



DOI 10.37491/UNZ.82.13  
УДК 347.63+347.151+342.7



Надія БОНДАРЕНКО-ЗЕЛІНСЬКА<sup>1</sup>,  
Марина БОРИСЛАВСЬКА<sup>2</sup>,  
Андрій ЗЕЛІНСЬКИЙ<sup>3</sup>

## ПРО ПРАВО НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я СОЦІАЛЬНО ВРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

*Метою статті є окреслення найбільш значимих аспектів забезпечення реального здійснення особами, які належать до соціально вразливих груп населення, своїх прав у сфері охорони здоров'я. Внаслідок проведеного дослідження з'ясовано, що вразливість як соціально-правове явище — це стан, коли особа, сім'я, група осіб не можуть задовольнити свої базові та соціальні потреби через наявність обставини/сукупності обставин, які цьому перешкоджають. Запропоновано визначення соціально вразливих груп населення. Проведене розмежування соціально вразливих груп населення із малозабезпеченими особами. Обґрунтовано, що діти є найбільш чисельною соціально вразливою групою населення. При-*

<sup>1</sup> кандидатка юридичних наук, доцентка, професорка кафедри цивільного права та процесу, Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова, [flaming\\_n@ukr.net](mailto:flaming_n@ukr.net), <https://orcid.org/0000-0002-8570-6920>.

<sup>2</sup> кандидатка юридичних наук, доцентка, доцентка кафедри цивільного права та процесу, Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова, [marina3mak@gmail.com](mailto:marina3mak@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-9389-2914>.

<sup>3</sup> головний спеціаліст відділу державного контролю у сфері обігу лікарських засобів, медичної продукції та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Хмельницькій області, [dls.km@dls.gov.ua](mailto:dls.km@dls.gov.ua), <https://orcid.org/0000-0003-4457-8720>.



чини такого висновку полягають у соціальній вразливості та потенційній незахищеності дітей внаслідок їхнього віку, недостатності життєвого досвіду, психологічної та розумової нерівномірності та об'єктивної неготовності до багатьох життєвих реалій. Встановлена залежність благополуччя дитини від ефективності здійснення її права на охорону здоров'я. Право на охорону здоров'я кожної дитини в Україні може бути забезпечене лише при гарантованому доступі до кваліфікованих лікарів та до життєво необхідних лікарських засобів з доведеною ефективністю. Причому такий доступ повинен бути своєчасним, забезпечуватися вже у момент виникнення в дитини потреби у медичній допомозі. Встановлені важливі напрямки державної політики у сфері охорони здоров'я дітей. Серед них: розробка ефективного механізму превентивного виявлення, моніторингу та захисту дітей, щодо яких є лише перші ознаки виникнення навколо дитини негативної ситуації; контроль та координація процесу інформування і батьків, і дітей щодо дитячого здоров'я та «гігієни сім'ї»; сприяння та заохочення належного проходження регулярних профілактичних медичних оглядів для тих категорій дітей, для яких законодавство їх встановлює як обов'язкові; правовий, науковий та промисловий розвиток фармацевтичної сфери з метою максимального забезпечення внутрішнього ринку держави якісними ліками. Пропонується здійснювати періодичний перегляд Календаря щеплень, включення до нього непередбачених чинним законодавством «кермованих» інфекцій та запровадження системи заохочення проходження вакцинації. Для захисту інтересів дитини обґрунтована необхідність запровадження спеціальних електронних ресурсів (відповідної платформи) з необхідною інформацією для дітей та можливістю зворотного зв'язку. Для розробки такого ресурсу слід використати найкращий світовий досвід.

**Ключові слова:** соціально вразлива група населення, складні життєві обставини, дитина, діти, охорона здоров'я, право на охорону здоров'я, фізичне та психологічне здоров'я, медична допомога, вакцинація, лікарські засоби, інформація про стан здоров'я, механізм та способи захисту прав.

«Здорова нація — це не тільки мрія, а й обов'язок  
будь-якої держави, що називає себе соціальною»

Андрій Зелінський

**У** багатьох суспільних відносинах участь держави обмежується лише дозвільно-контрольними функціями або взагалі є непотрібною (як це, наприклад, має місце у внутрішньо сімейних відносинах). Проте у сфері соціального захисту саме державі повинна належати провідна роль. І, попри сучасні заклики відійти від ідеї патерналістської держави, сучасний



світ доводить передчасність таких пропозицій, щодня демонструючи вразливість людей, навіть, здавалося б, тих, хто твердо стоїть на ногах<sup>4</sup>. Що вже казати про членів суспільства, щодо яких існує велика ймовірність зазнати негативних впливів соціальних, екологічних, інших зовнішніх та/або внутрішніх несприятливих факторів.

Тому будь-яка цивілізована держава повинна бути не тільки правовою, а й соціальною та прагнути належним чином підтримувати своїх громадян, особливо тих з них, хто потрапив у важку життєву ситуацію та потребує соціальної допомоги.

На жаль, декларуючи те, що розв'язання соціальних питань в Україні на сьогодні є одним із пріоритетних напрямків державної політики [2, с. 190], наша держава не здатна виконувати це завдання повною мірою. Причинами такого становища називають різні обставини, серед яких і необхідність удосконалення соціального законодавства, адже зміна системи суспільних відносин обумовлює необхідність перегляду застарілих положень, що не відповідають сучасним потребам суспільства. Також потребує усунення множинність, неузгодженість та подрібненість нормативно-правових приписів [3].

Серед усіх проблем забезпечення ефективного здійснення державою її соціальних функцій особливу увагу привертає питання про право на охорону здоров'я соціально вразливих груп населення.

Дослідженню питань захисту прав соціально вразливих членів суспільства присвячено чимало праць українських і зарубіжних учених, зокрема таких, як: Н. Б. Болотіна, Н. П. Борецька, О. Л. Караман, О. В. Макарова, М. І. Мальований, І. Л. Матвієнко, З. В. Медвідь, С. М. Прилишко, А. Г. Реут, І. Є. Храпко, Т. М. Ціщюра та інші.

Проблематикою охорони здоров'я, забезпечення ефективної медичної допомоги та здійснення відповідних прав у різний час займалися М. М. Білинська, О. О. Варавікова, Н. О. Васюк, О. В. Виноградов, А. І. Данилів, В. М. Князевич, В. М. Лехан, О. В. Перепадя, В. М. Рудий, Т. В. Семигіна, Т. Х. Тульчинський, О. Д. Фірсова, В. Г. Шевцов, І. М. Шейман, С. В. Шишкин та інші.

Проте проблеми захисту прав соціально вразливих членів суспільства в багатьох сферах людської діяльності, а особливо у сфері охорони здоров'я, досі залишаються недостатньо дослідженими.

Актуальність обраної проблематики підсилюється не тільки тим фактом, що наразі у вітчизняній доктрині відсутній єдиний підхід до визначення соціально вразливих членів суспільства та їхнього правового статусу, а й наявними на практиці проблемами здійснення права на охорону здоров'я в Україні та доступу громадян до гарантованого ефективного та доступного медичного обслуговування.

<sup>4</sup> Так, ситуація з пандемією COVID-19 (SARS-CoV-2) яскраво проілюструвала, що будь-які гроші світу чи соціальний статус не можуть врятувати від ризику постраждати від пандемії. Зокрема, станом на 01 квітня 2021 р. у світі було зафіксовано 129 979 346 випадків зараження людей на COVID-19 (SARS-CoV-2), з яких 2 834 331 — смертельний випадок [1].



*Метою статті є визначення поняття, яке буде найбільш релевантним для позначення того прошарку суспільства, що перебуває в зоні особливої уваги соціальної держави, та окреслення найбільш значимих аспектів забезпечення реального здійснення ними своїх прав у сфері охорони здоров'я.*

У юридичній доктрині сьогодні сформувалися різні, інколи дуже неоднозначні погляди не тільки щодо того, кого слід відносити до вразливих прошарків суспільства, а й щодо того, як їх називати — «групи», «верстви» чи «категорії».

Окремі науковці оперують дефініцією «вразливі (соціально вразливі) верстви населення» [4; 5, с. 101]. Деякі дослідники домінуючим визначають поняття «соціально-вразливі групи населення» [6; 7; 8; 9] або «вразливі (соціально-вразливі) категорії населення» [10; 11]. Утім, більшість оперують цими категоріями як синонімами [2, с. 190–191, 198; 6; 12, с. 6, 9, 18, 22, 32; 13, с. 78–79].

На перший погляд здається, що не принципово, який термін використовувати: «верстви», «групи» чи «категорії». І саме таке ставлення до цього питання демонструють вищевказані колеги. Утім, навряд чи такий підхід можна визнати доречним. Мова не випадково є ключовим елементом національної ідентичності. Від влучності використання термінології залежить правильність, а отже, — й ефективність правозастосування.

Етимологічно термін «верстви» позначає певну частину суспільного класу, соціальної групи, сукупність індивідів, зайнятих економічно й соціально рівноцінними видами праці, які отримують приблизно рівну матеріальну та моральну винагороду, або спільноту, в якій кожен індивід є носієм однієї ознаки [14]. Виходячи з цього, можемо констатувати, що використання терміна «верстви» є недоречним, адже об'єктивна українська дійсність свідчить, що надзвичайно складно виділити цілий прошарок суспільства (за будь-якою ознакою), який можна було б віднести до тих, кому держава повинна приділити надмірну опіку (хіба що діти, та про них — згодом).

Якщо говорити про термін «категорія», який позначає соціальну спільність, що об'єднує індивідів за однією або декількома схожими характеристиками [15], то чи доречно соціально-вразливих членів суспільства виокремлювати в окрему соціальну спільність? З високою часткою ймовірності можемо стверджувати, що ні, адже здебільшого перебування конкретного індивіда в зоні особливої вразливості має суб'єктивний і часто тимчасовий характер.

Натомість термін «група», що позначає просту множину або сукупність довільних об'єктів, є таким, що, на нашу думку, найбільше відповідає сукупності осіб, що є соціально вразливими.

Невипадково саме цей термін обрав законодавець, який у законах України «Про соціальні послуги», «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» використав саме поняття «вразливі групи населення» (далі — ВГН) [16; 17], якими визначив особи чи сім'ї, які характеризуються найвищим ризиком опинитися у складних життєвих обставинах внаслідок впливу несприятливих зовнішніх та (або) внутрішніх факторів (п. 3 ст. 1 Закону України «Про соціальні послуги») [16].



Проте найбільш релевантним вважаємо саме термін «соціально вразливі групи населення» (далі — СВГН).

Щодо того, кого саме слід відносити до СВГН, то сучасна доктринальна дискусія не дозволяє дати однозначну відповідь на це питання.

Так, І. Є. Храпко до соціально-вразливих груп населення відносить індивідів або соціальні групи, що мають більшу за інших ймовірність зазнати соціальних втрат від дії економічних, екологічних, техногенних та інших чинників сучасного життя [6]. Ризик потрапляння у складні життєві обставини (далі — СВО) розглядають як підставу віднесення до вразливих груп й інші науковці [8, с. 64].

І. Л. Матвієнко додає фактор часу та аргументує, що соціально вразливою є та частина суспільного класу, яка в певний період часу або на постійній основі найбільш сприятлива до дії негативних зовнішніх чинників та потребує безпосередньої підтримки і захисту з боку держави та недержавних органів, бо з низки причин не в змозі забезпечити собі гідних умов існування [4, с. 278].

О. Л. Караман та Я. І. Юрків констатують, що такими є категорії населення, які не ймовірно, а реально обмежені в ресурсах для самостійного задоволення потреб та реалізації прав у суспільстві, перебуваючи як у звичайних умовах, так і у складних життєвих обставинах [10, с. 5].

Окремі дослідники взагалі розмежовують вразливі групи та так звані «групи ризику». До першої відносять особи/сім'ї, які мають найвищий ризик потрапляння у складні життєві обставини через вплив несприятливих зовнішніх та/або внутрішніх чинників, а до другої категорії — людей, чие соціальне становище за якимись критеріями не має стабільності, які практично не в змозі самостійно подолати власні труднощі, що може привести якщо не до біологічної загибелі, то до втрати соціальної значимості та духовності [8, с. 64].

Таке розмаїття думок не сприяє оперативному удосконаленню соціального законодавства, яке не може отримати належне доктринальне підґрунтя для змін.

На нашу думку, для визначення того, хто саме може бути віднесений до СВГН, слід, у першу чергу, визначитися з тим, що таке «вразливість» як ознака, що дозволяє певних членів суспільства перевести в зону особливої уваги держави.

Проаналізувавши доктринальні, нормативні та інші джерела, ми можемо констатувати, що «вразливість» — це стан, коли особа, сім'я, група осіб не можуть задовольнити свої базові та соціальні потреби через наявність обставини/сукупності обставин, які цьому перешкоджають. Такі обставини в Законі України прийнято називати *складними життєвими обставинами*.

