією, Фінляндією та Францією були показані приклади позитивного впливу на здоров'я населення, зокрема дітей. У процесі реформування охорони здоров'я завдяки державному забезпеченню гарантованого набору основних послуг охорони здоров'я для дітей та безперерйному здійсненню необхідних втручань, таких як імунізація, в рамках первинної медико-санітарної допомоги, а також підвищення рівня прихильності систем охорони здоров'я та соціальних служб до потреб дітей, які знаходяться у несприятливих умовах внаслідок різких демографічних, екологічних та епідеміологічних змін [28].

Вчені світового рівня визначилися щодо проблеми дитячої гіподинамії. Рекомендації для дітей та молоді в цілому вказують на необхідність у цьому віці присвячувати більше часу фізичній активності [46]. Так, Великобританія на основі міжнародного консенсусу рекомендує наступні рівні активності: діти та молодь повинні мати фізичне навантаження не менш 60 хвилин щоденно, двічі на тиждень ця активність має включати рухи, спрямовані на покращення стану кісткової системи, на розвиток м'язової сили та гнучкості [45]. Фізична активність дає суттєвий позитивний ефект щодо більшості хронічних захворювань. Отримані переконливі наукові аргументи, які свідчать про те, що: найбільш значний сприятливий ефект фізичної активності полягає у зниженні ризику серцево-судинних захворювань; низький рівень фізичної активності є однією з важливих причин різкого росту ожиріння в Європейському регіоні; вагомі наукові докази свідчать про те, що фізична активність сприяє попередженню діабету II типу; фізична активність сприяє зниженню сумарного ризику у відношенні злоякісних хвороб приблизно на 40%; фізична активність протягом всього життя може покращувати і підтримувати оптимальний фізіологічний стан кістково-м'язової системи, а також гальмує процес її вікової деградації, яка спостерігається у людей, що ведуть малорухливий спосіб життя [51]. Фізична активність має також позитивний соціальний вплив: активний спосіб життя дає людям можливість спілкуватися з іншими людьми, брати участь у житті громади, пізнавати навколишнє середовище, сприяє зниженню проявів депресії, стресу, тривоги, позитивно впливає на поведінку щодо здоров'я, асоціюючись з іншими елементами здорового способу життя, такими як раціональне харчування, відмова від тютюнопаління, а тому може використовуватись для стимуляції інших позитивних поведінкових змін [45]. Дослідження, проведені у Швейцарії, показують, що прямі затрати на компенсацію наслідків малорухливого способу життя становлять 1,1–1,5 млрд євро [47].

Паління, вживання алкоголю, висока швидкість пересування на автотранспортних засобах,

незбалансоване харчування та незахищений секс – це тільки окремі небезпечні для здоров'я фактори. Незважаючи на те, що ці фактори в певній мірі контролюються самими людьми, рішення, які вони приймають у своєму житті, здебільшого визначається суспільними, комерційними та іншими силами. Для ефективної боротьби з цими загрозами для здоров'я необхідні ефективні суспільні контролери, які на всіх рівнях повинні приймати спільне з державними органами рішення [42].

Система охорони здоров'я відіграє важливе значення у досягненні мети подолання соціальної нерівності щодо медичної допомоги. Основні дії повинні бути спрямовані на скорочення соціальної нерівності у відношенні здоров'я шляхом реалізації та розвитку стратегічних заходів [52].

Заходи державного впливу на вирішення проблем здоров'я населення не завжди є популярними і сприймаються самим населенням. Однією з основних причин такої ситуації є недостатнє обговорення та узгодження з представниками населення необхідних змін. Розвинені країни Європи на VII форумі ВООЗ з питань майбутнього висвітлили державні непопулярні рішення у сфері громадського здоров'я з їх основними уроками. Країни представили свої політичні рішення: Австрія і Нідерланди – у питаннях скорочення стаціонарних ліжок із залученням населення до обговорення та широкої інформаційної кампанії та забезпеченням доступності населенню медичної допомоги; Бельгія, Норвегія, Мальта та Ірландія – у боротьбі проти паління з широким громадським обговоренням, результатом якого стало те, що 70–90% населення через телефонне, газетне опитування погодилось з основним заходами, особливо про абсолютну заборону паління в громадських місцях, заборону реклами та інвестиції тютюнових компаній; Фінляндія і Норвегія – у напрямку політики проти алкоголю з подоланням значного опору опонентів, які порівнювали протиалкогольні заходи (високі податки на алкогольну продукцію, державна монополія на торгівлю, віковий ценз на купівлю, обмеження тривалості роботи та кількості точок торгівлі, заборона на рекламу) з політикою Талібана, проте підтримка парламенту дала можливість впровадити цю програму; усі означені країни, крім Мальти, – щодо введення часткової оплати медичних послуг із диференційованим підходом з урахуванням потреб вразливих прошарків населення, щоб не підірвати принцип соціальної справедливості [16].

