

РОЗДІЛ III. ЗАХИСТ ГРОМАДЯНСЬКИХ ТА ОСОБИСТИХ ПРАВ ДІТЕЙ

3.1. Право дитини на життя

Одним з основних принципів Конвенції ООН є забезпечення права дитини на життя, виживання і розвиток. Відповідно до цього стаття 6 даного документа проголошує, що кожна дитини має невід'ємне право на життя, а держави повинні забезпечити максимально можливою мірою виживання та здоровий розвиток дитини.

«Національним планом дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року передбачено, що метою його здійснення в сфері охорони здоров'я та формування здорового способу життя є «створення умов для народження здорової дитини, збереження здоров'я кожної дитини протягом усього періоду дитинства, забезпечення доступу до високоякісних медичних послуг».

Про наявність в Україні за останні вісім років певних здобутків у справі забезпечення невід'ємного права дитини на життя та виживання свідчать тенденції ряду показників здоров'я матерів і дітей, а також репродуктивного здоров'я населення та планування сім'ї. Так, позитивною в цілому за досліджуваний період в країні була динаміка частоти абортів та пологів, мало місце скорочення частки ускладнених пологів (відсоток нормальних пологів доведено до 70%), зниження захворюваності вагітних за рядом патологій, підвищення рівня виживання дітей, народжених з критично малою вагою при народженні (500–1000 гр.), зниження захворюваності новонароджених і дітей до 5 років.

Досягнуті результати значною мірою зумовлені й десятирічною послідовною реалізацією Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., а також Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства й дитинства», зокрема, щодо забезпечення вагітних і породіль належним антенатальним (допологовим) і післяпологовим доглядом, родопомічними послугами, створення замкненого циклу надання якісної перинатальної допомоги й впровадження ефективних її технологій, що в сукупності є дієвим засобом збереження й поліпшення стану здоров'я матері та вагомим фактором виживання новонароджених і формування їх здоров'я.

Реорганізація перинатальної допомоги (відповідно до розробленої та затвердженої у 2011 р. «Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції») в нашій країні триває. Як засвідчує світовий досвід, близько 17% пологів потребують вчасного лікування як акушерських, так і неонатальних проблем у перинатальному центрі III рівня надання допомоги. Таким чином, 17–20% пологів у кожному регіоні має відбуватися саме у перинатальному центрі, причому це особливо важливо для недоношених немовлят з малою і дуже малою вагою тіла при народженні. З огляду на кризову економічну ситуацію постановою Кабінету Міністрів України від 05.03.2014 р. № 71 «Деякі питання оптимізації державних цільових програм і національних проектів, економії бюджетних коштів та визнання такими, що втратили чинність, деяких актів Кабінету Міністрів України» виключено позицію «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» з переліку проектів, що належать до пріоритетних напрямів соціально-економічного та культурного розвитку (національні проекти). У зв'язку з цим не було закінчено будівництво перинатальних центрів у Волинській, Львівській, Тернопільській, Черкаській та Чернівецькій областях.

Таким чином, в Україні станом на 2015 р. діє дванадцять регіональних перинатальних центрів III рівня медичної допомоги, Державний центр планування сім'ї й репродуктивного здоров'я та двадцять п'ять обласних центрів планування сім'ї. Розроблено стратегію служби планування сім'ї в контексті попередження смертності немовлят та материнської смертності, налагоджений взаємозв'язок та забезпечена спадкоємність у роботі перинатальних служб і служб планування сім'ї. Протягом останнього десятиріччя послідовно й доволі швидко зростала частка немовлят, які народились у закладах охорони здоров'я, сертифікованих як

«Лікарня, доброзичлива до дитини» (нині це майже 3/4 новонароджених), причому наразі в країні відсутні області, в яких не було б жодного такого закладу.