Згідно із Законом України «Про соціальні послуги» СЖО є такими обставинами, які здійснюють несприятливий вплив на життя, здоров'я, розвиток людини, існування сім'ї та які особа чи сім'я не спроможні подолати самостійно. До них законодавець відносить: похилий вік особи; втрату рухової активності (повну чи часткову), втрату пам'яті; захворювання (неви-



ліковні або такі, що потребують тривалого лікування); психічні і поведінкові розлади особи (зокрема й ті, що викликані вживанням психоактивних речовин); наявність інвалідності; безробіття; бездомність; малозабезпеченість особи; поведінкові розлади дітей внаслідок розлучення батьків; ухилення батьків чи інших осіб, що їх замінюють, від виконання покладених на них обов'язків з виховання дітей; втрату соціальних зв'язків, зокрема, під час перебування в місцях позбавлення волі; жорстоке поводження із дитиною; насильство за статевою ознакою; домашнє насильство; потрапляння в ситуацію загрози торгівлі людьми; шкоду, створену такими явищами, як пожежа, стихійне лихо, катастрофа, бойові дії, терористичні акти, збройні конфлікти, тимчасова окупація (п. 15 ч. 1 Закону України «Про соціальні послуги») [16]<sup>5</sup>. Водночас редакція Закону з цього приводу справедливо піддається критиці, зважаючи на те, що цей перелік не охоплює фактори, що утворюють такі традиційно вразливі групи як, наприклад, самотні матері/батьки, працівники секс-бізнесу, біженці тощо [8, с. 64].

Не долучаючись до дискусії щодо переліку таких обставин, розглянемо питання стосовно того, наскільки коректно ризик настання таких обставин включати до ознак СВГН.

Розглянемо, наприклад, такий фактор, як хвороби, що потребують тривалого лікування. Після чорнобильської катастрофи стан навколишнього природного середовища в Україні значно погіршився порівняно з іншими країнами, що поставило майже всіх громадян у групу ризику розвитку відповідних захворювань. Вкрай поширеною останнім часом стала ситуація і з втратою соціальних зв'язків, яка в останні роки все більше набуває ознак масовості. Періодичні пандемії та політичні зрушення в останні роки призвели до того, що українці втратили та продовжують їх втрачати. Але ці обставити чи ризик їх настання не означає, що всіх громадян України потрібно визнавати соціально вразливими.

Якщо ж говорити про такі фактори, як ухилення батьків або осіб, які їх замінюють, від виконання своїх обов'язків із виховання дитини, безробіття, потрапляння в ситуацію торгівлі людьми тощо, то як їх можна прогнозувати? Як довести ризик настання таких ситуацій, поки вони не настануть?

Очевидно, що мова повинна йти не про ризик, а про реальну наявність обставин на момент визначення приналежності особи до СВГН та неспроможність особи самотійно з ними впоратися.

Невипадково в багатьох країнах до вразливих верств населення відносять малозабезпечених громадян, мешканців віддалених районів, дітей, батьків-одинаків, людей літнього віку (пенсіонерів), інвалідів, молодь, неповнолітніх правопорушників, ветеранів (учасників) воєнних дій, а також опікунів недієздатних людей [12, с. 16], тобто осіб, які вже перебувають у відповідних обставинах, а не гіпотетично можуть у них потрапити.

<sup>5</sup> Схоже визначення містить і *Порядок забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах, у тому числі дітей, які постраждали від жорстокого поводження*, затв. постановою Кабінету Міністрів України (далі — КМУ) від 01 червня 2020 р. № 585 [18].





Зважаючи на вищевказане вважаємо, що СВГН — це особи, сім'ї, соціальні групи, які в певний період часу або на постійній основі не можуть самостійно задовольнити свої базові та соціальні потреби через наявність обставини/сукупності обставин, які цьому перешкоджають, тому потребують безпосередньої підтримки і захисту з боку держави.

Склад СВГН різними дослідниками визначається по-різному.

Так, А. Г. Реут, залежно від об'єкта, на який спрямовані соціальні послуги, диференціює СВГН на:

1) громадян, що не здатні до самообслуговування через різні обставини (у зв'язку з похилим віком, хворобою, інвалідністю);

2) громадян, які перебувають у складній життєвій ситуації, а їхній середньомісячний сукупний дохід є нижчим від встановленого прожиткового мінімуму (безробітні, що шукають роботу; біженці; постраждали від стихійних лих тощо);

3) дітей та молодь, що знаходяться у складній життєвій ситуації (інваліди, сироти, безпритульні, малозабезпечені тощо) [2].

Т. П. Руденко до вразливих відносить бездомних; осіб похилого віку, які не можуть адекватно функціонувати; родини, в яких є проблеми дитячої занедбаності, сексуальних фізичних зловживань стосовно дитини або одного з партнерів; подружні пари, які мають серйозні сімейні конфлікти; родини, в яких дитину виховує лише один із батьків та в яких мають місце серйозні конфлікти; дітей, які мають проблеми, пов'язані з навчанням у школі, та їхні родини; ВІЛ-інфікованих людей та їхні родини; осіб, які через безробіття, фізичні вади, низький рівень професійної підготовки, відсутність годувальника тощо мають низькі доходи; мігрантів та біженців, які не мають достатніх необхідних ресурсів; іммігрантів та меншини, які мають недостатні ресурси та можливості, або тих, хто став жертвою расизму чи інших форм дискримінації; осіб, які порушили закон і були за це покарані; осіб, які мають соматичні (тілесні) чи психічні захворювання або інвалідність; осіб, залежних від алкоголю, наркотиків та їхні родини; осіб із затримками розвитку (інваліди розвитку) та їхні родини [19, с. 9–10].

Т. В. Семигіна вважає, що найбільш вразливими членами суспільства є діти, які зазнали насильства з боку батьків, люди з проблемами психічного здоров'я, люди з проблемами в навчанні, люди похилого віку [8, с. 58].

У повсякденному житті СВГН дуже часто ототожнюються із малозабезпеченими особами. Проте поняття малозабезпеченої особи досить чітко закріплене в законодавстві. Нею є людина, у якої її середньомісячний сукупний дохід за останні 6 календарних місяців до місяця звернення щодо надання соціальних послуг не перевищує два прожиткові мінімуми, встановлені для відповідної категорії осіб (п. 5 ч. 1 Закону України «Про соціальні послуги»). Та малозабезпеченість виступає лише одним із закріплених у законодавстві факторів (СЖО), що може зумовити соціальну вразливість людини або сім'ї. І навпаки: достатня матеріальна забезпеченість особи (сім'ї) ще не свідчить про те, що людина чи коло людей (сім'я) не знаходяться у СЖО і не відносяться до СВГН з усіма наслідками такого статусу. Серед таких наслідків, насамперед, йдеться про право людини претендувати на надання їй належних соціальних послуг. І серед таких послуг для



СВГН науковці окремо згадують про психологічні, медичні, реабілітаційні заходи тощо [2], які, зрештою, сприяють здійсненню та забезпеченню права на охорону здоров'я СВГН. Відповідно соціальні послуги не обмежуються саме до матеріальними допомогою певних видів.

З цього приводу доречною є думка тих науковців, які констатують, що барометром вразливості є стан задоволення потреб [11, с. 56] в конкретний період реального часу, а не гіпотетично прогнозований.

Показовим у цьому плані є приклад внутрішньо переселених осіб (далі — ВПО). У 2014 році велика кількість українців різного рівня достатку та представники різних соціальних груп змушені були полишити місце свого проживання з метою уникнення негативних наслідків тимчасової окупації частини Донецької та Луганської областей. Усі вони опинилися під впливом такої СЖО, як вимушене переміщення (до речі, не передбаченої Законом). Більшість ВПО кожного дня стикаються з побутовими, матеріально-економічними, соціальними, психологічними, юридичними проблемами та проблемами, пов'язаними зі здоров'ям, що унеможливує достатній рівень задоволення навіть базових потреб [20, с. 7–8]. Прогнозувати можна було б цілу низку негативних наслідків для всіх ВПО. Утім, деякі громадяни змогли самостійно впоратися із ситуацією і не зверталися до держави за соціальною підтримкою.

Інакше кажучи, належність конкретної особи, соціальної групи до СВГН та ступінь її вразливості слід оцінювати через призму наявних СЖО та оцінки того, наскільки останні перешкоджають задоволенню базових та соціальних потреб індивіда в *конкретний період реального часу, а не гіпотетично прогнозований*.

Слід зазначити, що серед багаточисельного переліку осіб, які можуть бути віднесені до СВГН, на особливу увагу заслуговують діти.

Чинне законодавство України дає спеціальне поняття дитини, яка знаходиться у СЖО. Такою є дитина, яка опинилася в умовах, які здійснюють негативний вплив на її життя, здоров'я, розвиток внаслідок інвалідності, тяжкої хвороби, безпритульності, протиправної поведінки, трудової експлуатації дітей, зловживанням психотропними чи іншими речовинами, жорстокості, домашнього насильства, ухилення батьків чи осіб, що їх заміняють, від виконання своїх обов'язків, стихійних лих, техногенних аварій, катастроф, військових дій, збройних конфліктів тощо, якщо зазначені обставини встановлені внаслідок оцінки потреб дитини (абз. 9 ч. 1 ст. 1 Закону України «Про охорону дитинства») [21].

Закон України «Про охорону дитинства» окремо врегульовує положення щодо дітей, які потребують особливого захисту з боку держави (розд. V). Зокрема, до переліку дітей, що перебувають у СЖО, належать:

- діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування (далі — ДС та ДПБП), безпритульні діти;
- діти з інвалідністю та діти з вадами розумового або фізичного розвитку (далі — ВР/ФР);
- діти з ВІЛ-інфекцією та діти, хворі на інші невиліковні та тяжкі хвороби;





- діти, які постраждали від стихійного лиха, техногенних аварій, катастроф;
- діти, які перебувають на території воєнних дій та збройних конфліктів, та діти, які постраждали від воєнних дій та збройних конфліктів;
- діти, які постраждали внаслідок сексуального насильства чи стали свідками (очевидцями) такого насильства;
- діти-біженці і діти, які потребують додаткового (чи тимчасового) захисту;
- неповнолітні правопорушники [21].

Основними факторами неблагополуччя для дітей законодавець, по суті, визнає погані матеріально-побутові умови, алкоголізм і наркоманію батьків, неповні сім'ї, насильство в сім'ї. Саме такі діти належать до групи високого ризику смертності від зовнішніх причин, зокрема від нещасних випадків та суїцидів [22, с. 11]. Таким чином, закон виділяє значне коло осіб, які мають або потенційно можуть мати проблеми із фізичним здоров'ям, і найімовірніше, всі вони мають глибокі психологічні проблеми чи травми, що в подальшому впливатимуть як на них самих, так і на їхнє оточення та їхнє майбутнє (включаючи і їхні майбутні сім'ї).

Водночас, хоча закон прямо не вказує дитячий вік як СЖО, та очевидно, що діти самі по собі є соціально вразливими, потенційно незахищеними через їхній вік, недостатність життєвого досвіду, психологічну та розумову нерівномірність та об'єктивну неготовність до багатьох життєвих реалій. Дитинство є тим періодом життя будь-якої людини, коли відбувається становлення та розвиток особистісних якостей, закладається база фізичного та психологічного здоров'я [23, с. 63–64]. Варто також згадати, що різноманітні правопорушення щодо дітей є досить поширеними. Тобто діти є досить «легкою здобиччю» для злочинців, які не соромляться використовувати мало- та неповнолітніх осіб. Більше того, життя значної частини дітей ускладнено ще додатковими СЖО, і таких чинників у житті дитини, як правило, декілька.

Надзвичайно красномовно проблеми дітей викладені у *Всесвітній декларації про забезпечення виживання, захисту та розвитку дітей* (далі — Всесвітня декларація виживання): щоденно значна кількість дітей по всьому світі наражається на небезпеки, що перешкоджають їхньому дорослішанню і розвитку. Як жертви війн та насильства діти піддаються расовій дискримінації, апартеїду, агресії, іноземній окупації й анексії. Будучи біженцями та переміщеними дітьми, вони страждають внаслідок того, що змушені покинути свої будинки та сім'ї. Діти також страждають внаслідок інвалідності, недбалості, жорстокості й експлуатації. Щодня мільйони дітей потерпають від злиднів і економічної кризи — внаслідок голоду, відсутності даху над головою, епідемій, неграмотності, забруднення навколишнього середовища. Страждання приносять проблеми зовнішньої заборгованості держав, а також відсутність стабільного та постійного зростання в країнах, що розвиваються, в тому числі в найменш розвинених. Щоденно 40 тис. дітей помирають від голоду і хвороб, зокрема, від синдрому набутого імунodefіциту (далі — СНІДу), відсутності чистої води й антисанітарії, від



наслідків вживання наркотиків (п.п. 4–6 Всесвітньої декларації виживання) [24].

