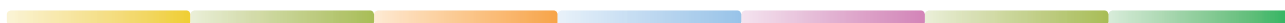


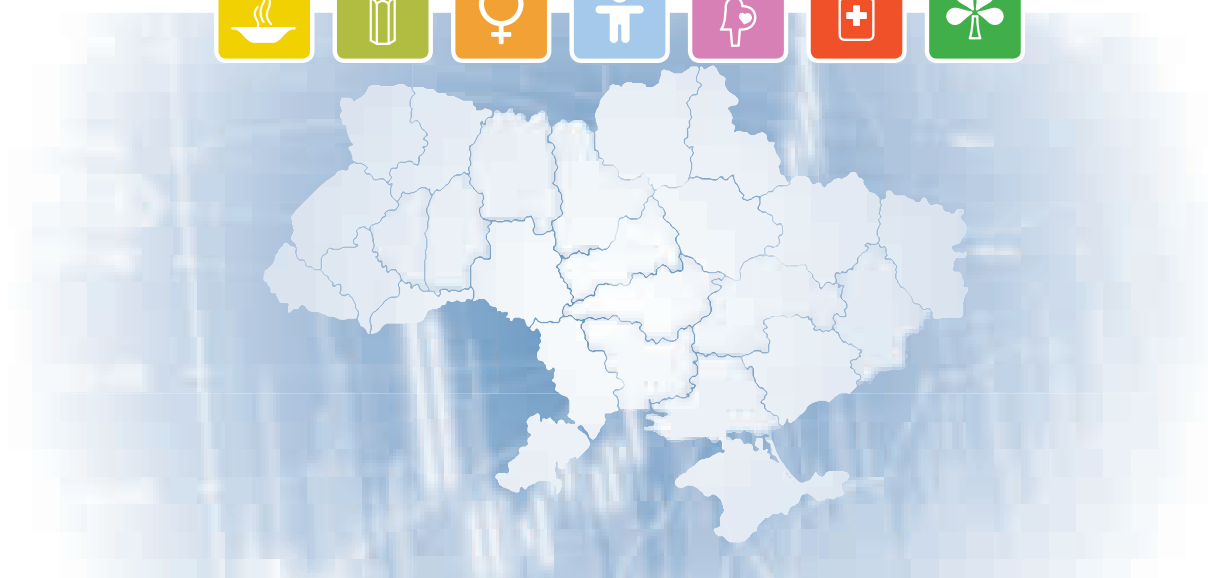
Цілі Розвитку Тисячоліття Україна: 2000–2015



НАЦІОНАЛЬНА ДОПОВІДЬ



ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ УКРАЇНА: 2000–2015



НАЦІОНАЛЬНА ДОПОВІДЬ



Національна доповідь висвітлює стан досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття (ЦРТ) в Україні та базується на широкому колі інформаційних, аналітичних і статистичних матеріалів. У доповіді наведено аналіз тенденцій національного розвитку та перешкод на його шляху, ключові проблеми та рекомендації. Міністерство економічного розвитку і торгівлі України здійснило аналіз успіхів і викликів на шляху досягнення завдань ЦРТ до 2015 року. Ця робота відбувалася за підтримки Проекту Програми розвитку ООН «Прискорення прогресу на шляху досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття в Україні» спільно з Інститутом демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи Національної академії наук України. Для забезпечення об'єктивності оцінок до процесу підготовки доповіді, обговорення досягнення ЦРТ, визначення проблем та розроблення рекомендацій долучилися понад 200 провідних фахівців у тематичних сферах ЦРТ. У публікації наведена динаміка досягнення цілей за ключовими індикаторами. Бенчмаркінгові орієнтири для досягнення до 2015 року були встановлені у 2000 році й оновлені у 2010 році на підставі розрахунково-прогнозної роботи щодо окреслення тенденцій розвитку на довгострокову перспективу та аналізу стану виконання завдань ЦРТ (з урахуванням змін у національній статистиці).

Зауваження. Дані за 2014 рік наведені без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, міста Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції, тому їх зіставлення з відповідними даними за інші роки є некоректним. Дані за 2015 рік є прогнозно-розрахунковими.

У виданні використані фото зі щорічного міжнародного фотоконкурсу газети «День».

Публікація стане у нагоді урядовцям, працівникам міністерств та відомств, керівникам і фахівцям центральних та місцевих органів виконавчої влади, співробітникам міжнародних організацій, науковцям, діячам громадських організацій, усім, кого цікавлять питання розвитку України.



Після оголошення незалежності в Україні Організація Об'єднаних Націй стала однією з перших міжнародних організацій, яка надавала підтримку у демократичних перетвореннях. Офіс ООН було відкрито в Україні у 1992 році, у червні 1999 року йому було надано статус Представництва ООН. Діяльність ООН в Україні спрямована на підтримку соціально-економічного розвитку країни, забезпечення сталого людського розвитку та прискорення просування країни до світових стандартів демократії. В Україні працюють такі агентства ООН: Програма розвитку ООН, Дитячий фонд ООН, Фонд ООН у галузі народонаселення, Управління Верховного комісара ООН у справах біженців, Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу, Всесвітня організація охорони здоров'я, Управління ООН з наркотиків та злочинності, Міжнародне агентство з атомної енергетики, Міжнародна організація праці, Міжнародна організація з міграції, Міжнародна Фінансова Корпорація, Міжнародний валютний фонд, Світовий банк, Управління Верховного комісара ООН з прав людини, Офіс ООН з координації гуманітарних питань. Установи ООН здійснюють діяльність у різних сферах і мають власні стратегії допомоги країні, але їх об'єднує загальна стратегічна ціль: допомогти народу України розбудувати краще майбутнє своєї держави.

Більше інформації про діяльність ООН в Україні: <http://www.un.org.ua/>

Цю доповідь підготовлено за сприяння Програми Розвитку ООН в Україні в рамках проекту «Прискорення прогресу у досягненні Цілей Розвитку Тисячоліття в Україні». Думки, висновки чи рекомендації належать авторам та упорядникам цього видання і не обов'язково відображають погляди агентств ООН.