Немовлята є однією з найбільш уразливих і чутливих до різних несприятливих впливів групою дітей. Створення необхідних комфортних умов для народження дитини і у перші місяці після її появи на світ, збереження здоров'я немовляти і відвернення будь-якої загрози для його життя – предмет особливого піклування його батьків, усієї родини і суспільства в цілому. Крім того, загально визнаним вагомим чинником зниження рівня дитячої захворюваності та смертності є грудне вигодовування малюків. В Україні інтенсивна підтримка грудного вигодовування почала впроваджуватися з початку 2000-х років (значну роль у цьому відіграло саме створення «Лікарень, доброзичливих до дитини»). За даними офіційної статистики, останніми роками на виключно грудному вигодовуванні знаходилося 54–55% немовлят віком до 6 місяців, позитивну динаміку демонстрував рівень грудного вигодовування дітей віком до 3-х місяців: частка малюків, які закінчили грудне вигодовування у 3 місяці, скорочувалась. Проте варто відзначити наявність певних розбіжностей між офіційними даними МОЗ України щодо поширеності грудного вигодовування немовлят та інформацією з інших джерел, зокрема, результатами незалежного Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств, проведеного в Україні у 2012 р., згідно з якими тільки близько 20% немовлят вигодовувалися до 6 місяців виключно груддю і дещо менше 40% дітей віком 12–15 місяців продовжували годуватися груддю, отримуючи при цьому прикорм.

Захищеність дитини від захворювань і смерті протягом першого року життя, обмеження дії факторів ризику та підвищення опірності їм нерозривно пов'язані з рівнем життя населення і передбачають досягнення країною певного ступеня соціально-економічного розвитку. Динаміка смертності дітей віком до 1 року, як правило, надзвичайно чутливо реагує на зрушення у соціально-економічному та санітарному стані країни, у медичному обслуговуванні, екологічних умовах, способі життя різних верств населення тощо. Беззаперечною ознакою цивілізованості суспільства та соціальної справедливості є також забезпечення рівності індивідів (а надто дітей) щодо можливостей виживання та шансів прожити довге здорове життя.

В Україні з 2008 р. для показників смертності немовлят характерна неухильна тенденція до зниження³⁰ (рис. 3.1.1). Проте показник останнього 2015 р.³¹ – 7,9 смертей на 1000 народжених живими – виявився дещо вищим, ніж у попередньому році (7,8%)³² При цьому слід враховувати, що зазначені дані без частини Донецької та Луганської областей є неповними, адже саме Донеччина була одним з «лідерів» у рейтингу регіонів з найвищим рівнем смертності дітей віком до року.

У цілому ж рівень смертності дітей у віці до 1 року, зафіксований в Україні за підсумками 2015 р., знизився порівняно з 2009 р. (9,4%) на 16%.

Основною причиною смерті дітей у віці до 1 року в країні були й лишаються стани, що виникають у перинатальний період (зокрема, симптом респіраторних розладів, внутрішньо маткова гіпоксія та асфіксія у пологах, уроджені пневмонії, специфічні інфекції перинатального періоду та пологові травми). На другому місці серед причин смерті немовлят традиційно знаходяться природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (найбільш вагомі – вроджені аномалії серця та системи кровообігу), третє ж – посідають зовнішні причини смерті (нешасні випадки, травми та отруєння). Привертає увагу значне зниження за досліджуваний період рівня смертності немовлят від природжених вад розвитку, деформацій і хромосомних аномалій внаслідок запровадження програми масового скринінгу

³⁰ У 2007 р. Україна запровадила міжнародну систему обліку і статистики в частині визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості та порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених, що зумовило короткотривале підвищення показників дитячої смертності. Надалі спостерігалось поступове скорочення рівня смертності немовлят та дітей віком до п'яти років.

³¹ Без АР Крим, м. Севастополя та даних по Донецькій і Луганських областях.

³² Без АР Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

новонароджених на фенілкетонурію й гіпотеріоз, адреногенітальний синдром та муковісцидоз, поширення медико-генетичного консультування при створенні сім'ї.