Як не дивно виглядає така паралель у сучасний час, проте одразу згадуються відомості про дитячу смертність у попередні сторіччя. Так, М. В. Ломоносов у 1761 році вказував, що щорічно помирало по сто тисяч дітей у віці до трьох років. Дослідник зазначав, що існувала значна кількість жінок, які народили до 10, а то й до 16 дітей, з яких у живих не залишилося жодного [25, с. 471]. Б. Н. Миронов вказував: це була якась пекельна машина: діти народжувалися, щоб померти, і що більше дітей народжувалося, то більше помирало, а що більше помирало, то більше народжувалося [26, с. 199]. Навіть наприкінці 70-х років XIX ст. з усіх дітей, які народжувалися, до 6-річного віку доживали лише 54 % [27, с. 14]. Але умови життя дітей у попередні часи не зрівняти з нинішніми, з рівнем розвитку техніки, медицини, протиепідемічних заходів тощо. Чи можна стверджувати, що сучасні діти є більш захищеними і не потребують особливої уваги держави? На жаль, ні. Згідно з даними Міністерства соціальної політики України станом на 31 грудня 2019 р. кількість дітей в Україні становила близько 7 млн. Водночас на кінець 2019 року обліковано понад 95 тис. звернень з приводу домашнього насильства, що на 11 % більше порівняно з аналогічним періодом 2018 року. Більше того, щороку близько 8 тис. дітей потрапляють до притулків для дітей та центрів соціально-психологічної реабілітації дітей, близько 13 тис. дітей перебувають в стані гострого неблагополуччя, з яких 30 % вилучається із небезпечного середовища. Близько 5 тис. дітей страждають від кримінальних правопорушень, у тому числі понад 1 тис. — від тяжких та особливо тяжких злочинів [28]. І це відомості тільки по одній СЖО.

Якщо ж згадати про проблему малолітнього материнства, кількість дітей з проблемами здоров'я та все зазначене у Всесвітній декларації про виживання, що дозволило згадати про минуле, напрошується висновок, що сучасні досягнення науки, медицини, різноманітні соціальні, демографічні, освітні програми, так популярні в сучасному світі, не можуть забезпечити прорив у вирішенні проблем дітей, і вони й досі залишаються дуже значною СВГН. Це повною мірою стосується й нашої держави.

Звичайно, становище наших громадян (зокрема, й дітей) не можна порівнювати із проблемами найбідніших держав чи регіонів світу (у першу чергу, згадуються африканські держави), проте й нашим «несолодко». Достатньо лише пригадати негативний психологічний вплив, який здійснює на них інформація про військові дії на сході нашої країни (вже не згадуючи про тих, хто безпосередньо роками проживає в зоні активних бойових дій або не може повернутися додому).

Усі зазначені та багато інших факторів значною мірою впливають на майбутнє дитини, її здоров'я та психологічний стан. А стан здоров'я є тим базовим показником, який істотним чином визначає життя будь-якої людини, можливість отримання освіти, роботи, відповідно — матеріальної забезпеченості, на можливість у майбутньому створити власну сім'ю та забезпечити сприятливі умови її функціонування тощо.



Усе вказане наводить на думку про те, що благополуччя кожної людини залежить від реалізації її права на охорону здоров'я ще в дитинстві. Без зайвого пафосу можна стверджувати, що здорове суспільство та держава беруть свій початок зі здорового дитинства, зі здоров'я кожного малюка.

Таким чином, аналізуючи проблематику права на охорону здоров'я СВГН, хочемо акцентувати увагу саме на дітях як найбільшій та вразливій частині населення.

Усе починається з дитинства: перші кроки, перші помилки та вміння своєчасно робити з них належні висновки. І перші досягнення також. Людське суспільство теж росте та дорослішає. І його успіхи є безперечними. Серед іншого, ми навчилися любити та берегти своїх дітей, розуміти, що вони не просто люди маленького розміру, а те, що вони ще тільки зростають, тільки перетворюються на людей як фізично, так і психологічно<sup>6</sup>.

У цілому в змісті права на охорону здоров'я дітей в сучасній дійсності доречно виділити два важливих елементи:

- 1) сукупність превентивних заходів різного характеру;
- 2) медична допомога в необхідних випадках.

Вони надзвичайно важливі й вагомі, і в межах однієї статті їх дослідити навряд чи можливо. Тому зупинимось детальніше на одному з елементів, а саме на превентивних заходах, адже попередити захворювання в разі легше, ніжвилікувати. А ефективність таких заходів є надважливою для забезпечення здоров'я не тільки СВГН, але й нації в цілому.

Первинна профілактика хвороб включає конкретні заходи, які залежить від багатьох факторів, зокрема, від історичних, національних та державних традицій, від започаткованих у певній державі державних програм, норм законодавства тощо. На нашу думку, особливе місце серед заходів профілактики захворювань та збереження здоров'я дітей належить:

- правовому регулюванню охорони здоров'я дітей;
- економічному забезпеченню заходів щодо охорони здоров'я дітей;
- подоланню соціальних проблем дитинства;
- матеріально-технічному забезпеченню заходів профілактики;
- імунопрофілактиці, іншим санітарним та протиепідемічним заходам.

Звичайно, зміст усіх зазначених компонентів є надзвичайно об'ємним, містить значну частину проблем та питань без відповідей або з неоднозначними рішеннями. Тому ми зупинимось на окремих із них. Насамперед, почнемо із *правового регулювання охорони здоров'я дітей і ефективності правозастосування, а також економічного забезпечення відповідних заходів*.

<sup>6</sup> Таке ставлення дуже чітко прослідковувалось як у повсякденному ставленні, так і в образотворчому мистецтві: у X–XIII ст.ст. дітей було прийнято зображати як маленьких дорослих, із суворими, недитячими обличчями, а закони врегульовували відносини із ними без врахування їх віку [29, с. 66]. Тільки з XVII ст. ситуація почала суттєво змінюватися, з'явилося розуміння нерозумності, несамостійності, беззахисності, недосвіченості дітей, що було відсутнє в попередні часи [27, с. 13].



Розвиток законодавства про права дітей став наслідком формування законодавства про права людини в цілому. Необхідність забезпечення відповідності вітчизняного законодавства вимогам міжнародного права відбито й у правовому регулюванні охорони здоров'я громадян. У міжнародному праві право на охорону здоров'я належить до системи соціальних прав, які безпосередньо пов'язані з національними системами охорони здоров'я держав світу. Міжнародним документом, що відображає таку взаємодію, є *Європейська соціальна хартія* [30] (далі — Хартія). Вона містить перелік основних соціальних прав людини (ч. I), зокрема: всі володіють правом на здоров'я; дітям і молоді належить право на спеціальний захист від фізичних і моральних ризиків, на які вони наражаються; кожна особа має право користуватися благами, які дозволяють забезпечити належний стан здоров'я; кожна особа, у якої відсутні необхідні матеріальні засоби, має право на медичну допомогу.

У ч. II Хартії розкривається зміст прав на охорону здоров'я, соціальну і медичну допомогу [30].

Важливим кроком у визнанні та закріпленні прав дітей на міжнародному рівні стало прийняття у 1948 році Генеральною Асамблеєю (далі — ГА) Організації Об'єднаних Націй (далі — ООН) Загальної декларації прав людини, у якій вказано, що «материнство та дитинство дають право на особливу опіку та допомогу» (ст. 25) [31].

Першим, по суті, «дитячим» нормативним актом ООН стала *Декларація прав дитини*, прийнята ГА ООН у 1959 році (далі — Декларація). Вона проголосила, що дитина, враховуючи її фізичну і розумову незрілість, потребує спеціальної охорони і турботи, включно належний правовий захист до і після народження. Людство повинно давати дитині краще, що воно має [32]. У подальшому на базі сформульованих Декларацією рекомендаційних принципів у 1989 році ГА ООН ухвалила *Конвенцію про права дитини* (далі — Конвенція), яка закріпила комплекс міжнародно-правових стандартів захисту і забезпечення благополуччя дітей і яка є обов'язковою для держав-учасниць [33]. У Конвенції про права дитини зафіксовано концепцію забезпечення «найкращих інтересів дитини» (ст. 3) як обов'язковий критерій для «усіх дій чи рішень щодо дітей» та обов'язки держав з охорони здоров'я (ст. 24) [33]. Більше того, за змістом ст. 24 цієї Конвенції Держави-підписанти визнають за кожною дитиною право на доступ до найбільш досконалих послуг у системі охорони здоров'я та до засобів лікування хвороб і відновлення здоров'я. Також держави-учасниці беруть на себе обов'язок вживати заходи щодо зниження дитячої смертності<sup>7</sup>, охорони здоров'я дітей, надання першочергової уваги первинній медико-санітарній допомозі, а також зосередження зусиль на забезпеченні кожній дитині доступу до подібних послуг системи охорони здоров'я [33].

Принцип «найкращих інтересів дитини» був докладно розкритий Комітетом ООН із прав дитини у Зауваженні загального порядку № 14 (2013)

<sup>7</sup> Зауважимо, що зниження дитячої смертності є одним із Завдань тисячоліття, висвітленого в Декларації Тисячоліття ООН 2000 року (завдання 4) [34].



«Про право дитини на приділення першочергової уваги якнайкращому забезпеченню її інтересів», яким рекомендовано в питаннях визначення та оцінки найкращих інтересів дитини серед великої кількості факторів та аспектів, вартих уваги, враховувати зокрема, такі як права і потреби у галузі охорони здоров'я [35].

Конвенційні норми корелюються в Україні з конституційними приписами, що визнають людину, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпеку найвищою соціальною цінністю в Україні, а також закріплюють право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст.ст. 3, 49 Конституції України) [36].

*Закон України «Про охорону дитинства»* в преамбулі визначає, що охорона дитинства в нашій державі виступає стратегічним загальнонаціональним пріоритетом, який суттєвим чином впливає на національну безпеку України, на ефективність внутрішньо-державної політики. З рештою дотримання прав дитини на життя, охорону здоров'я, соціальний захист, освіту, різносторонній розвиток і виховання в сім'ї є принципом державної політики у зазначеній сфері, який базується на забезпеченні найкращих інтересів дитини. За визначенням, наведеним у ст. 1 *Закону України «Про охорону дитинства»* забезпечення найкращих інтересів дитини являє собою дії чи рішення, спрямовані на задоволення індивідуальних потреб кожної дитини згідно її віку, статі, стану здоров'я, специфіки розвитку, життєвого шляху та досвіду, належності до певної сім'ї, культури, етнічної групи із врахуванням думки дитини (за умови, що вона досягла такого віку й рівня розвитку, що може її висловити). Право дитини на життя та охорону здоров'я законодавчо унормовано в ст. 6 цього закону, за змістом якої кожна дитина має право на життя із моменту визначення її живонародженою й життєздатною за критеріями Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі — ВООЗ). Згідно цього ж акту законодавства держава гарантує дитині право на охорону її здоров'я, на безплатну кваліфіковану медичну допомогу у державних та комунальних закладах охорони здоров'я (далі — ЗОЗ), бере на себе обов'язок сприяти створенню безпечних умов життя й здорового розвитку дитини, повноцінного харчування, формуванню звичок здорового способу життя [21].

Утім, на практиці вищевказані гарантії та права часто залишаються декларативними.

Відповідно до ст. 21 Конституції України права й свободи людини є невідчужуваними та непорушними, належать кожній особі з народження, у т. ч. і право на медичну допомогу. Охорона здоров'я в Україні є частиною соціальної політики держави. Відповідно вона пов'язана з єдиним комплексом соціального забезпечення населення, що виступає показником входження права на охорону здоров'я до системи соціальних прав. Тобто саме держава в рамках соціальної політики, а отже, — державним коштом, повинна забезпечувати доступність медичної допомоги та ефективно здійснення права на охорону здоров'я її громадянами (в першу чергу, дітьми, які є СВГН).

Водночас питання про те, хто має нести фінансовий тягар забезпечення права на охорону здоров'я конкретних громадян, у Конституції чітко



не конкретизовано. В Основному законі досить загально прописано, що кожна особа має право на охорону здоров'я, а також медичну допомогу та страхування. Забезпечення охорони здоров'я відбувається за рахунок державного фінансування відповідних соціально-економічних, медико-санітарних, оздоровчо-профілактичних програм. Держава бере на себе створення умов для ефективного, доступного для всіх громадян медичного обслуговування. За таких умов у державних та комунальних ЗОЗ надання медичної допомоги здійснюється на безоплатній основі (ч. 1-2 ст. 49 Конституції України) [36]. Основи законодавства про охорону здоров'я вказують на гарантування права на безоплатну медичну допомогу *в порядку та обсягах*, визначених законодавством [37]. Не дивно, що виникла потреба в офіційному тлумаченні норми ч. 3 ст. 49 Конституції України, за якою «у державних і комунальних ЗОЗ медична допомога надається безоплатно», що і було здійснене Конституційним судом України [38] (далі — КСУ). Питання, поставлене перед КСУ, виникло у зв'язку з тим, що громадяни не мають реальної можливості отримати медичну допомогу в державних чи комунальних ЗОЗ без несення плати за ліки, харчування тощо. Така плата зазвичай виходить за межі фінансових можливостей населення, і тому значна частина громадян змушена відмовлятися від звернення до ЗОЗ. Таким чином, не реалізується передбачене Конституцією право на охорону здоров'я [38]. Внаслідок глибокого дослідження зазначеного питання КСУ фактично розмежував поняття «медична допомога» (яка надається безоплатно, незалежно від її обсягу), та «медичні послуги» (які можуть надаватися платно і перелік яких має бути визначено законом) [38]. Зазначене рішення КСУ було прийняте у 2002 році, проте й досі відсутнє необхідне розмежування, тобто так і не прийнятий закон, який би врегулював цю прогалину в законодавстві.