ISBN: 978-966-2748-77-2

ЗМІСТ

ПОДЯКА	4
АКРОНІМИ ТА АБРЕВІАТУРИ	8
ВСТУП	10
 Розділ I. УКРАЇНА: ВИМІРИ РОЗВИТКУ (2000–2015 РОКИ)	14
 Розділ II. ПРОГРЕС НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ, ВСТАНОВЛЕНИХ ДЛЯ УКРАЇНИ (2000–2015 РОКИ)	
Ціль 1. ПОДОЛАННЯ БІДНОСТІ	19
Ціль 2. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКІСНОЇ ОСВІТИ ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ	29
Ціль 3. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ	43
Ціль 4. ЗМЕНШЕННЯ ДИТЯЧОЇ СМЕРТНОСТІ	55
Ціль 5. ПОЛІПШЕННЯ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІВ	69
Ціль 6. ОБМЕЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ЗАПОЧАТКУВАННЯ ТЕНДЕНЦІЇ ДО СКОРОЧЕННЯ ЇХ МАСШТАБІВ	79
Ціль 7. СТАЛИЙ РОЗВИТОК ДОВКІЛЛЯ	99
 Розділ III. ПОРЯДОК ДЕННИЙ РОЗВИТКУ НА ПЕРІОД ПІСЛЯ 2015 РОКУ ТА ЦІЛІ СТАЛОГО РОЗВИТКУ (2015–2030 РОКИ)	115
 ДОДАТКИ	
Додаток 1. СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦРТ В УКРАЇНІ ЗА ЗАВДАННЯМИ, ВИЗНАЧЕНИМИ НА ГЛОБАЛЬНОМУ РІВНІ	123
Додаток 2. СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦРТ В УКРАЇНІ ЗА ЗАВДАННЯМИ, ВИЗНАЧЕНИМИ НА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНІ	124



ПОДЯКА

Загальну координацію розроблення Національної доповіді «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна. 2000–2015» здійснили: **Наталя Горшкова** – Директор Департаменту економічної стратегії та макроекономічного прогнозування Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Максим Дуда** – заступник Директора Департаменту економічної стратегії та макроекономічного прогнозування Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Елла Лібанова** – академік Національної академії наук України, Директор Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Людмила Мусіна** – радник Міністра економічного розвитку і торгівлі України; **Ван Нгуен** – Директор офісу Координатора системи ООН в Україні; **Павло Онищенко** – начальник управління стратегічного планування Департаменту економічної стратегії та макроекономічного прогнозування Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Ініта Пауловіча** – заступник постійного представника Програми розвитку ООН в Україні; **Катерина Рибальченко** – Старший програмний менеджер Програми розвитку ООН в Україні; **Патріс Робіно** – міжнародний радник з питань ЦРТ; **Юлія Сваюля** – спеціаліст з координації діяльності системи ООН в Україні; **Наталія Сітнікова** – менеджер Проекту «Прискорення прогресу у досягненні ЦРТ в Україні» Програми розвитку ООН в Україні.

Доповідь «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна. 2000–2015» підготовлено робочою групою, до складу якої увійшли: **Наталія Власенко** – радник Голови Державної служби статистики України; **Олег Вороненко** – радник з програмних питань Представництва Фонду ООН у галузі народонаселення в Україні; **Ганна Герасименко** – старший науковий співробітник відділу досліджень людського розвитку Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Анастасія Думчева** – заступник Представника ВООЗ та глави Бюро ВООЗ в Україні; **Людмила Квашніна** – завідувач відділення медичних проблем здорової дитини та преморбідних станів Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України; **Юрій Кобища** – консультант з питань протидії ВІЛ/СНІДу; **Галина Майструк** – Голова правління Благодійного фонду «Здоров'я жінки і планування сім'ї»; **Олена Макарова** – член-кореспондент НАН України, заступник Директора з наукової роботи, завідувач відділу досліджень людського розвитку Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Ірина Матвієнко** – науковий співробітник відділення медичних проблем здорової дитини та преморбідних станів Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України; **Інна Осипова** – Директор Департаменту обстежень домогосподарств Державної служби статистики України; **Микола Пилипчук** – консультант з екологічних питань; **Ірина Скорбун** – фахівець з питань моніторингу і оцінки Благодійного фонду «Здоров'я жінки і планування сім'ї»; **Світлана Спесива-Ухова** – заступник Директора Департаменту обстежень домогосподарств Державної служби статистики України; **Лідія Ткаченко** – провідний науковий співробітник сектору соціальних ризиків у сфері зайнятості населення Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Оксана Хмелевська** – провідний науковий співробітник відділу досліджень людського розвитку Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Людмила Черенько** – завідувач відділу досліджень рівня життя населення Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Світлана Черенько** – завідувач відділення фізіатрії ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України»; **Єлизавета Шунько** – завідувач кафедри неонатології, декан педіатричного факультету Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст з неонатології Міністерства охорони здоров'я України

Значний внесок у підготовку Доповіді зробили: **Тетяна Авраменко** – науковий співробітник Національної академії державного управління при Президентові України; **Марія Алексеєнко** – голова ВГО «Жіночий консорціум України»; **Ольга Балакірева** – завідувач відділу моніторингових досліджень соціально-економічних трансформацій ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Володимир Бевз** – радник Міністра соціальної політики України; **Наталія Белкіна** – начальник відділу Департаменту