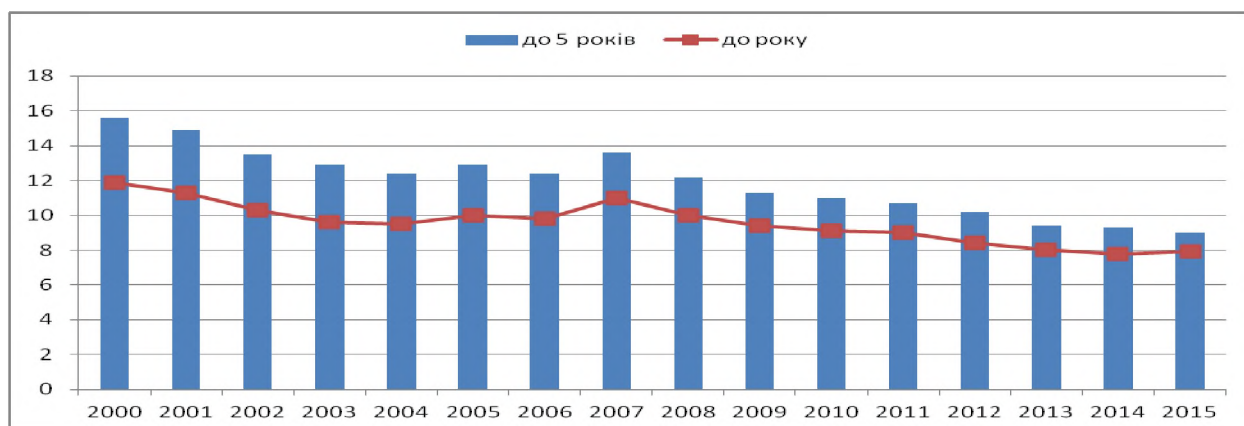


Рис. 3.1.1. Смертність дітей у віці до 1 року та смертність дітей до 5 років (на 1000 народжених живими) в Україні у 2000-2015 рр.

Джерело: за даними Державної служби статистики України. Дані за 2014 р. наведено без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя та території проведення антитерористичної операції, за 2015 р - без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя, даних по території проведення антитерористичної операції.

Структуру смертності немовлят за причинами смерті наведено на рисунку 3.1.2. Слід зазначити, що становище зі смертністю немовлят в країні не може бути визнано благополучним, доки постнеонатальна смертність, переважно зумовлена екзогенними причинами, лишається ще доволі значною. У цьому контексті занепокоєння викликає смертність від зовнішніх причин, тобто від причин, які можуть бути усунені за умов якісного догляду та піклування в сім'ї.



Рис. 3.1.2. Розподіл померлих у віці до 1 року за причинами смерті в Україні у 2015 р., %

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України. Дані за 2014–2015 рр. наведено без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя та території проведення антитерористичної операції.

У цілому ж, хоча смертність дітей у віці до 1 року суттєво знизилась за останні десятиліття, порівняно з провідними європейськими країнами, Україна вирізняється все ще високими рівнями смертності немовлят, а також мертвонароджуваності (причому динаміка останньої не має сталої позитивної тенденції), тож резерви їх зниження ще далеко не вичерпані. Для їх реалізації важливе значення мають як якісна антенатальна та перинатальна допомога, так і поліпшення соціально-економічного становища жінок (зокрема, вагітних) та їх сімей.

У рамках періоду дитинства на особливу увагу заслуговує також рівень смертності дітей віком 1–4 роки. Вважається, що цей показник є порівняно незалежним від ризиків у передпологовий, пологовий та післяпологовий період і відображає недостатність харчування або інших оптимальних умов існування протягом перших 1–1,5 року життя

дитини, а тому може бути чутливим індикатором соціально-економічного розвитку та рівня медичного обслуговування. Основними причинами смерті дітей віком від 1 до 5 років є, насамперед, травми внаслідок нещасних випадків через дитячу нерозсудливість і недостатній нагляд з боку дорослих, а також вроджені вади розвитку та аномалії, новоутворення, хвороби органів дихання й інфекції. Як видно з рисунку 3.1.1, протягом 2009–2015 рр. динаміка дитячої смертності за числом померлих у віці до 5 років на 1000 живонароджених була сприятливою. Поліпшенню ситуації сприяли: розробка клінічних протоколів лікування найпоширеніших захворювань у дітей, які ґрунтуються на наукових доказах, протоколів догляду за здоровою новонародженою дитиною, здоровою дитиною віком від 0 до 3-х років; впровадження в регіонах інтегрованого ведення хвороб у дітей до п'ятирічного віку та інших вікових груп, а також сучасних медичних технологій. Однак варто зазначити, що складні соціально-економічні (а подекуди – й ускладнені санітарно-гігієнічні) умови останніх років наразі породжують додаткові виклики щодо надійного забезпечення права молодших дітей на життя та виживання, зумовлюють певні ризики щодо збереження позитивних тенденцій дитячої смертності й потребують зосередження зусиль щодо їх попередження. Одним з таких ризиків для збереження життя та здоров'я дітей є значне погіршення стану імунопрофілактики ряду небезпечних захворювань в Україні (детальніше див. підрозділ 4.1). Так, частки дітей віком до 2 років, яким проведено щеплення, серед 0–2-річних дітей, які підлягали щепленню проти окремих інфекційних захворювань, становили у 2009 та у 2015 рр., відповідно: за щепленням проти туберкульозу – 93,5% й 45,2%, проти поліомієліту – 91,5% та 68,0%, проти кашлюка – 90,7% та 42,5%.