Окрім того, деякі правильні та справедливі положення нашого Основного закону досить серйозно та не на користь громадян України підкоригуються життєвими реаліями.

Так, згідно з ч. 3 ст. 49 Конституції України наявна мережа державних та комунальних ЗОЗ не може бути скорочена [36]. Проте така ліквідація в реальності відбувається. Часто це пояснюється реформами, що проводяться в медичній сфері. Зразком для них є медична система окремих зарубіжних країн (зокрема, Великої Британії). Проте, як показує порівняння з нашою старою, започаткованою ще в радянські часи системою охорони здоров'я, був взятий за основу не найкращий зразок.

Крім того, фактично наші громадяни з кожним днем все більше віддаляються від безоплатності медичної допомоги, тому що в реальності все частіше лікарі потребують для лікування все нових аналізів та досліджень. На сьогодні, наприклад, у державних (комунальних) поліклініках вводиться обмеження, що безоплатно найпростіші аналізи — загальний аналіз крові, сечі без достатніх підстав дитина може зробити лише один раз на рік. Зважаючи на це, не таким вже й цинічним виглядає наведений у рішенні КСУ витяг з висновку Міністерства економіки та з питань європейської інтеграції України, в якому вказано, що термін «безоплатність» в умовах ринкової економіки взагалі є недоречним, виступає «рецидивом» планової економіки [38].





Ще одна із серйозних проблем, яка перешкоджає належному забезпеченню права на охорону здоров'я дітей, — відсутність належного кадрового забезпечення державних та комунальних ЗОЗ. Причини цього різноманітні, проте всі вони пов'язані з економічними проблемами громадян, наднизьким рівнем життя, пошуком гідного заробітку медпрацівниками. Одна з найважливіших у цьому аспекті — масова міграція громадян України (зокрема, і лікарів, молодшого та середнього медперсоналу) у зарубіжні країни, а також пошук лікарями ЗОЗ державної та комунальної форми власності підробітку у приватній практиці. Як у закордонних країнах, в Україні масово створюються приватні клініки, які спочатку залучають до себе досвідчених авторитетних у певному населеному пункті лікарів на основі сумісництва, а у подальшому приватні медзаклади ставлять перед ними питання про вибір між приватним або державним (комунальним) ЗОЗ. Звичайно, що більшість популярних медиків таким чином залишає ЗОЗ державної та комунальної форми власності, переходить до приватних ЗОЗ. І з ними, звичайно, переходить і їхня клієнтура, щоправда, лише ті громадяни, які можуть собі дозволити оплачувати приватних лікарів.

Таким чином, створюється колосальний дефіцит досвідчених спеціалістів у державних та комунальних ЗОЗ, а подекуди — і взагалі хоч якихось лікарів вузької спеціалізації (дитячих хірургів, ортопедів, травматологів, кардіологів, урологів, ендокринологів тощо). Наразі вже тривалий період часу багато посад лікарів залишаються вакантними. Саме така картина складається, наприклад, у м. Хмельницькому.

Часто послуги приватних лікарів не доступні специфічним групам пацієнтів-дітей: наприклад, із багатодітних сімей, дітей-інвалідів, дітей-біженців, дітей із прийомних сімей тощо. Існує значна кількість дітей з невиліковними хворобами<sup>8</sup>. Лікування таких дітей (а часто — хоча б підтримання їхнього життя) є дуже дорогостартисним. Держава в багатьох випадках не компенсує такі витрати повністю, часто всі ресурси сім'ї йдуть на це. Відповідно — інші діти в сім'ї недоотримують її уваги батьків, й інших благ (в тому числі матеріальних), часто такі сім'ї живуть у крайній бідності. У багатьох випадках підтримання життя важкохворої дитини відбувається переважно з ресурсів благодійників [39]. Не вирішеним залишається питання щодо організації хоспісів для дітей як самостійних медичних закладів<sup>9</sup>. Ще складніша ситуація з орфанними (рідкісними) захворюваннями [46].

<sup>8</sup> Всесвітня декларація виживання акцентує увагу на тому, що, окрім захворювань, які легко піддаються профілактиці та лікуванню, і тих, боротьба з якими є більш складним завданням (такими, як малярія) щодо дітей виникла нова загроза, пов'язана з пандемією синдрому набутого імунodefіциту (СНІД). Наслідки ВІЛ/СНІД є ширшими, ніж страждання та загибель інфікованих дітей, серед них і ризик захворювання батьків, рідних братів чи сестер, сором для сімей, трагедія «сиріт СНІДу». Завданням є максимальне поширення програм із профілактики та лікування СНІДу, включно розробку можливих вакцин і методів лікування, широкомасштабні інформаційні та освітні кампанії тощо (п. 10 Всесвітньої декларації виживання) [24].

<sup>9</sup> В Україні онкопацієнти дитячого віку на термінальній стадії захворювання, як правило, перебувають у ЗОЗ онкологічного профілю. У результаті, смерть невиліковно хворої дитини в такому закладі (де лікуються й інші хворі діти) створює значний негативний психоло-



Усе це свідчить, що положення Конституції щодо надання медичної допомоги в державних та комунальних ЗОЗ на безоплатній основі не завжди можуть бути реалізовані. Серед факторів, що перешкоджають виконанню державних гарантій із охорони здоров'я, вказується і проблема нерівності в доступі до медичного обслуговування. Високовартісність послуг по охороні здоров'я, неможливість прогнозування моменту їх потребування і їх відкладення, необхідність оплати в момент отримання послуги, значна вартість лікарських засобів часто зумовлює відмову від необхідного лікування, що створює загрозу життю та здоров'ю й зумовлює необхідність фінансового захисту незахищених верств населення [47]. Найприкріше, що такі проблеми не можуть бути усунуті у традиційному для України юрисдикційному (судовому, прокурорському, адміністративному) порядку захисту порушених прав. Це обумовлено тим, що звернення до органу влади за захистом права на охорону здоров'я за відсутності певного спеціаліста в державному дитячому ЗОЗ або тоді, коли дитині потрібна невідкладна медична допомога і вона не має часу чекати відповідного рішення не те що місяцями, а навіть днями, в жодному разі не зможе вирішити проблему конкретної дитини.

Очевидно, що для забезпечення вищевказаних гарантій, які стосуються охорони здоров'я, держава, зокрема, повинна забезпечити кожному дитині України доступом до кваліфікованого фахівця та до життєво-необхідних лікарських засобів з доведеною ефективністю, які покращать якість їх життя і дозволять запобігти виникненню ускладнень та передчасної смертності [48], вже в момент виникнення в дитини потреби в медичній допомозі. Тобто правові інструменти повинні «йди нога в ногу» з економічними засобами.

На наш погляд, одним із кроків вирішення цієї проблеми є розпочата з 01 квітня 2017 р. в Україні урядова програма «Доступні ліки», перелік медпрепаратів за якою щорічно розширюється. Її метою є зменшення смертності та кількості ускладнень у результаті хвороб та збільшення доступу до життєво необхідних ліків. Впровадження програми реімбурсації (повернення вартості) дає українцям право на безкоштовне отримання деяких ліків.

---

гічний вплив на всіх тих, хто лікується чи працює у відділенні — медичних працівників, батьків та їхніх хворих дітей, які намагаються жити надією на одужання. Перебування хворої дитини на термінальній стадії захворювання в сім'ї часто також є неможливим у зв'язку із присутністю в одному приміщенні молодших братів, сестер. Усе це приводить до висновку про обов'язкову необхідність організації дитячих хоспісів, які надають медичну та психологічну допомогу як пацієнтам, так і їхнім батькам [40].

Паліативної допомоги в Україні потребує кожна тридцята (!) дитина країни. І якщо до 2017 року в Україні працювали виключно виїзні паліативні бригади (у Харкові та Луцьку), а станом на січень 2017 рік лише одна на всю країну (дитячий мобільний хоспіс у Львові при Західноукраїнському спеціалізованому дитячому медичному центрі) [39], то в подальшому почали з'являтися й стаціонарні паліативні заклади для дітей. Так, з 2018 року відбулося відкриття дитячого хоспісу в Харкові [41] та Івано-Франківській області [42; 43]. Пізніше відділення дитячого хоспісу почали відкриватися ще й у деяких інших містах країни: в Києві (2019 рік), на Рівненщині (2020 рік) [44; 45].



Забезпечення безкоштовними медичними препаратами дітей забезпечують такі держпрограми: «Діти, хворі резистентною формою ювенільного ревматоїдного артриту», «Хворі із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями», «Діти з розладами психіки та поведінки із спектру аутизму» «Онкогематологічні хворі», «Діти, хворі на муковісцидоз» [49].

Щодо дітей, які страждають на орфанні захворювання, наприклад, на спінальну м'язову атрофію (СМА) чи інші, то проблема доступу до ліків таких дітей є вкрай складною. Проблемаю є те, що лікарські засоби, які можуть допомогти подолати такі недуги, коштують мільйони або навіть десятки мільйонів гривень. Одним із інструментів доступу пацієнтів до оригінальних (інноваційних) лікарських засобів є впровадження процедури договорів керованого доступу (механізм закупівлі за бюджетні кошти інноваційних лікарських засобів в умовах відсутності в країні таких препаратів).

Саме з цією метою у 2020 році було прийнято Закон України «Про внесення змін до деяких законів України, спрямованих на підвищення доступності лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, які закуповуються особою, уповноваженою на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я» [50]. Це дасть змогу домовитися з виробниками ліків, яким немає аналогів, про зниження ціни [51].

Ще одним надзвичайно важливим питанням на шляху забезпечення безпечної фармакотерапії дітей є наявність дитячих лікарських форм препаратів. Лікарські форми для дітей в Україні представлені переважно зарубіжними виробниками. Це пояснюється тим, що для фірм-виробників клінічні випробування препаратів для дітей є не тільки дорогорізним, а й потребує значних затрат часу. Альтернативною лікарським формам для дітей впродовж певного часу було виробництво фармацевтичних засобів для маленьких пацієнтів у виробничих відділах аптек. Однак кількість таких аптек у останні роки різко скоротилося, а приватні аптеки, яких стає дедалі більше, як правило, не створюють таких відділів та зазвичай реалізують лише готові (фабричні) лікарські засоби.

Відсутність дитячих лікарських форм препаратів призводить до того, що дітям призначають препарати, розраховані на дорослих (наприклад, таблетки розділяють навпіл або подрібнюють). Потрібно відзначити, що в більшості розвинених країн заборонено використання твердих лікарських форм (таблетки, капсули, драже) для дітей до 3 років. Найбільш зручними для маленьких дітей є лікарські форми у вигляді сиропів, крапель або суспензій [52]. Окремим пунктом стоять проблеми етилового спирту в рідких дитячих лікарських формах та підвищеного ризику розвитку побічних реакцій, зокрема алергічних [52].

Як правильно вказують фахівці, до дитячих лікарських засобів, склад і технологія яких розробляються сьогодні, повинні висуватися такі вимоги:

1) лікарська форма для дітей повинна підбиратися з урахуванням віку дитини; більшість ліків повинна бути розрахована для внутрішнього застосування;



2) для дітей дошкільного віку повинні розроблятися переважно рідкі форми (сиropи, розчини, суспензії, еліксири, полоскання, емульсії, розчинні таблетки, гранули для подальшого розчинення, краплі);

3) для дітей шкільного віку, крім зазначених лікарських форм, можуть розроблятися також таблетки, драже, капсули, гранули, ректальні лікарські форми у відповідних вікових дозуваннях;

4) для дітей до трьох років не слід випускати ліки у вигляді таблеток чи драже, особливо смачних і яскраво забарвлених, що мають кондитерський вигляд [53].

Тобто одним із важливих завдань сьогодення є забезпечення сфери охорони здоров'я дитячими лікарськими формами і відповідно правовий та економічний супровід таких новацій. Тому важливим напрямом державної політики повинен стати науковий та промисловий розвиток у фармацевтичній сфері, мета якого — максимальне забезпечення внутрішнього ринку держави якісними ліками (в тому числі розрахованими для дітей) і як програма максимум — при забезпеченні внутрішніх потреб експорт фармацевтичної продукції.

Ще одним важливим елементом забезпечення права на охорону здоров'я дітей є наявність ефективних медичних заходів профілактики захворюваності дітей.