міжнародних організацій Міністерства закордонних справ України; **Марина Білінська** – віце-президент Національної академії державного управління при Президентові України; **Юлія Білько** – головний спеціаліст-економіст відділу моніторингу соціальних програм та одноразових обстежень Департаменту статистики послуг Державної служби статистики України; **Вікторія Близнюк** – науковий співробітник ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Наталія Богданова** – начальник відділу гендерної політики Департаменту сімейної, гендерної політики та протидії торгівлі людьми Міністерства соціальної політики України; **Тетяна Бондар** – Директор інституту соціологічних досліджень імені О.О. Яременка; **Лариса Бочкова** – консультант з питань протидії ВІЛ/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань; **Ксенія Винова** – головний спеціаліст Департаменту статистики послуг Державної служби статистики України; **Сергій Волков** – старший програмний менеджер ПРООН в Україні; **Юрій Волошин** – начальник відділу системних проектів та технічної допомоги міжнародних фінансових організацій Департаменту співробітництва з міжнародними фінансовими організаціями та координації міжнародної технічної допомоги Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Юлія Галустян** – науковий співробітник ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Елеанора Гвоздева** – радник зі стратегічної інформації ЮНЕЙДС в Україні; **Андрій Герасименко** – начальник відділу моніторингу соціальних програм та одноразових обстежень Департаменту послуг Державної служби статистики України; **Наталія Гусєва** – начальник відділу екологічної статистики Департаменту статистики сільськогосподарства та навколишнього середовища Державної служби статистики України; **Марія Гуцман** – помічник Директора Представництва та заступника Директора Представництва ПРООН в Україні; **Олена Данилова-Кросс** – спеціаліст програми з питань бідності та нерівності Стамбульського Хабу ПРООН; **Ярослав Демченков** – керівник служби Віце-прем'єр-міністра України; **Руслан Дорошкевич** – завідувач відділу Головного управління з питань реформування соціальної сфери Адміністрації Президента України; **Тетяна Дубініна** – заступник начальника відділу організації медичної допомоги дітям Управління материнства та дитинства Департаменту медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України; **Олена Дудіна** – завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; **Андрій Ермолаєв** – Директор інституту стратегічних досліджень «Нова Україна»; **Інна Заблудська** – керівник Луганської філії Інституту економіко-правових досліджень НАН України; **Любов Задюєнко** – начальник відділу демографічної статистики Департаменту статистики населення та регіональної статистики Державної служби статистики України; **Павло Замостьян** – заступник Представника Фонду ООН у галузі народонаселення в Україні; **Євген Зеленко** – координатор зі зв'язків з громадськістю та роботи з медіа ПРООН в Україні; **Олена Іванова** – менеджер проекту «Підтримка реформи соціального сектору в Україні» ПРООН в Україні; **Віктор Івкін** – член Координаційної ради Конгресу сходу України; **Ірина Каленюк** – головний науковий співробітник відділу соціальної інфраструктури Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Вікторія Карбишева** – заступник Директора Департаменту професійно-технічної освіти Міністерства освіти і науки України; **Ольга Кармазіна** – Директор Департаменту статистики послуг Державної служби статистики України; **Оксана Кисельова** – Національний програмний координатор ООН-Жінки; **Сергій Кікін** – Директор Департаменту ринку праці та зайнятості Міністерства соціальної політики України; **Лариса Кобелянська** – заступник Віце-президента Національної академії державного управління при Президентові України; **Юрій Когатько** – старший науковий співробітник відділу досліджень рівня життя населення Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Оксана Когут** – начальник відділу статистики соціально-трудових відносин Департаменту статистики праці Державної служби статистики України; **В'ячеслав Козак** – науковий співробітник Національної академії державного управління при Президентові України; **Марина Козелкова** – завідувач організаційно-медичного відділу НДСЛ «ОХМАТДИТ»; **Сергій Кондрюк** – заступник голови Федерації професійних спілок України; **Олена Красько** – завідувач сектору зв'язків з громадськістю Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Ірина Кременовська** – старший науковий співробітник відділу проблем модернізації господарського права та законодавства Інституту економіко-правових досліджень НАН України; **Ольга Крентовська** – Директор Департаменту стратегічного планування та



аналізу Міністерства соціальної політики України; **Віталій Крисько** – спеціаліст з координування проектів ПРООН в Україні; **Юрій Круглов** – старший науковий співробітник Лабораторії вірусних гепатитів та СНІДу Інституту епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України; **Ірина Крючкова** – науковий співробітник ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Геннадій Куліков** – головний науковий співробітник відділу соціально-економічних проблем праці ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Ірина Курило** – завідувач відділу досліджень демографічних процесів та демографічної політики Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Валентина Латік** – завідувач відділу досліджень рівня життя Науково-дослідного інституту праці та зайнятості Міністерства соціальної політики України; **Роман Левін** – старший науковий співробітник ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Віталій Легков** – завідувач відділу-довірений лікар відділу охорони здоров'я Департаменту охорони праці Федерації професійних спілок України; **Віталій Лозовий** – старший науковий співробітник Національного інституту стратегічних досліджень; **Володимир Лупацій** – радник Інституту стратегічних досліджень «Нова Україна»; **Маргарита Майорова** – завідувач відділу студентської молоді виконавчого апарату ЦК Профспілки працівників освіти і науки України; **Світлана Макогонюк** – заступник керівника Департаменту бюджетної політики та соціального захисту Федерації професійних спілок України; **Анатолій Максjuta** – президент Економічного дискусійного клубу; **Ігор Манцуров** – член-кореспондент НАН України, Директор Науково-дослідного економічного інституту Міністерства економіки і торгівлі України; **Ірина Мартиненко** – головний спеціаліст відділу системних проектів та технічної допомоги міжнародних фінансових організацій Департаменту міжнародних програм Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Тамара Марценюк** – доцент кафедри соціології факультету соціальних наук та соціальних технологій НаУКМА; **Віолетта Марциновська** – старший науковий співробітник Лабораторії вірусних гепатитів та СНІДу Інституту епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України; **Марія Мацєпа** – спеціаліст з питань моніторингу та оцінки ЮНІСЕФ в Україні; **Оксана Мовчан** – заступник Директора Департаменту ринку праці та зайнятості Міністерства соціальної політики України; **Валерій Новіков** – завідувач відділу соціальної інфраструктури Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Ольга Новікова** – науковий співробітник Інституту економіки промисловості НАН України; **Олена Орлова** – в. о. начальника відділу управління материнства та дитинства Міністерства охорони здоров'я України; **Людмила Остапенко** – керівник Департаменту бюджетної політики та соціального захисту Федерації професійних спілок України; **Ольга Павлова** – заступник Директора ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України»; **Валерій Павшук** – заступник Директора Центру ресурсоефективного і чистого виробництва; **Ніна Підлужна** – заступник Директора Департаменту стратегічного планування та аналізу Міністерства соціальної політики України; **Вадим Піщейко** – радник ректора Національної академії статистики, обліку та аудиту; **Олег Платонов** – голова Громадської Ради Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Світлана Полякова** – провідний науковий співробітник відділу досліджень рівня життя населення Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **В'ячеслав Потапенко** – Директор Інституту зеленої економіки; **Наталія Рингач** – головний науковий співробітник відділу демографічного моделювання та прогнозування Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Світлана Рожок** – головний спеціаліст відділу екологічної політики та наукової діяльності Міністерства екології та природних ресурсів України; **Надія Романенко** – інтерн Проекту «Прискорення прогресу у досягненні ЦРТ в Україні» ПРООН в Україні; **Сергій Савчук** – перший секретар Департаменту міжнародних організацій Міністерства закордонних справ України; **Яна Сазонова** – Старший фахівець з досліджень та регіонального аналізу МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»; **Наталія Салабай** – національний спеціаліст з моніторингу та оцінки Управління ООН з наркотиків та злочинності; **Інеса Сеник** – Директор Департаменту статистики праці Державної служби статистики України; **Оксана Сеник** – начальник відділу статистики послуг гуманітарної сфери Департаменту статистики послуг Державної служби статистики України; **Марфа Скорик** – Директор Київського інституту гендерних досліджень; **Андрій Славуцький** – медичний спеціаліст з питань туберкульозу, мультирезистентного

