

М. А. Найдич здобувач наукового ступеня  
кандидата політичних наук,  
ст. лаборант кафедри міжнародної інформації  
Східноєвропейського національного  
університету імені Лесі Українки

### **Здоров'я молоді як один із векторів молодіжної політики Європейського Союзу**

Робота виконана на кафедрі міжнародної  
інформації Східноєвропейського національного  
університету імені Лесі Українки

У роботі розглянуто системи охорони здоров'я країн Європейського Союзу. За допомогою аналізу регулярних опитувань, що проводяться у країнах співдружності визначено головні проблеми, що стосуються здоров'я молоді.

**Ключові слова:** молодь, система охорони здоров'я, Європейський Союз.

**Naiduch M. Health of youth as one of the vectors of the youth policy of the European Union.**

The work considers the systems of health care of the European Union Member countries. On the basis of the analysis of the regular surveys held in the countries of the Union the main problems concerning the youth's health are defined.

**Key words:** youth, health, European Union.

#### **Постановка наукової проблеми та її значення.**

Загальновизнаною ціннісною характеристикою людства є індивідуальне та громадське здоров'я. Одним із показників цивілізованості держави є турбота про здоров'я її населення. Згідно із резолюцією ООН №3854 від 1997 року стан здоров'я населення вважається головним критерієм доцільності і ефективності всіх без винятку сфер господарської діяльності.

В середині минулого століття у Конституції Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) було визначено поняття здоров'я як стан повного фізичного, душевного (духовного) та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби або фізичних вад. Тому здоров'я розглядається не лише як ресурс, а як мета життя.

Здоров'я та благополуччя молодих людей є ключовим питанням не лише для самої молоді, а й для всього суспільства загалом, адже більшість хвороб у дорослих є наслідком умов життя у дитячі та молоді роки. Представники різних організацій, інститутів та

громадянське суспільство в цілому визнають, що деякі загрози здоров'ю мають набагато більший вплив саме на молоді ніж на інші соціальні групи.

У всіх країнах світу проводиться політика, спрямована на підтримку та покращення здоров'я громадян, зокрема молоді. Однією із умов успішної реалізації такої політики є залучення молоді до прийняття рішень, що стосуються їх здоров'я та благополуччя.

Право бути здоровим визнане у міжнародних конвенціях та хартіях. Тому усі молоді люди незалежно від економічного положення, політичних поглядів, етнічної чи релігійної приналежності, місця проживання, сексуальної орієнтації, сімейного стану, статі та інших ознак мають право на охорону здоров'я та соціальний захист. В Україні в умовах демографічної кризи збереження здоров'я населення, реформування галузі охорони здоров'я має стати пріоритетним напрямком внутрішньої політики. Взірцем та прикладом для наслідування може стати досвід розвинутих країн світу, зокрема країн-учасниць Європейського Союзу.

**Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми.** Багато закордонних та вітчизняних науковців присвятили роботи охорони здоров'я молоді, так наприклад Р. Салман та Дж. Фієрайс аналізували реформи системи охорони здоров'я у Європі; Х. Баркарді, Х. Шустер та С. Зелман розглядали імплементацію регуляторних реформ у галузі медицини; питанням регулювання проблем, пов'язаних із наркотиками присвячені роботи М. Ходжеса, Дж. Еппелебе; Р. Пенн досліджував питання державного контролю у галузі медицини; В. Кузнар займався проблематикою управління системою охорони здоров'я. Але питання охорони здоров'я молоді як одного вектора державної молодіжної політики у публікаціях ще не піднімалося.

**Мета** статті — проаналізувати один із векторів молодіжної політики, що формує здоров'я молоді країн ЄС. Для досягнення мети поставлені такі завдання: розглянути системи охорони здоров'я у країнах ЄС, визначити основні проблеми, що стосуються здоров'я молоді.

### **Системи охорони здоров'я деяких країн ЄС.**

При проведенні аналізу національних систем медичного обслуговування світу Всесвітньою організацією охорони здоров'я найкращою була визнана французька. Головною тенденцією системи охорони здоров'я Франції є її централізований характер. Діяльність в галузі підтримки здоров'я населення держави контролює Міністерство праці та соціального забезпечення. Одним із джерел фінансування лікувально-профілактичних закладів є кошти обов'язкового медичного страхування, що надаються єдиною страховою організацією країни — Національною лікарняною касою [1].