Згідно з *Всесвітньою декларацією виживання* причиною переважної кількості випадків смерті чи інвалідності дітей віком до п'яти років є хвороби, проти яких існують ефективні вакцини (поліомієліт, правець, туберкульоз, кашлюк, дифтерит), а також хвороби, які піддаються профілактиці та ефективному лікуванню достатньо недорогими ліками (діарея, пневмонія та інші гострі респіраторні інфекційні захворювання) (п. 9) [24]. Вакцинацією (або щепленням, імунізацією) є створення штучного імунітету в людини щодо певних інфекційних хвороб шляхом введення вакцини (чи імуноглобуліну) (п. 5 *Календаря профілактичних щеплень*) [54]. На сьогодні в Україні до *Календаря щеплень* як обов'язкові включено лише шість щеплень, а саме: від дифтерії, кашлюку, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу (ч. 1 ст. 12 *Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»*) [55]. Ще деякі обов'язкові щеплення передбачені для певних груп населення [54] та при загрозі виникнення особливо небезпечної інфекційної хвороби чи масовому поширенню її на відповідних територіях (ч. 3 ст. 12 *Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»*) [55]. Так, згідно з *Календарем профілактичних щеплень* (далі — *Календар щеплень*) дітей також вакцинують проти краснухи, епідемічного паротиту, вірусного гепатиту В, гемофільної інфекції [54].

У цьому плані актуальним є періодичний перегляд *Календаря щеплень*, включення до нього імунізації проти інших «керованих» інфекцій. Так, на сьогодні вже існують вакцини (і деякі країни їх визнають обов'язковими) проти грипу, пневмококової інфекції, вітряної віспи, папіломавірусу людини. Вказані вакцини згадуються у вітчизняному *Календарі щеплень*, проте не є обов'язковими, окремі з них можуть бути застосовані лише



за бажанням та лише за рахунок особи, яка вакцинується. Особлива актуальність включення до календаря обов'язкових щеплень проти останньої хвороби полягає у надзвичайно високій вартості таких препаратів, особливо враховуючи необхідність проведення двох- чи трьохразової ревакцинації. Відповідно не кожна сім'я може за власний рахунок захистити своїх дітей від цієї хвороби. Але не тільки серед лікарів, а й серед пересічних громадян сформувався бачення, за яким халатністю та байдужістю у XXI ст. є невжиття превентивних заходів щодо захисту власних дітей від достатньо поширених та вкрай небезпечних захворювань. Проте, як уже зазначалося, питання в ціні. Держава найактивнішим чином повинна долучитися до інформування та фінансування цього процесу.

Загальновизнано, що вакцинація є важливим превентивним заходом запобігання (чи зменшення ризику) певних захворювань, ускладнень від них, смертності населення. З урахуванням потреби заощадження державних коштів, навіть за дороговартісності вакцинації, зрештою, держава економить кошти за рахунок зменшення випадків госпіталізації з відповідними фінансовими витратами. Також важливим моментом досягнення такого ефекту є проведення на рівні держави відповідної роз'яснювальної роботи, соціальної реклами для популяризації імунізації дітей. Важливою проблемою минулих десятиліть стала масова, часто безпідставна відмова від вакцинації дітей з відповідними наслідками для здоров'я суспільства в цілому. Зрештою, це призвело до масових спалахів захворювань від деяких захворювань, проти яких розроблені вакцини<sup>10</sup>.

Тобто важливим кроком щодо забезпечення здоров'я дитячого населення держави було б фінансування проведення вакцинації дітей за рахунок державних коштів і від тих хвороб, що не включені як обов'язкові за

<sup>10</sup> Найкрасномовнішим прикладом є кір. За даними, оприлюдненими Всесвітньою організацією охорони здоров'я, ЮНІСЕФ та Центру контролю та профілактики захворювань США (CDC), у світі останніми роками стрімко зростає кількість випадків захворювання на кір. У 2018 році від цього померли 140 тис., захворіли — 9,7 млн. ос. Найбільш вразливими від хвороби є малюки. Саме немовлята і маленькі діти мають найбільші ризики щодо смертельних ускладнень від хвороби, серед яких пневмонія, енцефаліт (запалення мозку), а також інвалідність внаслідок постійного ураження мозку, втрати зору або слуху. Що стосується України, то за статистикою вона входить до п'ятірки країн, у яких зафіксовано майже 50 % усіх випадків захворювання на кір у світі. Також до цього переліку найбільш уражених держав належить Демократична Республіка Конго, Ліберія, Мадагаскар, Сомалі. В Україні спалах кору почався з 2017 року (захворіли більше 115 тис. ос., померли — 41, з них — 25 дітей). У 2018 році — понад 54 тис. випадків захворювання, 16 смертей. За 2019 рік (станом на 06 листопада 2019 р.) — понад 58 тис. випадків захворювання, 20 смертей [57; 58]. Експерти ВООЗ зробили висновок, що сплеск кору в Україні стався саме у зв'язку із систематичним пропуском вакцинації дітьми. На це вплинув дефіцит вакцин, антивакцинаторський рух, активне поширення міфів про щеплення в соціальних мережах. До речі, за даними ЮНІСЕФ, кількість фальшивих довідок про щеплення в Україні за 2018 рік оцінюється у 30 (!) відсотків [56]. Найбільше страждають від кору та його наслідків бідні країни світу, проте й деякі держави з вищим рівнем доходів також змушені боротися зі спалахами хвороби. Так, кір розповсюджується і по всій Європі. У 2018 році кількість нових випадків зросла втричі та досягла 82 596 випадків. Чотири країни Європи (Албанія, Греція, Велика Британія, Чехія) у 2018 році втратили статус країн, «вільних від кору». У США зафіксували найбільшу кількість випадків за останні 25 років [57; 58].





*Календарем щеплень*, проте які здійснюються за бажанням батьків (законних представників) дітей. Крім того, для забезпечення максимальної ефективності вакцинації слід проводити ґрунтовну роз'яснювальну інформаційну діяльність, у т.ч. й певні заохочувальні заходи (наприклад, виплата символічної винагороди<sup>11</sup>, дітям — видача спеціальних сувенірних медалей, грамот, дипломів тощо).

Надзвичайно важливим є і такий фактор забезпечення здоров'я дитини, як *подолання соціальних проблем дитинства*. У цілому він включає надзвичайно широке коло питань, зокрема сімейне оточення, медицину в освітніх закладах, дитячий відпочинок, дитячу працю, діти у СЖО тощо.

Кожен із зазначених елементів складний сам по собі. Мабуть, ще складніше забезпечити їх взаємодію для отримання належного результату — забезпечення здоров'я дітей. І питання полягає не тільки у відсутності належного правового регулювання, а в делікатності заявленої сфери, значної кількості ситуацій, що не врегульовані, та й неможливості їх врегулювання законодавством у зв'язку з поширенням на них лише норм моралі. І ще дуже важливо: хоча обов'язки держави з охорони здоров'я зафіксовані у Конвенції про права дитини (ст. 24), Законі України «Про охорону дитинства» (ст. 5), Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», проте вона в особі своїх державних органів та їх посадових осіб може лише створити умови для забезпечення права на охорону здоров'я дітьми. Держава апріорі не може повною мірою забезпечувати дотримання прав усіх дітей, і навіть повністю проконтролювати це. Тим більше, система охорони здоров'я є не єдиним сектором, відповідальним за збереження й зміцнення здоров'я, оскільки основні причини, що визначають неблагополуччя дітей, належать до соціальної та економічної сфер [60]. І насамперед доречно в цьому випадку говорити про вплив так званого людського фактора.

Роль особистості в історії ще ніхто не скасовував, у тому числі в історії кожної окремої дитини. Саме ті люди (від батьків та інших родичів до медиків та працівників служби у справах дітей) з їхніми конкретними людськими якостями, які дотичні до життя та здоров'я дитини, часто й є визначальними в їхній долі. Деколи дитина вже народжується з вкрай несприятливими вихідними даними. Наприклад, мати-наркоманка, що померла у дворічному віці дитини, батько — похилого віку чи колишній ув'язнений, який не має постійного місця роботи. Проте для окремих дітей з такими початково несприятливими факторами життя завдяки іншим людям все ж складається позитивно. І зазвичай саме завдяки сім'ї. Можна, наприклад, згадати про Оксану Мастерс (при народженні Бондарчук) — неодноразово

<sup>11</sup> Проте світова практика показує, що держави переважно використовують інші методи — не заохочення, а покарання. Так, в Австралії за відмову від імунізації позбавляють платежів за народження дитини. У Німеччині за відмову здійснювати вакцинацію дітей від кору передбачена сплата штрафу в розмірі 2 500 євро [56]. У Чехії за відмову вакцинувати дитину встановлено штраф у майже 500 доларів. Причому покарати можуть не тільки батьків, але й лікарів [59]. Все ж ми вважаємо, що виключно покараннями важко буде отримати необхідний результат — достатній колективний імунітет. Тому й пропонуємо метод заохочення.





параолімпійську чемпіонку, американку українського походження, народжену зі страшними деформаціями на руках та ногах, що, зрештою, призвело до ампутації ніг. Усиновлена американською сім'єю дівчина зробила неймовірне: станом на 2021 рік стала 9-разовою призеркою та 3-разовою чемпіонкою Паралімпійських ігор у чотирьох видах спорту (лижний спорт, біатлон, академічне веслування, велоспорт), є лауреаткою премії Laureus 2020 року в категорії «Спортсобистість року з інвалідністю»<sup>12</sup>. Звичайно, що це стало результатом зусиль, зокрема, і з відновлення здоров'я, не тільки самої Оксани, але й її сім'ї.

Тобто сім'я (сімейне оточення) — найважливіший та найперший за своїм значенням фактор для дитини та її здоров'я. Саме тому з усього кола факторів подолання соціальних проблем дитини зупинимося саме на сімейному оточенні.

Обов'язок піклуватися про здоров'я своїх дітей, їхній фізичний і духовний розвиток, ведення ними здорового способу життя покладається на їхніх батьків (ст. 150 СК України). Першочергова роль сім'ї у розвитку та збереженні здоров'я дитини підкреслена у *Всесвітній декларації виживання*: на сім'ю покладена основна відповідальність за організацію харчування і захист дітей з дитинства і до підліткового віку. У сім'ї розпочинається ознайомлення дітей з культурою, цінностями, нормами суспільства. З метою всебічного та гармонійного розвитку діти повинні виховуватися у сімейному середовищі, в атмосфері щастя, любові, поваги. Відповідно всі заклади суспільства повинні поважати й підтримувати зусилля батьків та інших законних представників (п. 18 Всесвітньої декларації виживання) [24]. Підкреслюється важливість забезпечення дитини сімейним оточенням, запобігання віддаленню дітей від їхніх сімей. Якщо ж останнє має місце — слід забезпечити належні умови для ДС та ДПБП. Причому всі можливі зусилля слід створити для можливості розвитку дитини в умовах її культурного оточення (п. 19 *Всесвітньої декларації виживання*) [24].

Звичайно, всі ці правильні положення Всесвітньої декларації виживання повинні бути застосовані на практиці. Обов'язки батьків щодо виховання та розвитку дитини, врегульовані ст. 150 СК України, є правоможностями, що утворюють зміст права на особисте виховання дитини, серед яких: виховання дитини в дусі поваги до прав та свобод інших членів суспільства, любові до власної сім'ї, свого народу та Батьківщини; турбота про здоров'я дитини, її фізичний, духовний, моральний розвиток; забезпечення отримання повної загальної середньої освіти, підготовка дитини до самостійного життя; повага до дитини; заборона її експлуатації в будь-якій формі; заборона фізичних покарань дитини тощо [63, с. 310]. Зазначена група

<sup>12</sup> Оксана Мастерс — спортсменка українського походження, у спортивних змаганнях представляє США. Народилася 19 червня 1989 р. у м. Хмельницькому із вродженими вадами, які пояснюються негативним впливом радіації від Чорнобильської катастрофи, зокрема: ноги різної довжини, відсутні великогомілкові кістки, великий палець руки (при тому, що пальців на руках було по п'ять) та одна нирка. На ногах було по шість пальців, з перепонками між ними. З часом (вже після переїзду до США) ноги довелося ампутувати. Налякані такими страшними вадами, батьки віддали її у дитячий будинок, а у віці 7 років Оксану усиновила американка Гей Мастерс та вивезла до США [61; 62].



прав, що забезпечують фізичне й психічне благополуччя (цілісність) особистості (право на життя, про здоров'я, декларування фізичної та психічної недоторканності тощо), мають абсолютний характер, будь-хто стосовно дитини (у тому числі й батьки) не повинен порушувати їх, проте батьки зобов'язані вживати дії щодо їх забезпечення [64, с. 188].

Якщо говорити про право дитини на фізичний розвиток, то в його зміст включається право на тілесну, статеву недоторканність, право на здоров'я та життя. Під фізичним розвитком розуміється процес формування здорового організму дитини [65, с. 76].