туберкульозу, міжнародний консультант Бюро ВООЗ в Україні; **Алла Солоп** – заступник Директора Департаменту статистики праці Державної служби статистики України; **Тетяна Сосідко** – старший фахівець відділу моніторингу і оцінки ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»; **Тамара Супліна** – президент жіночої федерації ділових жінок «Либідь»; **Ганна Терещенко** – старший науковий співробітник відділу соціально-демографічної статистики Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Яна Терлеєва** – завідувач відділу планування та організації надання допомоги хворим на туберкульоз ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України»; **Ганна Тимошенко** – Директор Департаменту статистики населення та регіональної статистики Державної служби статистики України; **Василь Толкачов** – менеджер проекту ПРООН «Розбудова спроможності для низьковуглецевого зростання в Україні»; **Наталія Трофименко** – начальник відділу екологічної політики та наукової діяльності Міністерства екології та природних ресурсів України; **Володимир Устименко** – Директор Інституту економіко-правових досліджень НАН України; **Наталія Федорович** – Директор департаменту сімейної, гендерної політики та протидії торгівлі людьми Міністерства соціальної політики України; **Євген Хлобистов** – завідувач відділу економічних проблем екологічної політики та сталого розвитку Інституту економіки природокористування і сталого розвитку НАН України; **Дарія Хмельницька** – аспірант Науково-дослідного економічного інституту Міністерства економіки і торгівлі України; **Алла Циганюк** – завідувач відділу бюджетних відносин соціальної сфери та економічного розвитку Академії фінансового управління; **Марія Чебанова** – інтерн Проекту «Прискорення прогресу у досягненні ЦРТ в Україні» ПРООН в Україні; **Неля Черненко** – Головний спеціаліст відділу стратегічного планування Міністерства екології та природних ресурсів України; **Олександра Чуркіна** – керівник проектів із соціальної політики ЮНІСЕФ в Україні; **Олена Шерстюк** – радник з питань комунікацій та глобальних ініціатив ЮНЕЙДС в Україні; **Лідія Шинкарук** – член-кореспондент НАН України, завідувач відділу економічного зростання та структурних змін в економіці ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Тетяна Шиптенко** – старший науковий співробітник Науково-дослідного економічного інституту Міністерства економіки і торгівлі України; **Владислав Шишкін** – провідний науковий співробітник відділу досліджень рівня життя населення Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Зоряна Шкіряк-Нижник** – завідувачка відділення медичних та психосоціальних проблем здоров'я сім'ї ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», член бюро Керівного комітету Ради Європи з біоетики; **Ігор Шумило** – радник Президента Київської школи економіки; **Богдана Щербак-Верлан** – технічний спеціаліст Бюро ВООЗ в Україні; **Віктор Щербина** – радник Інституту стратегічних досліджень «Нова Україна»; **Юлія Щербініна** – старший програмний менеджер ПРООН в Україні; **Алла Щербінська** – Директор Центру з питань профілактичної діяльності, досліджень та ресурсного розвитку; **Павло Яворський** – асистент Президента Київської школи економіки; **Юрій Яценко** – завідувач наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини».

Важливий внесок у підготовку доповіді зробили фахівці агентств ООН в Україні, спеціалісти Державної служби статистики України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства екології та природних ресурсів України, Міністерства закордонних справ України, Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України, Державного агентства водних ресурсів України та Державного агентства лісових ресурсів України.



АКРОНІМИ ТА АБРЕВІАТУРИ

АР Крим	Автономна республіка Крим
АРТ	Антиретровірусна терапія
АТО	Антитерористична операція
ВВП	Валовий внутрішній продукт
ВГО	Всеукраїнська громадська організація
ВІЛ	Вірус імунodefіциту людини
ВНЗ	Вищий навчальний заклад (МСКО 5)
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	Внутрішньо переміщені особи
ВРУ	Верховна Рада України
ГФ	Глобальний фонд
Держстат	Державна служба статистики
ДНЗ	Дошкільний навчальний заклад (МСКО 0)
ДОТ	Кабінет контролюваного лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі
ДПСУ	Державна пенітенціарна служба України
ДУ	Державна установа
ЕГП	Екстрагенітальна патологія
ЗЗЛГ	Землекористування, зміни землекористування і лісове господарство
ЗМІ	Засоби масової інформації
ЗНЗ	Загальноосвітній навчальний заклад (МСКО 1–3)
ЗНО	Зовнішнє незалежне оцінювання
ЗПТ	Замісна підтримуюча терапія
ІБПД	Інтегроване біо-поведінкове дослідження
ІВХДВ	Інтегроване ведення хвороб дитячого віку
ІДСД	Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи Національної академії наук України
ІКТ	Інформаційно-комп'ютерні технології
КІТ	Консультування і тестування
ЛЖВ	Люди, що живуть з ВІЛ
МДОУ	Медико-демографічне обстеження України
МІКС	Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств
МКХ-10	Десятий перегляд Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МОН	Міністерство освіти і науки
МОП	Міжнародна організація праці
МР ТБ	Мультирезистентний туберкульоз
МС	Материнська смертність
МСКО	Міжнародна стандартна класифікація освіти (версія 1997 року)
МТД	Міжнародна технічна допомога
н. р.	Навчальний рік
НАМН	Національна академія медичних наук
НАН	Національна академія наук
НУО	Неурядова організація
ОЗТ	Опіоїдна замісна терапія
ООН	Організація Об'єднаних Націй