Друге місце після Франції займає Італія, систему охорони здоров'я якої можна поділити

на три рівні: 1) національний (Міністерство охорони здоров'я); 2) регіональний; 3) місцевий [2]. Фінансування галузі здійснюється частково за рахунок держави, наприклад безкоштовне забезпечення рецептурними ліками, частково — за рахунок пацієнтів, які сплачують за виписку цих рецептів. Також у країні працюють страхові компанії, що надають послуги добровільного медичного страхування.

Характерною рисою системи охорони здоров'я Німеччини є незалежність від державного бюджету, так як система медичного страхування самостійно забезпечує усі фінансові потреби галузі [1]. Кожен громадянин країни повинен бути застрахований на умовах обов'язкового медичного страхування або добровільного страхування.

Особливостями системи охорони здоров'я Фінляндії є фінансування за рахунок податків (як державних, так і місцевих), надання переважної більшості медичних послуг державними закладами й установами муніципального управління [2]. У країні сформовано два рівні системи охорони здоров'я: центральний та місцевий, яка внаслідок проведення реформи державних субсидій стала менш централізованою.

Централізована система охорони здоров'я функціонує у Бельгії. Фінансування галузі здійснюється більшою мірою за рахунок соціальних внесків (55%), а також державних дотацій (40%). П'ять страхових компаній та одна громадська організація (допоміжна страхова каса) забезпечують усю роботу з обов'язкового медичного страхування населення.

В Австрії керівництво у галузі охорони здоров'я здійснює міністерство охорони здоров'я й охорони навколишнього середовища, яке не має безпосередніх повноважень по відношенню до місцевих служб охорони здоров'я. Вони є підпорядкованими місцевим органам управління. Відповідно до федеральної конституції уряди земель функціонують автономно та несуть повну відповідальність за забезпечення населення медичними послугами. Система медичного страхування в країні має три рівні: соціальне страхування, державне соціальне забезпечення певних контингентів та соціальна допомога, надавана на рівні земельного уряду [1].

У структурі управління охороною здоров'я Норвегії виділяють три рівні: національний регіональний та місцевий. Фінансування галузі здійснюється в основному за рахунок бюджетних надходжень держави, що складає близько 85% [4]. Органи центральної влади розробляють політику зазначеної галузі, відповідальність за надання медичних послуг несуть регіональні управління, а на місцевому рівні здійснюється фінансування медичної допомоги населенню [3].

До децентралізованих відноситься і система охорони здоров'я Польщі. Внаслідок адміністративної реформи державні лікарні отримали самостійність. Фінансування медичної допомоги здійснюється за рахунок регіональних державних страхових фондів. Основними

типами медичних закладів у країні є публічні (колишні державні) та приватні.

Естонська система охорони здоров'я характеризується децентралізованим управлінням та фінансуванням через соціальне медичне страхування. Хоча у 1990 році було проведено часткову централізацію із переходом загального планування під контроль Міністерства соціального забезпечення, таким чином було обмежено функції округів [2].

Як і в більшості країн система охорони здоров'я у Болгарії характеризується децентралізованістю та наявністю обов'язкового медичного страхування. Великий внесок у реформування медичної галузі здійснило прийняття наступних законів [4]:

1. “Про страхування на випадок хвороби”, в межах реалізації якого було створено Національний фонд обов'язкового медичного страхування;

2. “Про професійні організації лікарів і стоматологів” , внаслідок чого професійні асоціації отримали більший рівень впливу на процес прийняття рішень, що стосуються безпосередньо їх діяльності;

3. “Про заклади охорони здоров'я”, яким встановлюються категорії медичних закладів.

Уряд Угорщини при проведенні реформ значно децентралізував систему охорони здоров'я. Відповідальність за надання медичної допомоги несуть регіональна та місцева влада. Фінансується галузь за рахунок коштів Фонду медичного страхування. Приватні джерела фінансування здебільшого складаються із платежів населення у вигляді неофіційних платежів і доплат.

У Чехії успішно функціонують як державні та і недержавні заклади охорони здоров'я, які фінансуються страховими агентствами. При потребі отримати медичну допомогу кожен громадянин країни має можливість звернутися лише до тих лікарів, які співпрацюють із агентством, у якому ця людина застрахована [2].