І насамперед, важливим для підтримки здоров'я дитини є об'єктивна оцінка стану її здоров'я. Проведені дослідження констатують часті неспівпадіння суб'єктивної оцінки стану здоров'я дітей старшого шкільного віку з боку їх самих та їхніх батьків із реальним станом здоров'я, встановленим на підставі медичних оглядів. Зазначене свідчить також про непоінформованість батьків чи осіб, які їх замінюють, про стан здоров'я дітей [66, с. 21]. Зокрема, це є наслідком непроходження дітьми регулярних профілактичних медичних оглядів (зокрема, щорічних), які законодавство встановлює як обов'язкові для багатьох категорій дітей. Серед таких діти, позбавлені батьківського піклування, діти з інвалідністю, діти із багатодітних сімей. А це говорить не тільки про невиконання такого обов'язку батьками та лікарями (в першу чергу, дільничними педіатрами), які повинні контролювати виконання цього обов'язку, але й відсутність у законодавстві дієвих стимулів, які б запобігали ігноруванню батьками проходження медичних оглядів їхніх дітей, своєчасного лікування чи корекції проблем зі здоров'ям та відповідно вжиття максимальних заходів до збереження здоров'я. А це в подальшому дозволить державі економити засоби на лікуванні хвороб. Виходячи із цього, різноманітні важелі заохочення батьків для своєчасного огляду дітей (пільги, компенсації, тощо) можуть призвести до економії державних коштів на охорону здоров'я в цілому. Звичайно, проходження планових медичних оглядів не повинно бути таким, як зараз, коли часто відбувається просто «для галочки», не встановлюючи дійсний рівень здоров'я дитини. Як заохочення можна запропонувати передбачити в законодавстві певну фіксовану суму грошей (проценту компенсації) чи інші подібні механізми.

За останні десятиліття наслідками несприятливих змін у різних сферах життєдіяльності суспільства стало погіршення здоров'я дітей, зокрема зростання хронічних форм соматичної патології та психічних розладів, підвищення частоти вроджених вад розвитку, «відродження» старих інфекцій (туберкульоз, хвороби, що передаються) та актуалізація нових (ВІЛ, гепатит С), поширення алкоголізму, наркоманії, зниження показників фізичного розвитку тощо [60]. І, в першу чергу, на захисті своєї дитини від таких негативних обставин повинна стати сім'я. Серед іншого батьки значну увагу повинні приділяти базовим життєвим навикам дитини з планування власного життя, вироблення та дотримання розпорядку дня. Здоров'я дитини залежить також і від частоти та регулярності фізичних навантажень. Більше того, регулярні фізичні навантаження підвищують самооцінку власного здоров'я дитини чи підлітка. Отже, розвиток спорту та спортивних



секцій для дітей також повинен набути нового поштовху, стати допомогою у зростанні дітей здоровими та впевненими у собі.

Безпосередній вплив на фізичне здоров'я дитини має його сприятливий моральний розвиток. У своїй сукупності фізичний та моральний розвиток дитячого населення визначатиме особисті характеристики українського суспільства в майбутньому. А все це впливає із благополуччя сім'ї в цілому. Дитина живе в сімейному середовищі та одночасно формує його. З раннього віку дитина підсвідомо вибирає уявлення інших членів сім'ї про справжні та уявні цінності, соціально корисні та асоціальні форми поведінки, стиль спілкування між людьми та способи вирішення конфліктів, ставлення до інших людей тощо і, стаючи дорослим, привносить інші уявлення та норми, отримані в сім'ї, ззовні, у інші соціальні утворення [65].

Недоотримання певного досвіду та навиків у сім'ї (чи навпаки — якщо говорити про негативний досвід) у подальшому створюватиме труднощі як для конкретної сім'ї та дитини, так і для суспільства. Відповідно (і це в тому числі впливає із Конвенції) необхідно забезпечити сім'ї економічні, культурно-інформаційні, інші необхідні соціальні умови для повноцінного виконання соціальних функцій [67]. І на перше місце тут виходить інформаційний чинник.

Сімейна політика держави повинна бути спрямована на надання сім'ї та усім її членам (включно дітей) якісної, доступної та достовірної інформації з тих чи тих питань. У наш час доступності інформації внаслідок розвитку інтернету та соціальних мереж це є досить посильним завданням; головним є грамотне визначення кола необхідного контенту та охоплення ним максимальної кількості населення.

Як приклад ситуацій, коли певний негативний досвід передається із покоління в покоління та потребує перелому, насамперед, у свідомості підростаючого покоління, є проблема мало- та неповнолітнього материнства. Як показує аналіз подібних випадків, зазвичай діти народжують дітей у сім'ях, для яких це вже стало традицією. Відповідно недоотримання в дитинстві інформації про свідоме материнство/батьківство, планування сім'ї, а насамперед — культуру статевих відносин, призводить до таких «династій» у плані неповнолітнього материнства, що, зрештою, створює чимало проблем матеріального, житлового, морально-етичного забезпечення. І вже на цьому етапі особисті (сімейні) проблеми певних осіб часто перетворюються на проблеми держави, оскільки батьки таких неповнолітніх батьків зазвичай не можуть надати належну підтримку своїм дітям, оскільки дуже часто самі є непрацюючими, нужденними, ведуть асоціальний спосіб життя, а то й взагалі місце перебування їх є невідомим. Висновок: держава повинна докласти зусиль щодо формування в дітей так званої «гігієни сім'ї», подання в доступній формі відповідної інформації та навчати дітей з дитинства бути батьками в тій формі, що є сприятливою та найменш обтяжливою для самої державної інституції. Це завдання складне, проте посильне<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Прикладом кардинальної зміни сімейної політики, що потягнула за собою зміни в економіці країни аж до піднесення її до другої економіки світу всього за 50 років, можна на-



Таким чином, важливим напрямом державної політики повинні стати контроль та координація процесу інформування і батьків, і дітей щодо так званої «гігієни сім'ї».

Звичайно, тут не обійтися без участі відповідних уповноважених органів державної влади (далі — органи ДВ) та органів місцевого самоврядування (далі — органи МС), що займаються питаннями сім'ї та дитини.

На сьогодні чинною є *Постанова КМУ «Про забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах»*, яка забезпечує механізм взаємодії органів ДВ, органів МС, закладів освіти, ЗОЗ, соціального захисту населення, інших закладів та установ під час забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у СЖО (у т. ч. дітей, які постраждали від жорстокого поводження), під час виявлення, розгляду звернень та повідомлень про таких дітей, забезпечення їх безпеки, а також надання необхідної допомоги з урахуванням потреб. Постановою затверджено *Порядок забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах, у тому числі дітей, які постраждали від жорстокого поводження* [18]. Проте для зменшення негативного впливу небезпек на кожну дитину важливою є своєчасна реакція на проблеми сім'ї до того моменту, коли їм завдали шкоди (деколи — непоправну). На сьогодні така реакція на проблеми має переважно ретроспективний характер. Принаймні згідно зі згаданою постановою КМУ міждисциплінарна команда фахівців різних відомств утворюється для захисту прав дітей, які вже потрапили в біду та перебувають у СЖО. На наш погляд, такий підхід треба вдосконалювати шляхом розробки механізму превентивного захисту чи моніторингу (спостереження) за ситуацією навколо дітей, стосовно яких є тільки перші ознаки виникнення негативної ситуації. А це потребує, щоб усі — від звичайних громадян до спеціалістів, які працюють з дітьми, — були уважними, небайдужими та відповідальними.

Звичайно, важлива роль у розвитку та збереженні здоров'я дитини належить дільничним (сімейним) лікарям (педіатрам). Так, не тільки українська, але й світова громадськість здригнулася від шокуючої ситуації з так званими львівськими «дітьми-мауглі», яких виявили у 2013 році. У будинку в центрі європейського міста було виявлено двоє дітей (14 та 8 років), які проживали з батьками (мати — психічно хвора) не просто у жахливих побутових умовах, але й без оволодіння найпростішими навиками. Діти не вміли ходити, говорити, навіть їсти, їхні нижні кінцівки були фактично атрофовані [70]. Звичайно, діти були негайно відібрані від батьків, влаштовані до спеціалізованої установи. Майже 10 років реабілітації не змогли створити дива. Уже очевидно, що ці діти ніколи не стануть повноцінними,

---

звати Китай. Цій країні взагалі вдалося змінити багатозікові традиції великих сімей зі значною кількістю дітей та планувати сім'ї так, як було потрібно державі на час запровадження такої реформи — з 1979 року йшлося про запровадження політики «одна сім'я — одна дитина». І державі це вдалося [68]. У подальшому старіння населення виступило поштовхом відійти від такого підходу. Відповідно з 2015 року почало стимулюватися народження другої, а з 2021 року — й третьої дитини [69]. Таким чином, визначення державою мети та грамотна інформаційна політика в певній сфері є запорукою отримання позитивного результату.



старший — точно ніколи не зможе ходити, не зможе жити поза спеціалізованим закладом [70; 71]. Наведений приклад показовий ще й тому, що зазначені діти були народжені в медичному закладі, мали свідоцтво про народження, перебували на обліку в педіатра. На момент виявлення дітей вони повинні були відвідувати школу. Отже, при виявленні дітей у такому занедбаному стані одразу постало питання про відповідальність працівників служб та організацій, що займаються дітьми, і насамперед — медичних закладів за бездіяльність, що призвела до таких катастрофічних наслідків. До речі, жодної інформації про притягнення таких спеціалістів до відповідальності за бездіяльність та байдужість не було. Хоча саме вона з урахуванням потреб у сім'ї посприяла виникненню такої катастрофічної ситуації навколо двох дітей, доля та здоров'я яких зруйновані назавжди.

На нашу думку, для запобігання подібним ситуаціям потребується розробка ефективного механізму превентивного виявлення, моніторингу та захисту дітей, стосовно яких є лише перші ознаки створення навколо дитини негативної ситуації.

Слід нагадати, що права батьків щодо забезпечення здоров'я дітей є одночасно і їхніми обов'язками. За невиконання законними представниками дитини обов'язку піклуватися про здоров'я дитини, її фізичний, духовний та моральний розвиток (ч. 2 ст. 150 СК України), за завдання істотної шкоди здоров'ю дитини до винних у цьому батьків може бути застосований крайній захід сімейно-правової відповідальності — позбавлення батьківських прав (ст. 59 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»). Так, батько згаданих вище львівських «дітей-мауглі» був позбавлений батьківських прав. Інформації про поновлення його в батьківських правах немає. Слід акцентувати увагу правоохоронних органів на те, що найбільш кричущі випадки порушення прав дітей на охорону здоров'я з боку батьків, підтвержені відповідними судовими рішеннями (зокрема, обвинувальними вироками суду про засудження батьків, рішеннями суду про позбавлення батьківських прав), повинні ставати загальновідомими суспільству. Це також той фактор, що може захистити та врятувати інших малюків. Така поведінка батьків подекуди виявляється у бездіяльності (незверненні/несвоєчасному зверненні батьків за наданням медичної допомоги дітям, ненадання дозволу на проведення оперативного втручання тощо), може призводити навіть до смерті дітей, чого можна було би запобігти.

Важливою в цьому аспекті є інформаційна, роз'яснювальна робота з батьками. Йдеться про найелементарніші правила, які їм слід нагадувати і повідомляти. Наприклад, намагатися не залишати маленьких дітей дома самих, закривати вікна, бути обережними з протимоскітними сітками, вчити дітей не довіряти чужим незнайомим людям. Це найелементарніші правила, які ми знаємо з дитинства і які можуть запобігти багатьом проблемам. Проте з кожним днем в умовах розвитку науково-технічного прогресу, появи нових технологій, товарів, ресурсів (в т. ч. електронних) виникають нові ризики для здоров'я та життя дітей. Не так давно популярною серед дітей та підлітків була смертельна «гра» «Синій кит» [72] та аналогічні небезпечні групи в соціальних мережах. Широке поширення інформації про безпеки від них, безперечно, зберегли багато дитячих життів.





Слід пам'ятати й про те, що взаємопорозуміння та навіть належне силкування дітей і батьків дозволяє зберегти не тільки фізичне, але й психологічне здоров'я дітей (і батьків, мабуть, також).

За даними різних країн, приблизно 12–29 % дітей, які звертаються до закладів первинної медико-санітарної допомоги, страждають на різні розлади психіки [73]. ВООЗ визнає захист психічного здоров'я дітей та підлітків як пріоритет у політиці в галузі охорони здоров'я в документі під назвою *Політика, плани та програми у галузі психічного здоров'я* 2004 року [74]. При цьому справедливим є висновок, що охорона здоров'я сама собою неспроможна ефективно зберегти психічне здоров'я населення. Крім організаційних та законодавчих умов, необхідно підвищувати обізнаність про психічні розлади та піклуватися про них у рамках зміцнення здоров'я [75, с. 188]. А це неможливо без формування широкої мережі «неформальних» постачальників інформації для дітей у галузі психічного здоров'я, якими є, в першу чергу, сім'ї та заклади освіти [75, с. 196] (в т.ч. спортивні та творчі), а також дитячі та молодіжні громадські організації та установи.

Тому охорона психічного здоров'я та налагодження ефективної співпраці в цій сфері також повинні бути невід'ємним компонентом соціальної політики країни.