ПГ	Парникові гази
ПГР	Підлітки груп ризику
ПДВ	Податок на додану вартість
ПЗФ	Природно-заповідний фонд
ПКС	Працівники комерційного сексу
ПКСВ	Паритет купівельної спроможності валют
ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
ПОШ	Програма обміну голок і шприців
ПРООН	Програма Розвитку Організації Об'єднаних Націй
ПТНЗ	Професійно-технічний навчальний заклад (МСКО 4)
р. а.	Рівень акредитації вищого навчального закладу (ВНЗ I–II р. а. – МСКО 5B; ВНЗ III–IV р. а. – МСКО 5A)
РКЗК ООН	Рамкова конвенція ООН про зміну клімату
РФ	Російська Федерація
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунodefіциту
США	Сполучені Штати Америки
ТБ	Туберкульоз
УЦСР	Український центр соціальних реформ
ХНІЗ	Хронічні неінфекційні захворювання
ЦРТ	Цілі Розвитку Тисячоліття
ЦСР	Цілі сталого розвитку
ЧСЧ	Чоловіки, які мають секс із чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІД
ЮНЕСКО	Організація Об'єднаних з питань освіти, науки і культури
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН
ЮНФПА, ФН ООН	Фонд ООН у галузі народонаселення
АНФ	AIDS Healthcare Foundation
REACH	Registration Evaluation and Authorization of Chemicals
SDC	Swiss Agency for Development and Cooperation
USAID	The United States Agency for International Development



ВСТУП

«Декларація тисячоліття» ООН, прийнята у 2000 році 189-ма країнами на Саміті тисячоліття ООН, визначила всеосяжні рамки цінностей, принципів і ключових чинників розвитку за трьома основними мандатами Організації Об'єднаних Націй: мир і безпека, розвиток і права людини. Дорожня карта до втілення «Декларації тисячоліття» запропонувала набір із восьми універсальних цілей з конкретними термінами і кількісними показниками, спрямованими на ліквідацію всіх основних перешкод на шляху до гідного життя будь-якої людини в будь-якому суспільстві: викорінення голоду та крайньої бідності, забезпечення доступу до освіти, забезпечення гендерної рівності, скорочення материнської та дитячої смертності, зменшення масштабів ВІЛ/СНІДу та інших захворювань, забезпечення екологічної стійкості та гармонізація зовнішньої допомоги для країн, що розвиваються. Період 2000–2015 років було визначено в якості терміну реалізації восьми **Цілей розвитку тисячоліття (ЦРТ)** відповідно до встановлених показників.

Після розроблення універсальних рамок ЦРТ у багатьох країнах світу було здійснено адаптацію ЦРТ та встановлено цільові показники розвитку з урахуванням специфіки національної ситуації. Регулярний моніторинг ЦРТ здійснюється на національному, регіональному та глобальному рівнях. На глобальному рівні підсумки реалізації завдань ЦРТ наведені у доповіді Генерального секретаря ООН «Гідне життя для всіх: прискорення прогресу в досягненні Цілей розвитку тисячоліття та реалізація програми розвитку ООН після 2015 року». У доповіді надано оцінку прогресу, висвітлено позитивну динаміку досягнення ЦРТ, а також наголошено на питаннях, пов'язаних з незавершеними завданнями ЦРТ у низці країн.

Наразі світова спільнота визначила нові орієнтири розвитку на наступні п'ятнадцять років (2015 – 2030 роки). Ще у вересні 2010 року на Саміті ООН з питань оцінки прогресу в досягненні ЦРТ було ініційовано міжурядовий діалог щодо «Порядку денного в галузі розвитку на період після 2015 року». У ході

роботи було визначено головні компоненти нового порядку денного розвитку (сприяння сталому розвитку, захист прав людини, забезпечення миру та стабільності) та 11 тематичних сфер для консультацій¹. Також у 88-ми країнах відбулися національні консультації з «Порядку денного в галузі розвитку на період після 2015 року», до яких долучилось понад 200 тис. людей.

У 2012 році на Конференції ООН зі сталого розвитку Ріо+20 «Майбутнє, якого ми прагнемо» питання майбутнього розвитку було включене у підсумковий документ у формі запиту до Генеральної Асамблеї ООН щодо створення міжурядової Робочої групи для внесення пропозицій щодо нових цілей – **Цілей сталого розвитку (ЦСР)**. У підсумковому документі було визначено, що формулювання ЦСР має бути узгоджено з ЦРТ та з процесом формування «Порядку денного в галузі розвитку після 2015 року». У 2014 році на сесії Генеральної Асамблеї ООН в узагальненій доповіді «Дорога до гідного життя до 2030 року: викорінення бідності, перетворення умов життя всіх людей та захист планети» було представлено основні положення щодо цілей розвитку на наступний програмний період. Генеральний Секретар ООН зазначив, що «...протягом року міжнародне співтовариство матиме історичну можливість і обов'язок діяти сміливо, рішуче та оперативно, щоб перетворити реальність в гідне життя для усіх без винятку». У доповіді Робочої групи відкритого складу Генеральної Асамблеї ООН з ЦРТ пропонується запровадити 17 цілей.

У вересні 2015 року в рамках 70-ї сесії Генеральної Асамблеї ООН у Нью-Йорку відбувся **Саміт ООН з прийняття Порядку денного розвитку після 2015 року**, на якому було затверджено нові орієнтири розвитку. Ця подія стала вершиною довгого та інтенсивного процесу консультацій, який, починаючи з 2012 року, об'єднав національні уряди, установи системи ООН та широке коло представників громадянського суспільства.

¹ Економічне зростання та зайнятість; Енергія; Вода; Екологічна рівновага; Управління; Продовольча безпека; Нерівність; Стан здоров'я; Освіта; Демографічна ситуація; Конфлікти та їх попередження.

Підсумковий документ «Перетворення нашого світу: порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року» було затверджено 25 вересня 2015 року на відкритті цього Саміту ООН. Документ містить преамбулу, декларацію, 17 Цілей сталого розвитку та 169 завдань, засоби для реалізації та глобального партнерства, а також рамки для подальшої діяльності та огляду ходу реалізації. ЦСР відображають масштаб та спрямування нового порядку денного, а також враховують незавершені питання Цілей розвитку тисячоліття. ЦСР є всеохоплюючими та неподільними, вони враховують три аспекти сталого розвитку: економічний, соціальний та екологічний.

Україна приєдналася до «Декларації тисячоліття» ООН і взяла на себе зобов'язання досягти ЦРТ до 2015 року. Від 2004 року в Україні було розроблено три національні доповіді та низку щорічних моніторингових звітів, які надавали огляд тенденцій, аналіз причин успіхів та ускладнень на шляху виконання завдань ЦРТ.