Таким чином, державне регулювання здоров'я дітей повинне бути не лише задекларованим, але й практично втіленим за обов'язковою участю громадськості, з одного боку – як учасника розроблення політик, з іншого – як контролера втілення заходів.

## ВИСНОВКИ

Системи охорони здоров'я дітей мають бути гнучкими до оперативних змін відповідно до можливості вирішувати актуальні проблеми дитячого здоров'я сучасності. Найкращим прикладом управління охороною здоров'я дітей є стратегія прогнозування тенденцій у стані здоров'я населення шляхом вивчення основних чинників та детермінант, розробки механізму їх подолання,

вивчення оперативних наслідків та ефективності, внесення оперативних змін до програм та стратегій із залученням суспільства, спираючись на позитивний досвід розвитку інституції громадського здоров'я розвинених країн.

*Перспективи подальших досліджень* пов'язані з вивченням ефективності діяльності системи надання медичної допомоги дитячому населенню.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Адміністративне право України : підручник / за заг. ред. Т. О. Коломієць. – Київ : Істина, 2008. – 457 с.
2. Арнаудова А. Восьмой форум по вопросам будущего / А. Арнаудова Е. Якубовский // Управление безопасностью пациентов. ВОЗ. – Копенгаген, 2006. – 38 с.
3. Атлас здоров'я в Європе. 2008 г. – 2-е изд. / ВОЗ. – Копенгаген, 2009. – 129 с.
4. В направлении цели “ноль”: стратегия на 2011–2015 годы / Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034\\_UNAIDS\\_Strategy\\_ru.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_ru.pdf). – Название с экрана.
5. Виступ регіонального директора ВОЗ [Електронний документ]. – Шлях доступу : <http://www.euro.who.int>. – Назва з екрана.
6. Вінгловська О. І. Імплементція міжнародних стандартів прав дитини в національному законодавстві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.11 / О. І. Вінгловська. – Київ, 2000. – 20 с.
7. Державна доповідь про становище дітей в Україні за підсумками 2002 року. – Київ, 2003. – С. 190.
8. Доклад о выполнении в Украине Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (6-7 объединенный периодический доклад) / М-во Украины по делам семьи, молодежи и спорта; Гос. Ит-т развития семьи и молодежи; руководители авт. кол. : Л. Е. Леонтьева, А. В. Толстокорова. – Харьков : Фолио, 2007. – 79 с.
9. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, 2010 г. <http://www.mdg6forum.org/file/ru356.pdf>. – Название с экрана.
10. Доклад о профилактике детского травматизма в мире / Sethi D., Towner E., Vincenten J., Gomez M. S.; ВОЗ. – Копенгаген, 2009. – 98 с.
11. Доповідь про виконання в Україні Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок. Проект: Шоста періодична доповідь. – Київ : Український ін-т соціальних досліджень, 2001. – 87 с.
12. Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. – Копенгаген : ВОЗ, 2011. – 70 с.
13. Жилка К. І. Розвиток механізму взаємодії з міжнародними організаціями у сфері державного управління охороною здоров'я дітей: автореф. дис. ... канд. наук. з держ. упр. : 25.00.02 / К. І. Жилка. – Київ, 2014. – 20 с.
14. За безопасные дороги и более здоровые транспортные альтернативы // Европейский доклад о состоянии безопасности дорожного движения / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2009. – 161 с.
15. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я. Щорічна доповідь, 1997 р. – Київ : Інститут громадського здоров'я МОЗ України, 1998. – 384 с.
16. Здоровье 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1999. – № 6. – С. 324. – (Европейская серия достижения здоровья для всех).
17. Ключко В. М. Историчні аспекти реалізації принципів державного управління в галузі охорони здоров'я / В. М. Ключко // Держава та регіони. – 2010. – № 3. – С. 213–217.
18. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. – Київ : Феміна, 1996.
19. Концепція наукового забезпечення розвитку охорони здоров'я України у 2012 році: наказ МОЗ України № 508 від 15.2008 р. [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
20. Моніторинг стану здоров'я дітей 0–17 років включно ретроспектива 2003–2010 / МОЗ України; за ред. М. В. Голубчикова. – Київ, 2010. – 26 с.
21. Обеспечение здорового будущего для наших детей – иммунизация детей : Выступление директора Европейского регионального бюро ВОЗ // Материалы Конференции Европейского регионального бюро ВОЗ, Будапешт, 3 марта 2011 г. – 3 с.
22. Отчет о совещании ВОЗ. Здоровье-21. Второе совещание Целевой группы по перинатальной помощи, 2001. – 82 с.
23. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко [та ін.]. – Київ : Здоров'я, 2003. – 396 с.
24. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України № 1313/2000 від 07.12.2000 р. [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua> – Назва з екрана.
25. Про охорону дитинства: Закон України від 26.04.2001 № 2402-III [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua> – Назва з екрана.
26. Програма дій, адаптована на Міжнародній конференції з питань народонаселення та розвитку / Фонд народонаселення ООН. – Київ, 1997. – 56 с.
27. Прогресс, достигнутый в осуществлении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу : Доклад Генерального секретаря ООН [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/a64735\\_sgreport\\_2010\\_ru.pdf](http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/a64735_sgreport_2010_ru.pdf). – Название с экрана.

28. Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние : отчет // Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения. – Копенгаген : ВОЗ, 2009. – 84 с.
29. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан. – Київ : Сфера, 2001. – 176 с.
30. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоров'я и благосостояния. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.euro.who.int/document/hsm/6\\_hsc08\\_rdoc06.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_rdoc06.pdf). – Название с экрана.
31. Україна. Людський розвиток. Звіт. ПРООН. – Київ, 1997. – 96 с.
32. Центр медичної статистики МОЗ України / 2014 р. [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
33. Ціборовський О. М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О. М. Ціборовський, С. В. Істомін, В. М. Сорока. – Київ, 2011. – 72 с.
34. Чеканова Т. Д. Взаємодія адміністративних та політичних механізмів у системі управління охороною здоров'я: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Т. Д. Чеканова. – Одеса, 2008. – 20 с.
35. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я. 2007 рік / В. М. Князевич, М. Г. Проданчук, З. М. Митник та ін. – К., 2008. – Т.2. – 277 с.
36. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік. – К., 2009. – 384 с.
37. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2007 рік / В. М. Князевич, М. Г. Проданчук, З. М. Митник та ін. – К., 2008. – Т. 1. – 282 с.
38. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік – Київ, 2010. – 447 с.
39. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. Квіташвілі О.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2015. – 460 с.
40. Элиминация кори и краснухи и предупреждение врожденной краснушной инфекции // Стратегический план Европейского региона ВОЗ 2005–2010 г. – Копенгаген : ВОЗ, 2005. – 31 с.
41. Ювенальна юстиція в Україні: коментар та аналіз діючого законодавства. Конвенція про права дитини (з постатейними матеріалами) : словник-довідник з ювенальної юстиції / за заг. ред. В. С. Зеленецького, Н. В. Сібільової. – Харків : Страйк, 2006. – 784 с.
42. Allin S. Making decisions on public health a review of eight countries / S. Allin, E. Mossiasilos ; World Health Organization. – Copenhagen, 2004. – 97 p.
43. Arnaudova Albena 10 health questions about the 10 / Albena Arnaudova; edited by Yves Charpak. – Denmark, 2004. – 178 p.
44. Arnaudova A. 10 вопросов о здравоохранении в странах – новых соседях ЕС / A. Arnaudova; ВОЗ. – Копенгаген, 2006. – 292 с.
45. At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer. London, Department of Health, 2004 [Electronic resource]. – URL : <http://tinyurl.com/332mf>. – Title from screen.
46. Cavill N. Физическая активность и здоровье в Европе: аргументы в пользу действий / N. Cavill, S. Kahlmeier, F. Racioppi. – Копенгаген : ВОЗ, 2006. – 41 с.
47. Economic benefits of the health-enhancing effects of physical activity: first estimates for Switzerland. Scientific position statement of the Swiss Federal Office of Sports, Swiss Federal Office of Public Health, Swiss Council for Accident Prevention, Swiss National Accident Insurance Organisation (SUVA), Department of Medical Economics of the Institute of Social and Preventive Medicine and the University Hospital of Zurich and the Network HEPA Switzerland / Martin B. W. [et al.] // Schweizerische Zeitschrift fur Sportmedizin und Sporttraumatologie. – 2001. – Vol. 49 (3). – P. 131–133.
48. Health economic assessment tools (HEAT) for walking and for cycling / Economic assessment of transport infrastructure and policies. Methodology and user guide. WHO. – Copenhagen, 2011. – 40 p.
49. Health in the European Union. Trends and analysis // On behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies / WHO. – Copenhagen, 2011. – 164 p.
50. HIV/AIDS surveillance in Europe 2009 / European Centre for Disease Prevention and Control. WHO Regional Office for Europe [Electronic resource]. – URL : [http://ecdc.europa.eu/en/publications/ublications/101129\\_SUR\\_HIV\\_2009.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/ublications/101129_SUR_HIV_2009.pdf). – Title from screen.
51. Physical inactivity. In: Ezzati M, ed. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors / Bull F. [et al.]. – Geneva : WHO, 2004. – 1199 p.
52. Putting our own house in order: examples of health-system action on socially determined health inequalities. – Copenhagen : WHO, 2010. – 75 p.