Також слід пам'ятати і про екологію сімейної комунікації, від якої багато в чому залежить довіра дитини до дорослих та здатність подолати негаразди (в школі, в іншому дитячому колективі тощо).

У цьому контексті привабливими є практики формування навичок ефективної комунікації.

Для збереження психічного здоров'я дітей також важливими є формування в дітей відповідного рівня самосвідомості, за якого дитина сприйматиме себе з усіма своїми сильними та слабкими сторонами. Це повною мірою стосується й своєї статі (гендеру).

Сьогодні сильне занепокоєння викликає широке поширення в наукових колах дискусії про право дітей (підлітків) на вибір чи зміну своєї статі, про трансгендерних чи гендерно різноманітних дітей, зокрема й особливості надання їм медичної допомоги [76, с. 23]. При усій поширеності зазначеної теми в окремих західних країнах<sup>14</sup>, наша держава щодо цього є достатньо консервативною. Утім, доступ дітей до загальносвітових мереж, а отже, і до відповідної інформації створює небезпеку того, що й ті підлітки, які не відчувають гендерного дисбалансу, можуть почати виявляти інтерес «спробувати» інший гендер. І без адекватного зворотного зв'язку від дорослих діти можуть наробити помилок, які в подальшому часто спричиняють

<sup>14</sup> Наприклад, у Великій Британії в окремих школах введені посади педіатрів, завдання яких є надання допомоги школярам у визначенні своєї статі [76, с. 23]. За інформацією єдиної в Англії клініки, яка займається проблемами гендерної ідентифікації, постійно збільшується кількість британських підлітків, що звертаються за допомогою у визначенні статі. Що виглядає ще більш небезпечним — дівчаток, які звертаються щодо зміни статі, вдвічі більше, ніж хлопців. Тобто чоловічий гендер виглядає більш привабливим [77]. Якщо зберігатимуться такі ж тенденції, то виникне загроза того, що кількість жінок, здатних народжувати дітей, критично зменшиться.





серйозні психологічні та психіатричні проблеми<sup>15</sup>. Слід, до речі, визнати, що в деяких європейських країнах проблеми одностатевих (трансгендерних) осіб, як правило, турбують не пересічних громадян, а політичне керівництво чи окремих чиновників. До таких дивних рішень належить, на нашу думку, й заборона дівчаткам носити спідниці, що все частіше вводитьсь у Великобританії [79; 80].

Звичайно, є особи (зокрема діти), які страждають на гендерні розлади. І хоча такі випадки мають поодинокий характер і тут ще важливіше, щоб дитина мала доступ адекватної інформації щодо того, хто і як зможе їй допомогти.

У цьому випадку, на нашу думку, корисним могло б бути використання електронних ресурсів інформування. З цього приводу доречними є пропозиції тих дослідників, які вказують на необхідність надання електронних послуг СВГН з урахуванням кращого зарубіжного досвіду, а саме: з метою зацікавлення та заохочення громадян щодо використання е-послуг, слід їх зробити більш доступними, простими, якісними і швидкими, а також адаптувати до потреб СВГН; внести зміни до нормативно-правових актів, які регулюють надання електронних послуг в Україні щодо першочергової пріоритетності розробки електронних послуг для СВГН та забезпечення простого, швидкого та зручного способу їх отримання.

Проведений нами аналіз дозволяє сформулювати такі **висновки**:

1. «Вразливість» як соціально-правове явище — це стан, коли особа, сім'я, група осіб не можуть задовольнити свої базові та соціальні потреби через наявність обставини/сукупності обставин, які цьому перешкоджають.

Особи, сім'ї, соціальні групи, які в певний період часу або на постійній основі не можуть самостійно задовольнити свої базові та соціальні потреби через наявність обставини/сукупності обставин, які цьому перешкоджають, тому потребують безпосередньої підтримки і захисту з боку держави — є *соціально вразливими групами населення (СВГН)*.

Належність конкретної особи (соціальної групи) до СВГН та ступінь її вразливості слід оцінювати через призму наявних СЖО та оцінки того, наскільки останні перешкоджають задоволенню базових та соціальних потреб індивіда *в конкретний період реального часу, а не гіпотетично прогнозований*.

2. Діти є найбільш чисельною СВГН, оскільки вони є соціально вразливими, потенційно незахищеними внаслідок їхнього віку, недостатності життєвого досвіду, психологічної та розумової нерівномірності та об'єктивної неготовності до багатьох життєвих реалій.

3. Благополуччя кожної дитини багато в чому залежить від ефективності здійснення її права на охорону здоров'я, яке своєю чергою тісно пов'язане з наявними в державі перебування дитини заходами профілактики захворювань та збереження здоров'я (правове регулювання охорони здоров'я дітей; економічне забезпечення заходів щодо охорони здоров'я ді-

<sup>15</sup> Загальновідомими у світі є спроби повернути свій попередній, «природний» гендер через деякий час після проведення операцій по зміні статі [78].



тей; подолання соціальних проблем дитинства; матеріально-технічне забезпечення заходів профілактики; імунопрофілактика, інші санітарні та протиепідемічні заходи).

4. На жаль, право дитини на охорону здоров'я не може бути ефективно захищене за допомогою юрисдикційних (судового, прокурорського, адміністративного) способів захисту. Для забезпечення гарантій, які стосуються охорони здоров'я, держава також повинна забезпечити кожному дитині України доступом до кваліфікованого фахівця та до життєво необхідних лікарських засобів з доведеною ефективністю вже в момент виникнення в дитини потреби у медичній допомозі.

5. Важливими напрямками державної політики повинні стати такі: розробка ефективного механізму превентивного виявлення, моніторингу та захисту дітей, щодо яких є лише перші ознаки створення навколо дитини негативної ситуації; контроль та координація процесу інформування і батьків, і дітей щодо «дитячого здоров'я» та «гігієни сім'ї»; сприяння та заохочення належного проходження регулярних профілактичних медичних оглядів для тих категорій дітей, для яких законодавство їх встановлює як обов'язкові, що дозволить, насамперед, батькам (чи іншим законним представникам) мати інформацію про реальний стан здоров'я дітей; правовий, науковий та промисловий розвиток у фармацевтичній сфері з метою максимального забезпечення внутрішнього ринку держави якісними ліками (в тому числі розрахованими на дітей).

Також пропонується здійснювати періодичний перегляд Календаря щеплень, включення до нього імунізації проти не передбачених законодавством «керованих» інфекцій, у тому числі грипу, пневмококової інфекції, вітряної віспи, папіломавірусу людини.

6. Механізм захисту дітей, у тому числі й у сфері охорони здоров'я, повинен передбачати використання електронних ресурсів (створення відповідної платформи) як з інформацією, що може бути корисна для дитини та її оточення, так і з можливістю залишення звернення дитиною про необхідність надання допомоги або її законними представниками та отримання зворотного зв'язку). Для розробки такого ресурсу слід ретельно вивчити, узагальнити та за можливості — запозичити в належних обсягах найкращу світову практику щодо подібної діяльності.

Підсумовуючи, зазначимо, що окресленими питаннями не вичерпується проблематика ефективного здійснення права дітей на охорону здоров'я, проте вирішення, хоча б означених проблем суттєво б покращило ситуацію зі здоров'ям кожної конкретної української дитини як соціально вразливого члена суспільства та нації в цілому.

#### Список використаних джерел

1. Коронавірус COVID-19: загальна статистика. *МінфінMedia*. URL : <https://bit.ly/3zcsBZE>.
2. *Рейт А. Г.* Система соціальних послуг для вразливих верств населення: новітні тенденції та інновації. *Демографія та соціальна економіка*. 2008. № 1 (9). С. 190–200.
3. *Слюсаренко О. С.* Проблеми соціально-правового становища вразливих верств населення (22.11.2018; 08:07). Модернізація законодавства



- та правозастосування: вимоги часу : зб. Матер. Міжн. юрид. наук.-практ. конф. «Актуальна юриспруденція», м. Київ, 06 грудня 2018 р. Тези наукових доповідей. Київ : АртЕк, 2018. *Актуальна Юриспруденція*. URL : <https://bit.ly/3bbtFF6>.
4. *Матвієнко І. Л.* Фінансування соціально вразливих верств населення: теоретичні аспекти дослідження. *Економічний вісник університету*. 2017. Вип. № 34/1. С. 274–282.
  5. *Радчук О. П.* Європейська конвенція про захист прав найбільш уразливих верств населення. *Теорія і практика правознавства*. 2014. Вип. 1. *Національна бібліотека України ім. В. І. Вернадського НАН України*. URL : <https://bit.ly/3bdZiOj>.
  6. *Храпко І. С.* Особливості функціонування і фінансування закладів соціального захисту вразливих груп населення. *Науковий вісник Буковинського державного фінансово-економічного університету. Економічні науки*. 2014. Вип. 26. С. 275–284. *Національна бібліотека України ім. В. І. Вернадського НАН України*. URL : <https://bit.ly/3zCH1gd>.
  7. *Горемікіна Ю. В.* Україна на шляху до європейського союзу: інновації у сфері соціальних послуг. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2009. № 5. Т. 1. С. 101–104.
  8. *Семигіна Т.* Сучасна соціальна робота. Київ: Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2020. 275 с.
  9. Дотримання прав вразливих груп населення (наркозалежні та працівники комерційного сексу) у діяльності правоохоронних органів : [аналіт. звіт за результатами дослідження] / Ю. Белоусов, З. Швець, В. Семенов, В. Чупров, С. Швець. Київ : Паливода А. В., 2016. 96 с.
  10. *Караман О. Л., Юрків Я. І.* Вразливі категорії населення як об'єкт соціальної роботи в громаді. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2019. № 6 (329). Ч. 1 С. 5–15. URL : <https://bit.ly/3cMCx4k>.
  11. *Кияниця З. П., Петрочко Ж. В.* Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми : у 2-х ч. Київ : Обнова Компані, 2017. Ч. I. Сучасні орієнтири та ключові технології. 256 с.
  12. *Ціпцюра Т. М.* Запровадження електронних послуг для вразливих верств населення: кращий зарубіжний і український досвід. *Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»*. URL : <https://bit.ly/3bdu62e>.
  13. *Савчук Л.* Реформування системи надання соціальних послуг в Україні в рамках децентралізації влади. *Actual problems of public administration*. 2019. № 2 (78). Р. 78–80.
  14. Соціальна верства. *Вікіпедія*. URL : <https://bit.ly/3cMCuFG>.
  15. Категорія. *Вікіпедія*. URL : <https://bit.ly/3oAGewY>.
  16. Про соціальні послуги. Закон України від 17.01.2019 р. № 2671–VIII. *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <https://bit.ly/2HL1Rsg>.
  17. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю. Закон України від 21.06.2001 р. № 2558–III. *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <https://bit.ly/3PHsX1d>.
  18. Про забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах. Постанова Кабінету міністрів України від 01.06.2020 р. № 585. *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <https://bit.ly/3OEnB5C>.



19. Методологічні основи соціального захисту вразливих категорій населення: комплекс навчально-методичного забезпечення навчальної дисципліни / уклад.: Т. П. Руденко. Київ : КПП ім. Ігоря Сікорського, 2018. 53 с.
20. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми : у 2-х ч. / за заг. ред.: Т. В. Журавель, З. П. Кияниці. Київ : Обнова Компані, 2017. Ч. 1. Ознаки вразливості та специфіка підтримки сім'ї та дитини. 352 с.
21. Про охорону дитинства. Закон України від 26.04.2001 р. № 2402-III. *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <http://bit.ly/2Ht4M5k>.
22. Мурзабаева С. Ш., Байтурина А. Т. Законодательное регулирование вопросов охраны здоровья детей в Российской Федерации. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2013. № 3, С. 4–15.
23. Бондаренко И. В., Махиборода М. Н., Фроловская Ю. И. Защита жизни и здоровья детей как основа социальной политики государства. *Государственная служба и кадры*. 2021. № 1. С. 63–66. <https://doi.org/10.24411/2312-0444-2021-1-63-66>.
24. World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children (1990) Plan of Action for Implementing the World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children in the 1990s (1990). (UN, 30 Sept. 1990). 23 p. *United Nations Digital Library System*. URL : <https://bit.ly/3oBsUIE>.
25. М. В. Ломоносов — И. И. Шувалову. *Ломоносов М. В. Сочинения*. Москва, Ленинград, 1961. С. 470–473.
26. Миронов Б. И. Социальная история России периода империи (XVIII — нач. XX в). *Генезис личности, демократической семьи, гражданского общества и государства* : в 2 т. СПб. : Дмитрий Буланин, 1999. Т. 1. 548 с.
27. Тарусина Н. Н. Ребенок в пространстве семейного права. Москва : Проспект, 2014. 144 с.
28. Стратегічний план діяльності Міністерства соціальної політики України на 2020 бюджетний рік і два бюджетні періоди, що настають за плановим (2021–2022 роки). Наказ Міністерства соціальної політики України від 07.02.2020 р. № 97. *Міністерство соціальної політики України*. URL : <https://bit.ly/3baVJWB>.
29. Пушкирева Н. Л. Частная жизнь русской женщины: невеста, жена, любовница (X — начало XIX в.). Москва : Ладомир, 1997. 381 с.
30. Європейська соціальна хартія (переглянута) (Страсбург, 03 травня 1996 р.). *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <https://bit.ly/38vtsLv>.
31. Загальна декларація прав людини. Прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10.12.1948 р. *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <http://bit.ly/2QcjO3Y>.
32. Декларація прав дитини. Прийнята резолюцією 1386 (XIV) Генеральної Асамблеї ООН від 20.11.1959 р. *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <https://bit.ly/3JeiSXs>.
33. Конвенція про права дитини (редакція зі змінами, схваленими резолюцією 50/155 Генеральної Асамблеї ООН від 21.12.1995 р.). *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <https://bit.ly/3u4SEQt>.
34. Цілі розвитку тисячоліття «Україна: 2000–2015». Національна доповідь. Київ, 2015. 37 с. *Інститут демографії та соціальних досліджень*. URL : <https://bit.ly/3v1hfRL>.