Національна доповідь «ЦРТ. Україна: 2000–2015» є підсумковим документом, який містить об'єктивний аналіз досягнень і здобутків, позитивного досвіду та ризиків щодо розвитку за деякими цілями. Так, були виявлені напрями «незавершеної роботи» та нові виклики, що постають на шляху розвитку України.

У ході підготовки цієї доповіді було проведено низку заходів: 7 експертних дискусій за кожною із цілей; 7 круглих столів за участю державних службовців; електронне обговорення кожної цілі; круглий стіл з представлення проекту доповіді тощо. До відкритого процесу обговорення та доопрацювання проекту доповіді «ЦРТ. Україна: 2000–2015» долучилося понад 150 фахівців за напрямками, що відповідають тематичним сферам ЦРТ, – урядовці, управлінці, спеціалісти установ ООН, дипломати, науковці, економісти, демографи, медичні працівники, епідеміологи, екологи, освітяни, журналісти, підприємці, лідери недержавних організацій та інші представники громадянського суспільства.

Вставка 1.1 Національні Цілі Розвитку Тисячоліття:



Ціль 1. Подолання бідності



Ціль 2. Забезпечення якісної освіти впродовж життя



Ціль 3. Забезпечення гендерної рівності



Ціль 4. Зменшення дитячої смертності



Ціль 5. Поліпшення здоров'я матерів



Ціль 6. Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів



Ціль 7. Сталий розвиток довкілля

Огляд діяльності щодо ЦРТ в Україні свідчить, що ЦРТ були інтегровані у систему стратегічного планування та моніторингу розвитку (вставка 1.2.). Вперше в країні було запроваджено практику щорічного моніторингу національного розвитку за 33-ма показниками, який здійснювався протягом 15 років. В історії України це єдиний приклад моніторингу виконання взятих Україною зобов'язань на довгострокову перспективу. ЦРТ мали вплив на розроблення державних цільових програм, законів України та стратегічних документів. У цілому, інтеграція завдань ЦРТ у державне управління сприяла розбудові потенціалу державних установ, які є відповідальними за національний розвиток за тематичними сферами ЦРТ.

**Вставка 1.2 ЦРТ в Україні: огляд основної діяльності**

2000	На Саміті Тисячоліття ООН Україна приєдналася до Декларації Тисячоліття ООН
2001	Адаптація ЦРТ для України
2002	Розроблення національної системи завдань і показників ЦРТ
2003	Підготовка та узгодження першої базової Національної доповіді «ЦРТ. Україна. 2003»
2004	Запровадження моніторингу ключових індикаторів ЦРТ
2005	Оцінка стану досягнення ЦРТ; підготовка доповіді «ЦРТ. Україна. 2005», яку було представлено на 60-й сесії Генеральної Асамблеї ООН
2006	Локалізація ЦРТ у трьох пілотних областях
2007	Запровадження моніторингу стану виконання завдань ЦРТ, підготовка доповіді «ЦРТ. Україна. 2007», інформаційно-просвітницька кампанія з ЦРТ
2008	Встановлення взаємозв'язків між ЦРТ, людським розвитком та європейським вибором України, підготовка Національної доповіді про людський розвиток «Людський розвиток та європейський вибір України»
2009	Розбудова інституційної спроможності для здійснення моніторингу національного розвитку
2010	Перегляд завдань та індикаторів ЦРТ, підготовка Національної доповіді «ЦРТ. Україна. 2010»
2011	Встановлення взаємозв'язків ЦРТ з концепцією соціального залучення, підготовка Національної доповіді про людський розвиток «Україна: на шляху до соціального залучення»
2012	Локалізація ЦРТ, Національна добровільна презентація України «Сприяння виробничим потужностям, зайнятості та гідній праці з метою викорінення бідності у контексті всеохоплюючого, сталого і справедливого економічного зростання на всіх рівнях для досягнення ЦРТ» на сесії Економічної та Соціальної Ради ООН
2013	Національні консультації з питань формування Порядку денного розвитку після 2015 року, підготовка доповіді «Україна після 2015 року: майбутнє, якого ми прагнемо», оцінка прогресу на шляху досягнення ЦРТ, підготовка доповіді «ЦРТ. Україна. 2013»
2014	Моніторингова щорічна оцінка прогресу на шляху досягнення ЦРТ, підготовка доповіді «ЦРТ. Україна. 2014»
2015	Підсумкова оцінка досягнення ЦРТ, підготовка Національної доповіді «ЦРТ. Україна: 2000–2015»

Доповідь, присвячена стану досягнення ЦРТ, забезпечує міцну основу для аналізу поточного стану розвитку України, формування суспільного запиту на зміни у якості життя людей та подальшої роботи з встановлення довгострокових пріоритетів розвитку країни. Цілі сталого розвитку на наступний програмний період – ЦСР

до 2030 року – мають бути встановлені з урахуванням глобальних орієнтирів та національної специфіки розвитку. Також нові цілі мають спиратися на досвід, набутий у ході досягнення ЦРТ в Україні, та відповідати очікуванням людей, що забезпечить підтримку на шляху суспільного прогресу.



РОЗДІЛ І

УКРАЇНА: ВИМІРИ РОЗВИТКУ (2000–2015 РОКИ)

За п'ятнадцять років після затвердження Декларації Тисячоліття ООН в Україні відбулися драматичні події у політико-суспільному устрої та економічно-соціальному становищі.

Після економічного спаду, пов'язаного з перехідним періодом 1990-х років, на початку нового тисячоліття в Україні нарешті почалося економічне зростання. Проте у другій половині 2008 року світова фінансова криза спричинила економічну кризу в країні. Посткризове відновлення 2010–2011 років змінилось у 2012–2013 роках стагнацією, після чого країну охопила друга хвиля рецесії, руйнівний вплив якої був багаторазово посилений військово-політичними подіями.

Нестійкий процес зростання демонструє слабкість української економіки, зокрема негнучкість структури її виробництва та вразливість до зовнішніх потрясінь. Заходи, спрямовані на підвищення конкурентоспроможності та збалансування експортних можливостей зі стимулюванням внутрішнього попиту, мали лише незначний ефект. Заходи, спрямовані на реформування системи соціального захисту населення, також не принесли очікуваних результатів щодо зменшення нерівності та створення стимулів для зайнятості.