Діти 5–9-річного віку в Україні помирають у середньому в півтора-два рази рідше, ніж малята віком від року до п'яти. Найчастіше діти цього віку гинуть внаслідок різних нещасних випадків і травм, причому хлопчики ледве не вдвічі частіше, ніж дівчатка. У підлітковому віці діапазон впливу різноманітних несприятливих факторів на дитину розширюється і викликає поступове підвищення рівня смертності. При цьому її подальше підвищення з віком у дівчат відбувається значно повільніше, ніж у юнаків (рис. 3.1.3).

Свою роль провідної причини смерті у підліткових вікових групах в Україні зберігають зовнішні причини смерті. Особливо вагомим є їх внесок у загальний рівень смертності юнаків-підлітків: на зовнішні причини смерті припадає більше половини смертей хлопчиків віком 10–14 років, а у віці 15–17 років – понад 3/4 випадків смертей. Значно меншим, але все ж значущим внеском у смертність дітей 10–14 років вирізняються природжені вади розвитку та новоутворення, а дітей у віці старше 15 років – ще й хвороби нервової системи та системи кровообігу.

У цілому за досліджуваний період ситуація зі смертністю дітей віком від 5 до 18 років в Україні поліпшилась. При цьому найбільшим за 2009–2015 рр. виявився темп зниження смертності у 5–9-річних хлопчиків, а також у найстарших дівчат. Підвищення рівня дожиття до повноліття, тобто ймовірності повністю прожити інтервал від 5 до 18 років (цей показник розраховується за повними таблицями смертності та очікуваної тривалості життя) мало місце як для дівчат, так і для хлопців, як для містян, так і жителів сільської місцевості. Водночас умови дожиття дітей від 5 років до повноліття в містах наразі лишаються кращими, ніж у сільській місцевості.



Рис. 3.1.3. Коефіцієнти смертності дітей та підлітків за статтю в Україні у 2015 р. (на 100 тис. осіб).

Джерело: за даними Державної служби статистики України. Дані наведено без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя, даних по території проведення антитерористичної операції.

Непересічну роль у створенні умов, які забезпечують право дітей на життя та збереження здоров'я, відіграють заходи, що попереджують появу захворювань і виникнення ризиків для життя й здоров'я дітей обставин. У цьому напрямі МОЗ України працює щодо посилення медико-профілактичного компонента в школах шляхом зміни підходів до організації медичного забезпечення дітей, укомплектування педіатрами, медичним персоналом, з метою збільшення доступності медичної допомоги, посилення медичного спостереження учнів. Основним інструментом профілактики є обов'язкові медичні профілактичні огляди, за результатами яких надаються рекомендації батькам, ведеться їх консультування з питань збереження здоров'я дитини. З метою раннього виявлення факторів ризику щодо алкогольних і наркотичних проблем у дітей МОЗ України видано наказ від 23.05.2012 р. № 382, яким затверджено форму первинної облікової документації № 086-2/о «Карта профілактичної роботи з учнями загальноосвітніх навчальних закладів, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних і наркотичних проблем» та Інструкцію щодо її заповнення. Цим наказом передбачено під час обов'язкових профілактичних медичних оглядів проводити щорічне опитування учнів загальноосвітніх навчальних закладів, їх батьків (законних представників) для виявлення факторів ризику алкогольних і наркотичних проблем та щорічне інформування батьків з питань попередження вживання дітьми та підлітками-учнями загальноосвітніх навчальних закладів спиртних напоїв та наркотичних засобів.

Значну роль у формуванні відповідального ставлення підлітків до власного здоров'я та статевої поведінки відіграють «Клініки, дружні до молоді» (КДМ). Їх розвиток в Україні відбувається відповідно до «Основ законодавства України про охорону здоров'я», Законів України «Про охорону дитинства», «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю», «Про соціальні послуги», на виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 р. Станом на 1.01.2016 р. в Україні працює 147 КДМ (у 2011 р. їх було 104), з них 22 створено за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ).