Представлені матеріали дають змогу побачити, по-перше, що у переважній більшості країн система охорони здоров'я має децентралізований характер, по-друге — в усіх без виключення країнах у тому чи іншому вигляді застосовується медичне страхування на випадок хвороби чи інвалідності. Хоча цікавим є той факт, що у Франції, система охорони здоров'я якої визнана найкращою не тільки серед країн ЄС, а й світу — централізована.

### **Головні проблеми пов'язані зі здоров'ям молоді.**

Для визначення рівня проблем, пов'язаних із здоров'ям молоді в країнах Європейського Союзу регулярно проводяться опитування та формується загальнодержавний звіт, який складається з наступних блоків: 1) стан здоров'я; 2) фізичне здоров'я; 3) психологічне здоров'я; 4) вживання шкідливих речовин; 5) харчування; 6) сексуальна поведінка та підліткова вагітність.

У першому блоці збиралися дані про відсоток смертності, що зареєстрований у віці від

15 до 24 років серед чоловіків та жінок; відсоток людей, які оцінюють стан свого здоров'я як позитивний; відсоток людей, що оцінюють стан свого здоров'я як низький.

У другому знаходимо інформацію про відсоток хлопців та дівчат, у яких є надлишкова маса тіла відповідно до індексу маси тіла; відсоток ти, які вважають, що є занадто гладкими; відсоток хлопців та дівчат, які протягом останніх 12 місяців зверталися за медичною допомогою внаслідок отримання травм тощо.

Третій блок надає можливість проаналізувати загальний коефіцієнт смертності внаслідок самогубств; відсоток респондентів, що перебували у стані депресії протягом останнього тижня; відсоток респондентів, які відчували себе самотніми протягом останнього тижня; відсоток опитаних, що відчували тривогу протягом останнього тижня; відсоток респондентів, що відчували постійну втому протягом останнього тижня; процентне співвідношення 15-річних хлопців та дівчат, які були принижені принаймні двічі за останні кілька місяців; відсоток 15-річних підлітків, які знущалися над іншими принаймні двічі за останні кілька місяців.

У четвертому блоці зібрані дані демонструють відсоток опитаних, які вживали будь-який алкоголь протягом останніх 12 місяців; кількість респондентів віком від 15 до 34 років, які хоч раз в житті вживали наркотичні речовини, серед яких кокаїн, каннабіс, конопля та інші; відсоток опитаних віком від 16 років, які хоч раз у житті палили; частка респондентів, які палили протягом останнього тижня.

П'ятий блок відображає відсоток хлопців та дівчат, які снідають щоранку; відсоток хлопців та дівчат, які вживають фрукти щодня; кількість тих, що не вживають безалкогольні напої щодня; відсоток молоді, які чистять зуби більше одного разу на день; відсоток хлопців та дівчат, які працюють над зниженням ваги.

У останньому блоці зібрані дані про відсоток 15-річних хлопців та дівчат, які вже мали статеві зносини; відсоток 15-річних хлопців та дівчат, які використовували протизаплідні пігулки під час останнього статевого акту; кількість тих, які використовували презерватив під час останнього статевого акту; відсоток живих немовлят (від загальної кількості пологів), народжених матерями віком від 15 до 19 років.

Згідно цих опитувань найвищий рівень смертності серед молодих людей віком від 15 до 24 років у Люксембурзі, Франції, Німеччині, Італії, Мальті, Польщу, Іспанії та Великобританії, найнижчий — у Фінляндії, Угорщині, Чехії, Естонії, Ірландії, Нідерландах, Болгарії. Серед них відсоток молоді, що заподіяли суїцид найвищий у Естонії та Ірландії (більше 10%), у Литві цей показник становить 16,4%. Найменший відсоток смертей молодих людей через суїцид зафіксовано у Великобританії, Данії, Іспанії та Греції.

Щодо проблеми ожиріння, то більшість людей, індекс маси тіла яких перевищує норму,

проживає у Мальті, Фінляндії, Словенії, практично чверть населення Греції та Італії. Найменша кількість осіб із масою тіла вищою за норму проживає у Литві та Латвії.