ДИНАМІКА ВВП

На початку тисячоліття економіка України демонструвала високі темпи економічного зростання (одні з найвищих серед постра-

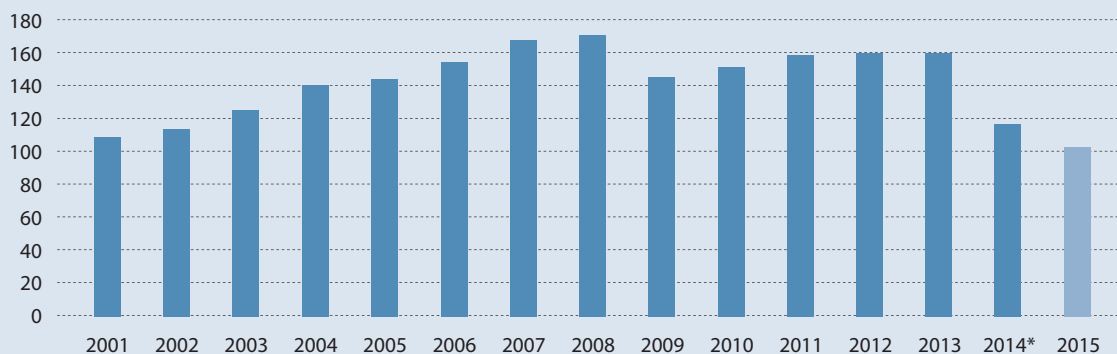
дянських країн). За 2001–2008 роки ВВП країни (у постійних цінах 2007 року) збільшився на 71,8%, тобто середньорічне зростання перевищувало 8% (рис. 1.1).

Проте модель економіки залишалась сировинною та експортоорієнтованою, а отже високозалежною від зовнішньої кон'юнктури. Конкурентні переваги переважно були зумовлені дешевими енерго-ресурсами та робочою силою. Завдяки високому попиту на металургійну та хімічну продукцію створювалась ілюзія високої конкурентоспроможності національної моделі економіки, що аж ніяк не стимулювало її до реформування, зокрема до структурної перебудови.

Світова криза 2008–2009 років відкинула економіку України назад (спад 2009 року виявився одним з найбільших у Східній Європі). Такі чинники, як несприятлива зовнішньоекономічна кон'юнктура в поєднанні зі зростанням ціни імпортованого з Росії газу, спричинили зниження обсягів виробництва металургії, хімії та нафтохімії, експортоорієнтованих сегментів машинобудування.

Під час економічного відновлення 2010–2011 років лише вдалося досягти рівня 2006 року, причому вирішальну роль відіграло посткризове відновлення світової економіки. Економічна модель України все ще залишалась сировинно-індустріальною й головним чином орієнтованою на експорт. Відповідно, обсяги та динаміка не тільки промислового виробництва, а й зовнішньої тор-

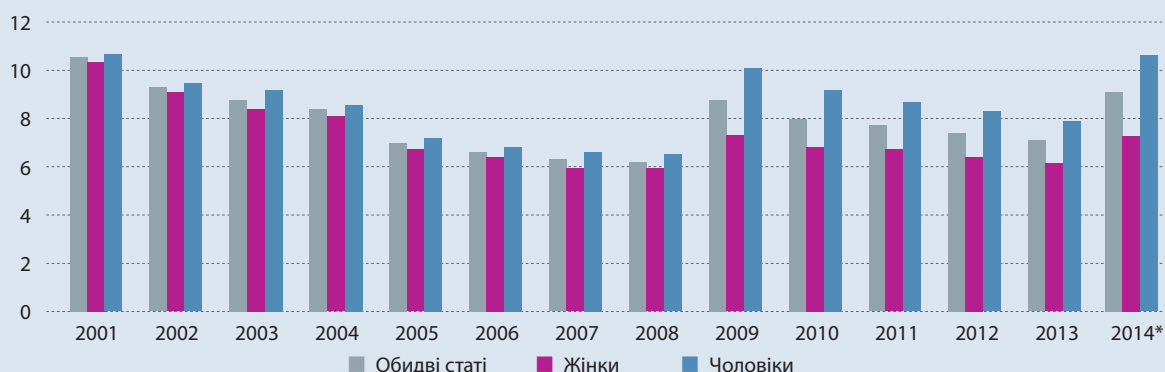
Рис. 1.1 Динаміка ВВП, % до рівня 2000 року



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

Рис. 1.2 Рівень безробіття населення віком 20–64 роки, 2001–2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

гівлі віддзеркалювали глобальні економічні тренди. Єдиною галуззю, що демонструвала високі темпи розвитку, був аграрний сектор, але ці успіхи значною мірою забезпечувалися державними дотаціями та пільгами.

У 2012–2013 роках уповільнення темпів світового економічного зростання спричинило подальше скорочення попиту на глобальних ринках, що негативно вплинуло на експортоорієнтовані галузі України. Проте збільшення внутрішнього попиту певною

мірою підтримало виробництво в галузях економіки, орієнтованих на вітчизняний ринок. Поєднання цих двох протилежних тенденцій пояснює економічний застій, що характеризує цей період.

У 2014 році Україна стикнулася з найгострішими викликами, включно з економічною кризою, військовим конфліктом на Сході країни та анексією АР Крим. Падіння внутрішнього попиту та слабкий зовнішній попит спричинили падіння реального ВВП на 6,8% та стрімке знецінення гривні.

Таблиця 1.1 Частка уразливої зайнятості, 2000–2014 роки

	Рівень уразливої зайнятості, %		
	Обидві статі	Жінки	Чоловіки
2000	9.2	10.2	8.3
2001	9.7	10.3	9.1
2002	11.0	11.8	10.2
2003	11.1	11.8	10.5
2004	15.6	15.5	15.6
2005	17.3	18.7	15.9
2006	18.0	19.4	16.7
2007	18.3	19.8	16.9
2008	17.0	18.5	15.6
2009	17.5	18.4	16.5
2010	17.9	18.9	17.0
2011	18.2	19.3	17.2
2012	18.2	18.7	16.8
2013	18.1	19.0	17.3
2014*	14.6	13.2	15.9

Джерело: Державна служба статистики України, дані обстеження робочої сили.

* Див. зауваження на с. 2.

За підсумками I півріччя 2015 року мають місце: падіння ВВП на 14,6% (порівняно з II кварталом 2014 року), падіння промисловості на 19,5% (порівняно з I півріччям 2014 року), зменшення обсягів виробництва у сільському господарстві на 9,3% (порівняно з I півріччям 2014 року), зростання споживчих цін на 40,7% (червень 2015 року до грудня 2014 року), скорочення обсягів експорту товарів на 35,0% (порівняно з I півріччям 2014 року), падіння реальної заробітної плати на 23,9% (порівняно з I півріччям 2014 року).