35. Конвенція о правах ребенка (29 Мау 2013). Замечание общего порядка № 14 (2013) о праве ребенка на уделение первоочередного внимания наилучшему обеспечению его интересов (пункт 1 статьи 3). *UN Human Rights Office*. URL : <https://bit.ly/3Q10LpQ>.
36. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96–ВР. *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <http://bit.ly/2LXJAqz>.
37. Основи законодавства про охорону здоров'я від 19.11.1992 р. № 2801–ХІІ. *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <https://bit.ly/3cLOs2i>.
38. Рішення Конституційного Суду від 29.05.2002 р. № 10-рп/2002 у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу). *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <https://bit.ly/3cOGg1z>.
39. «Дитячі хвороби не болять»: чи існує в Україні паліативна допомога для малих пацієнтів? (06.11.2017). *Благодійний фонд «Виноградів»*. URL : <https://bit.ly/3zDquQ4>.
40. *Єрмолова Ю. В.* Дитячі хоспіси: проблема, що замовчується (03.10.2011). *Український медичний часопис online*. URL : <https://bit.ly/3zMrpux>.
41. Відділення паліативної допомоги — дитячий хоспіс. *Міська дитяча лікарня № 5*. URL : <https://bit.ly/3cGam7f>.
42. Перший дитячий хоспіс. *Facebook*. URL : <https://bit.ly/3vkNiRS>.
43. Про благодійний фонд та центр паліативної допомоги. *Благодійний фонд допомоги невиліковно хворим «Мати Тереза». Івано-Франківський обласний клінічний центр паліативної допомоги*. URL : <http://palliative.if.ua/ua>.
44. *Стратонова Н.* Марафон «Місцеві»: проблеми дитячої паліативної допомоги на Рівненщині (11.09.2020). *Суспільне новини*. URL : <https://bit.ly/3S5pr2i>.
45. У Києві відкрили дитяче відділення паліативної допомоги (20.12.2019). *Офіційний портал Києва*. URL : <https://bit.ly/3PEC4zV>.
46. Що таке орфанні хвороби і як змінюється доступ до лікування (28.02.2019). *Міністерство охорони здоров'я України*. URL : <https://bit.ly/3z5a91C>.
47. *Москаленко В.* Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті (04.07.2019). *Національна академія медичних наук України*. URL : <https://bit.ly/3cOswE0>.
48. Урядова програма «Доступні ліки». *Департамент охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації*. URL : <https://bit.ly/3oу3OKr>.
49. Безкоштовні ліки і медпослуги: перелік і порядок отримання (19.06.2022). *Юридический портал Украины*. URL : <https://bit.ly/3za977X>.
50. Про внесення змін до деяких законів України, спрямованих на підвищення доступності лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, які закупаються особою, уповноваженою на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я. Закон України від 17.03.2020 р. № 531–ІХ. *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <https://bit.ly/3bi5Fjw>.





51. Просимо виділити кошти в бюджет України, на препарати — Спінраза та Еврісді (Рісдіплам) для лікування дітей з СМА, так як в Україні є діти, які негайно потребують допомоги! Закликаємо не відмінити фінансування, та звернути увагу на заклик людей, та посприяти йому: електронна петиція. *Офіційне інтернет-представництво Президента України*. URL : <https://bit.ly/3zjwT1w>.
52. Безпека лікарських засобів у дітей. *Дитячий лікар*. 2011. № 5 (12). С. 53–54. *Дитячий лікар*. URL : <https://bit.ly/3PWcu9l>.
53. Медицина. Заняття 13. Вікові ліки. Актуальні питання і перспективи створення вікових ліків в Україні. Лікарські засоби в педіатрії. *Інтернет магазин TDMUV*. URL : <https://bit.ly/3b8HrAm>.
54. Календар профілактичних щеплень в Україні. Затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16.09.2011 р. № 595, у ред. наказу Міністерства охорони здоров'я України 11.08.2014 р. № 551. *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <https://bit.ly/3OGmbaX>.
55. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Закон України від 24.02.1994 р. № 4004–XII. *Верховна Рада України. Законодавство України*. URL : <https://bit.ly/3Q10m6O>.
56. *Набока М., Джулай Д.* Уявіть світ без вакцин (17.05.2020). *Радіо Свобода Україна*. URL : <https://bit.ly/3Vku8KW>.
57. Смертність від кору: Україна — поруч із Сомалі (05.12.2019). *BBC*. URL : <https://bbc.in/3S41ngh>.
58. *Г'юел Т., Шинко К., Куришко Д.* Як Україна стала столицею кору в Європі (25.06.2019). *BBC*. URL : <https://bbc.in/3vmP181>.
59. *Стеценко С.* Боротьба з міфами і штрафи за відмову від щеплення у Чехії. Досвід для України (24.09.2018). *Радіо Свобода Україна*. URL : <https://bit.ly/3vmPhVP>.
60. *Лавин Ю. Е.* Научные основы государственной политики в области охраны здоровья детей. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03. Москва, 2010. 50 с.
61. Американка українського походження взяла «золото» у Токіо: велоперегони — її 4-й вид спорту (01.09.2021). *Українська правда*. URL : <https://bit.ly/3Ji10eg>.
62. *Стрижова О.* Паралімпійські ігри: «золото» США з українським корінням. Оксана Мастерс — хто вона? (14.03.2018). *Радіо Свобода Україна*. URL : <https://bit.ly/3VncYB6>.
63. *Сімейне право України / за заг. ред. Т. В. Бондар та О. В. Дзери*. Київ : Юрінком Інтер, 2016. 520 с.
64. *Малеина М. Н.* Право ребенка на здоровье и физическое развитие и соответствующая обязанность родителей по физическому воспитанию и охране здоровья. *Семейное право на рубеже XX–XXI веков: к 20-летию Конвенции ООН о правах ребенка* : Матер. Межд. научн.-практ. конф., г. Казань, Казанский (Приволжский) федеральный университет, 18 декабря 2010 г. / отв. ред. О. Н. Низамиева. Москва : Статут, 2011. С. 188–191.
65. *Семейно-правовое положение ребенка в Российской Федерации*. 2-е изд. Москва : Проспект, 2015. 240 с.
66. *Добрянська О. В., Рудницька О. П., Голубчикова Т. В.* Роль суб'єктивної компоненти у формуванні здоров'я дітей різного віку. *Охорона здоров'я дітей та підлітків*. 2019. № 2. С. 18–21.
67. *Косова О. Ю.* Конвенція о правах ребенка и право детей на семейное воспитание. *Семейное право на рубеже XX–XXI веков: к 20-летию Кон-*





- венции ООН о правах ребенка : Матер. Межд. научн.-практ. конф., г. Казань, Казанский (Приволжский) федеральный университет, 18 декабря 2010 г. / отв. ред. О. Н. Низамиева. Москва : Статут, 2011. С. 176–179.
68. Ван Е. Изменение демографической политики Китая: причины, результаты, перспективы. *Народонаселение*. 2018. Т. 21, № 1. С. 84–96.
69. Масний В. Китай скасував політику обмеження народжуваності «дві дитини на сім'ю» (31.05.2021). *Суспільне*. URL : <https://bit.ly/3Bis4Ih>.
70. Мицишин А. Львовские дети-маугли забыли своих родителей (25.05.2019). *КП в Украине*. URL : <https://bit.ly/3zzDvKm>.
71. Кімраль О. «Не вміли ходити і розмовляти»: історії українських дітей-мауглі (30.04.2019). *Розслідування | Обозреватель*. URL : <https://bit.ly/3zCVlvZ>.
72. «Синий кит» — смертельная игра из соцсетей для подростков. Родители, будьте особенно внимательны! *Учреждение здравоохранения «20-я городская поликлиника»*. URL : <https://bit.ly/3vnbhjr>.
73. Политика и планы в области охраны психического здоровья детей и подростков. Женева: ВОЗ 2006; 7 (Policies and plans for the mental health of children and adolescents. Geneva: WHO 2006; 7.). *WHO | World Health Organization*. URL : <https://bit.ly/3S8nXUW>.
74. Mental Health Policy, Plans and Programs (updated version). Geneva: World Health Organization, 2004. *WHO | World Health Organization*. URL : <https://bit.ly/3S4LiXQ>.
75. Podgórska-Rykała J., Kępa M. Some Aspects of Policy on Mental Well-Being of Children and Adolescents and the Polish Educational Law. *Vestnik Permskogo universiteta. Juridicheskie nauki — Perm University Herald. Juridical Sciences*. 2021. Issue 51. Pp. 186–197. <https://doi.org/10.17072/1995-4190-2021-51-186-197>.
76. Булеца С. Б. Проблемы реализации прав неповнолетних и трансгендерных детей при получении медицинской помощи. *Медицинское право*. 2020. № 1 (25). С. 17–28. <https://doi.org/10.25040/medicallaw2020.01.017>.
77. Все больше британских подростков обращаются за помощью в определении пола (12.04.2016). *BBC*. URL : <https://bbc.in/3JhXpg7>.
78. Кибрик Н. Д., Ягубов М. И., Журавель А. П. Расстройства половой идентификации: ошибки диагностики и тактики ведения пациентов. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017. Т. 27, № 4. С. 63–69.
79. Пресса Британии: запрет на юбки в школе взбудоражил британцев (07.09.2017). *BBC*. URL : <https://bbc.in/3zgKGG5>.
80. Юбки под запретом. Школьницы в Англии и их родители возмутились гендерно нейтральной формой (06.09.2019). *BBC*. URL : <https://bbc.in/3zcTyMT>.

Надійшла до редакції 05.09.2021



**Nadiia BONDARENKO-ZELINSKA,**  
**Maryna BORYSLAVSKA**

*Leonid Yuzkov Khmelnytskyi University of Management and Law*

**Andrii ZELINSKYI**

*State Service on Medicines and Drugs Control in Khmelnytskyi Region*

### **On the Right to Health Protection of Socially Vulnerable Groups of the Population**

*The purpose of the article is to characterize the most significant aspects of the exercise of rights in the field of health protection by persons belonging to socially vulnerable groups of the population. As a result of the study, it was found that vulnerability as a socio-legal phenomenon is a state in which a person, family, group of persons cannot meet their basic and social needs due to the presence of a circumstance/totality of circumstances that prevent this. The author's definition of socially vulnerable groups of the population has been proposed. A distinction was made between socially vulnerable groups of the population and poor persons. It is justified that children are the most numerous socially vulnerable group of the population. The reasons for this conclusion are the social vulnerability and potential insecurity of children due to their age, insufficient life experience, psychological and mental unevenness and objective unwillingness to many life realities. The dependence of the child's well-being on the effectiveness of the implementation of his right to health care has been established. The right to protect the health of every child in Ukraine can be ensured only with guaranteed access to qualified doctors and to vital medicines with proven effectiveness. Moreover, such access should be timely, provided at the time of the child's need for medical care. Important directions of state policy in the field of child health protection have been established. Among them: the development of an effective mechanism for the preventive detection, monitoring and protection of children, regarding whom there are the first signs of a negative situation; monitoring and coordination of the process of informing parents and children about child health and «family hygiene»; To promote and encourage the proper passage of regular preventive medical examinations by those categories of children for whom their legislation provides for them as mandatory; legal, scientific and industrial development of the pharmaceutical sphere in order to maximize the provision of the state's domestic market with high-quality medicines. It is proposed to carry out a periodic revision of the Vaccination Calendar, the inclusion in it of «managed» infections that are not considered by the current legislation and the introduction of a system for encouraging vaccination. To protect the interests of the child, the need to introduce special electronic resources (an appropriate platform) with the necessary information for children and the possibility of feedback is justified. To develop such a resource, one should use world experience.*

**Keywords:** *socially vulnerable population group, complex life circumstances, child, children, health protection, right to health protection, physical and psychological health, medical care, vaccination, medicines, health information, mechanism and methods of rights protection.*