При розгляді питань, що стосуються загальноновизнаної проблеми — вживання алкоголю, наркотиків та тютюнопаління, було з'ясовано, що переважна більшість молоді віком від 15 до 34 років (близько 85%) вживає алкоголь. Найнижчі показники мають Фінляндії, Кіпрі, Франції та Румунії. Найбільша кількість молоді, що вживає алкоголь знаходиться у Німеччині, Данії, Литві та Чехії (більше 90% респондентів).

Наркотики, зокрема кокаїн, у більшості країн хоч раз у житті вживали до 3% опитаних, а каннабіс спробувало більше чверті населення переважної більшості країн ЄС. Найвищий відсоток респондентів, що вживали хоч раз кокаїн у Іспанії та Великобританії; каннабіс — у Великобританії, Ірландії та Франції.

Проблема тютюнопаління молоді гостро стоїть у всіх без виключення країнах співдружності, так як більша половина населення пробували палити (близько 65%), а половина з них так і залишилася курцями (близько 35%). Найбільший відсоток курців у Болгарії, Німеччині, Латвії та Литві. Єдина країна, де цей показник менше 50%, це — Мальта.

Також однією з серйозних проблем є татеві стосунки молодого населення країн-учасниць ЄС. Згідно даних опитування найвищий відсоток опитаних, які у 15-річному віці вже мали статевий акт у Фінляндії, Нідерландах та Німеччині. Практично половина опитаних хлопців (більше 45%) Румунії, Греції, Болгарії та Данії. Дівчата з Данії (37%) та Болгарії(31%) теж швидко прагнуть стати дорослими таким чином. Найцотливішими виявилися юнаки та дівчата у Словаччині (менше 10%). При цьому більшість (близько 70%) використовувала засоби контрацепції.

Важливими є данні, що стосуються відсотку живих немовлят (від загальної кількості пологів), народжених матерями віком від 15 до 19 років. В середньому, по країнам співдружності цей показник не перевищує позначки у 10%. Максимальним він є у Польщі (близько чверті усіх пологів), у Румунії та Болгарії близько 13%. Найвідповідальніше до питання вагітності ставляться дівчата, що живуть у Данії, Нідерландах та Італії, показник ранніх пологів становить менше 2%.

Таким чином бачимо, що основними проблемами, пов'язаними із здоров'ям молоді є: вживання алкоголю, наркотиків, тютюнопаління, також великого значення надають проблемі ожиріння, серйозно ставляться і до сексуальної поведінки молодого населення й усіх проблем, що виникають унаслідок цього.

**Висновки і перспективи подальших досліджень.** Незалежно від характеристик систем охорони здоров'я у різних країнах-членах ЄС перед усіма державами співдружності

виникають проблеми, пов'язані зі здоров'ям молодого покоління. Першим кроком для вирішення проблеми є визначення її меж та глибини з чим успішно справляється ЄС, проводячи регулярні опитування. Вважаємо за доцільне продовження поглибленого вивчення зазначеної проблематики для підвищення формування необхідного досвіду для нашої держави.

### Література

1. Медицинское страхование за рубежом (обзор печати) // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2004. - №5 (41). - С.67-78.
2. Нонко В. Іноземний досвід медичного страхування / В. Нонко // Главный врач. - 2002. - №4. - с. 42-44.
3. Фірсова О. Д. Система охорони здоров'я Норвегії, особливості її організації на муніципальному рівні: досвід для України / О. Д. Фірсова // Економіка та держава. - 2011. - №1. - 100-104.
4. J. Johnsen, J. Roth. Health System in Transition: Norway. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on health of the European Observatory on Health system and Policies. — Vol. 8. — 2006. — №1. — 187 p.
5. Health and well-being. – [Electronic resource]. – Access mode :<http://youth-partnership-eu.coe.int/youth-partnership/ексуп/BGKNGE/Drugs.html>.
6. Policy paper on the health and well being of young people – [Electronic resource]. – Access mode :[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eu\\_compass/reports\\_studies/eyf\\_policypaper.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/eyf_policypaper.pdf).
7. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. – [Electronic resource]. – Access mode :<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health->

Статтю подано до редакції 30 вересня 2012 року.

Найдич Марина Анатоліївна  
м. Луцьк, вул. Теремнівська 91, кв 34  
[Marina.Najduch@gmail.com](mailto:Marina.Najduch@gmail.com)  
+38 098-88-75-75-8, +38 099-27- 61-223