*Дата надходження рукопису до редакції: 24.03.2016 р.*

**Реализация государственной политики относительно здоровья детей в сотрудничестве с международными проектами (аналитический обзор научной литературы)**

Н.Я. Жилка<sup>1</sup>, Г.А. Слабкий<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – изучить и проанализировать вопросы реализации государственной политики Украины относительно здоровья детей, которая проводится в сотрудничестве с международными проектами.

**Материалы и методы.** В ходе исследования использован метод контент-анализа. Изучено и проанализировано 52 источника научной литературы и международных документов, касающихся защиты здоровья детей.

**Результаты.** Самым лучшим примером управления охраной здоровья детей является стратегия прогнозирования тенденций в состоянии здоровья населения путем изучения основных факторов и детерминант, разработки механизма их преодоления, изучения оперативных последствий и эффективности, внесения оперативных изменений в программы и стратегий с привлечением общественности, опираясь на позитивный опыт развития институции общественного здоровья развитых стран.

**Выводы.** Обеспечение прав детей в сфере охраны здоровья должно быть не только задекларированным, но и практически осуществленным, при обязательном участии общественности: с одной стороны – как участника разработки политики, с другой – как контролера проведения мероприятий.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** здоровье детей, государственная политика, международный проект.

**Implementation of state policy on children's health in collaboration with international projects (analytical survey of scientific literature)**

N.Y. Zhylka<sup>1</sup>, G.O. Slabkiy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>PE «Ukrainian Institute of Strategic Research MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to explore and analyze the issues of implementation of the State policy of Ukraine concerning the health of children in cooperation with international projects.

**Materials and methods.** The method of content analysis was used in the course of study. 52 sources of scientific literature and international documents on the protection of children's health were studied and analyzed.

**Results.** The strategy of predicting trends in the state of population health by examining major factors and determinants, developing the mechanism to overcome them, studying the operational effects and effectiveness, making operational changes to programs and strategies involving society, drawing on the positive experience of the development of institutions of public health in developed countries is the best example of health care management.

**Conclusions.** Ensuring children's rights in the section of public health should be not only proclaimed but also practically incarnated with obligatory participation of the public: on the one hand as a member of policy development, on the other hand as the controller of the implementation of measures.

**KEY WORDS:** children's health, State policy, international project.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Жилка Надія Яківна** – д.мед.н., с.н.с., проф. кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, заслужений лікар України; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, м. Київ, 02099, Україна.