У цілому ж слід констатувати, що за результатами виконання «Національного плану дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 р. в Україні, незважаючи на здійснення комплексу відповідних заходів щодо забезпечення невід'ємного права дітей на життя, цільових значень ряду передбачених програмою індикаторів досягнуто так і не було. Зокрема, це стосується показника мертвонароджуваності, що у звітний період не мав сталої тенденції до зниження (при цьому у відзначений для даного індикатора період до 2010 р. його рівень лишався майже незмінним). Цільового значення не досяг і показник динаміки смертності дітей віком до 5 років: його значення в 2015 р. (9,3 на 1000 живонароджених) виявилось нижчим від рівня базового року (1990 р. – 16,7), тоді як програмою було передбачено зниження відповідного рівня смертності на 2/3.

Згідно з офіційними даними, Україна наблизилась до запланованого рівня грудного вигодовування дітей віком до 6 місяців (60%), але так і не досягла його, оскільки відповідний показник за останні роки становив 54–55%. У цілому, завдяки розширенню обсягу медичних послуг, що надаються дітям, а також інформаційно-просвітницькій діяльності, спрямованій на формування здорового способу життя, у тому числі й широкомасштабних інформаційних кампаній щодо наслідків наркотичної залежності тощо рівень смертності неповнолітніх дітей в Україні за період виконання програми «Національного плану дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» відчутно

знизився ³³, що свідчить про поступальне просування країни шляхом забезпечення невід'ємного права дитини на життя.

3.2. Право дитини та виховання в рідній сім'ї, подолання бездоглядності та безпритульності дітей

Конвенцією ООН про права дитини наголошено, що діти мають зростати у сімейному середовищі в атмосфері щастя, любові та розуміння, а сім'ям повинні бути надані необхідні захист і підтримка. Прийняття Закону України «Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» дозволило активізувати роботу із забезпечення в Україні права дитини на виховання в рідній сім'ї, подолання бездоглядності та безпритульності дітей. Зокрема, було поставлено завдання: своєчасно виявляти бездоглядних і безпритульних дітей, упорядкувати систему їх обліку; влаштовувати на виховання в заклади соціального захисту чи інші сімейно орієнтовані інституції; удосконалити процес реабілітації бездоглядних і безпритульних дітей та їх сімей; забезпечити розвиток та доступність соціальних послуг для сімей з дітьми; удосконалити систему соціальної роботи з сім'ями, що мають дітей і опинилися в складних життєвих обставинах; запобігати соціальному сирітству дітей з раннього віку, сприяти діяльності в родопомічних закладах консультаційних пунктів соціально-психологічної допомоги, центрів матері та дитини тощо.

З метою забезпечення реалізації кожною дитиною права на виховання в сім'ї, зростання в безпечному сімейному оточенні, підвищення ефективності роботи державних органів та органів місцевого самоврядування із запобігання соціальному сирітству, вдосконалення системи надання соціальних послуг дітям і сім'ям з дітьми Указом Президента України від 22.10.2012 № 609 затверджено Національну стратегію профілактики соціального сирітства. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.05.2013 № 419-р затверджено План заходів з реалізації Національної стратегії профілактики соціального сирітства.

Згідно зі статтею 12 Закону України „Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування”, статтею 1 Закону України „Про органи і служби для дітей та спеціальні установи для дітей” та пунктом 3 Порядку провадження органами опіки та піклування діяльності, пов'язаної із захистом прав дитини, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24.09.2008 № 866 (далі – Порядок), служби у справах дітей є відповідними структурними підрозділами районних, районних у м. Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах рад. Наразі сільські, селищні ради незалежно від того, чи є вони об'єднаними територіальними громадами, чи є у їх структурі служба у справах дітей, чи передбачено штатним розписом посадову особу, повноваження якої стосуються соціального захисту дітей, мають обмежені повноваження як орган опіки та піклування (своєчасне виявлення дітей у кризовій ситуації; залучення органів вищого рівня до соціального захисту дітей; профілактична робота із сім'єю дитини, її найближчим оточенням; забезпечення житлом, покращення житлових і матеріально-побутових умов дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, тощо).

Прийняття рішень, щодо обліку дітей, надання їм відповідного статусу, подальшого влаштування тощо, покладається на районну держадміністрацію, виконавчий орган міської, районної у місті ради та/або службу у справах дітей як відповідальний структурний підрозділ зазначених органів.

³³ При цьому передбаченого очікуваними результатами виконання програми 10%-го зниження смертності неповнолітніх дітей вже до 2010 р. свого часу досягнуто не було.