Внаслідок геополітичного конфлікту у 2014–2015 роках перепонами на шляху розвитку економіки України стали:

- ✓ руйнування виробничих потужностей та транспортної інфраструктури на території військового конфлікту;
- ✓ втрата міжгалузевих та логістичних зв'язків у регіональному та зовнішньоекономічному просторі;
- ✓ ускладнення міжнародних відносин із країною – колишнім основним торговельним партнером (Російською Федерацією);

- ✓ нестача енергетичної сировини (вугілля);
- ✓ зростання інвестиційних ризиків та негативних очікувань населення.

Негативний вплив на економіку України у 2015 році справляють і накопичені системні диспропорції, наслідками яких стали девальваційні та інфляційні шоки.

Водночас в останні місяці ситуація в економіці стабілізувалась і очікується позитивна тенденція до пожвавлення економічної активності у II півріччі 2015 року. Як наслідок, падіння ВВП за підсумками року уповільниться до 8,9%, а інфляція очікується на рівні 45,8% (грудень до грудня).

ЗАЙНЯТИСТЬ І ПРОДУКТИВНІСТЬ ПРАЦІ

У першій половині періоду 2000–2015 років безробіття невинно знижувалося (рис. 1.2). Найвищий рівень безробіття населення віком 20–64 роки спостерігався у 2001 році (10,6%), найнижчий – у 2008 році (6,2%). Під впливом економічної кризи 2009 року цей показник підвищився до 8,8% і в останні роки залишається на рівні 8–9%.

Динаміка частки уразливої зайнятості (частки самозайнятих та безкоштовно працюючих членів сімей у загальній чисельності зайнятого населення) також свідчить про відсутність прогресу в досягненні надійної, захищеної зайнятості (табл. 1.1). Упродовж 2000–2005 років вона зростала з 9,2% до 17,3%, надалі коливаючись у межах 17–18% аж до 2013 року. Близько трьох чвертей осіб з уразливою зайнятістю працюють у неформальному секторі економіки (переважно в особистому селянському господарстві з метою реалізації частини виробленої продукції) і перебувають за межами трудового законодавства та соціального захисту.

ПРОДУКТИВНІСТЬ ПРАЦІ

Продуктивність праці (ВВП на одну зайняту особу) в Україні впродовж 2000–2014 років мала переважно висхідну, але дуже нестійку динаміку (табл. 1.2). Кризові спади у 2009 році та у 2013–2014 роках значною мірою перекреслили успіхи більш ранніх років, коли річні темпи зростання сягали 7%, 9% і навіть 11%. Загалом за п'ятнадцятирічний період продуктивність праці зросла на 65%, що недостатньо для подолання наслідків затяжної кризи 1990-х

Таблиця 1.2

Динаміка показників продуктивності праці, 2000–2014 роки

	Темпи зростання продуктивності праці, %
2000	4.0
2001	10.3
2002	4.6
2003	9.2
2004	11.4
2005	0.8
2006	7.1
2007	7.0
2008	2.0
2009	–11.5
2010	3.7
2011	5.1
2012	0.0
2013	–0.2
2014*	–0.4

Джерело: Державна служба статистики України, дані обстеження робочої сили.

* Див. зауваження на с. 2.

років та досягнення стандартів продуктивності розвинених країн.

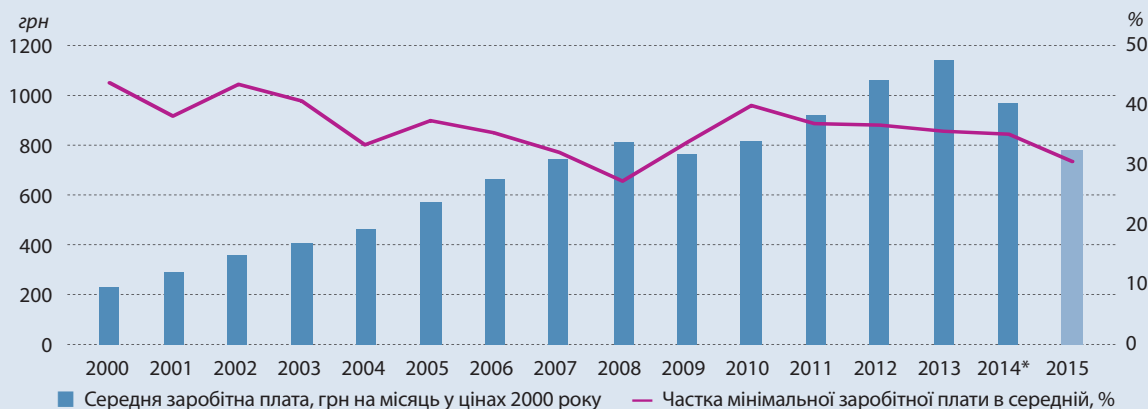
Нестійке макроекономічне середовище, низька продуктивність зайнятості, поширеність уразливої та (або) неформальної зайнятості зумовлюють високі ризики для працюючого населення та загалом низький рівень доходів населення. Це підтверджує наведений нижче аналіз динаміки заробітної плати.

ДИНАМІКА ЗАРОБІТНОЇ ПЛАТИ

Незважаючи на високі темпи зростання заробітної плати, Україні не вдалося подолати розрив в оплаті праці із сусідніми країнами, тим більше – порівняно з розвиненими країнами. Нерівномірність розвитку різних секторів економіки сприяла диференціації розміру заробітків працюючих. Водночас відбувалось і практично невинне зниження співвідношення мінімальної заробітної плати із середньою – у 2008 році воно зменшилося до 27% (рис. 1.3).

Динаміка реальної заробітної плати постійно стримувалася високими темпами інфляції. За період 2000–2008 роки ціни зросли

Рис. 1.3 Середньомісячна оплата праці, 2000–2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

у 2,2 раза, в середньому на 12% щорічно (рис. 1.4). Це, безперечно, відбивалося на реальних доходах населення, але також стимулювало внутрішній споживчий попит. З подоланням кризи 2009 року темпи інфляції сповільнилися, під час стагнації 2012–2013 років інфляція була нульовою, проте у 2014 році почалася її нова хвиля, яка триває й у 2015 році.

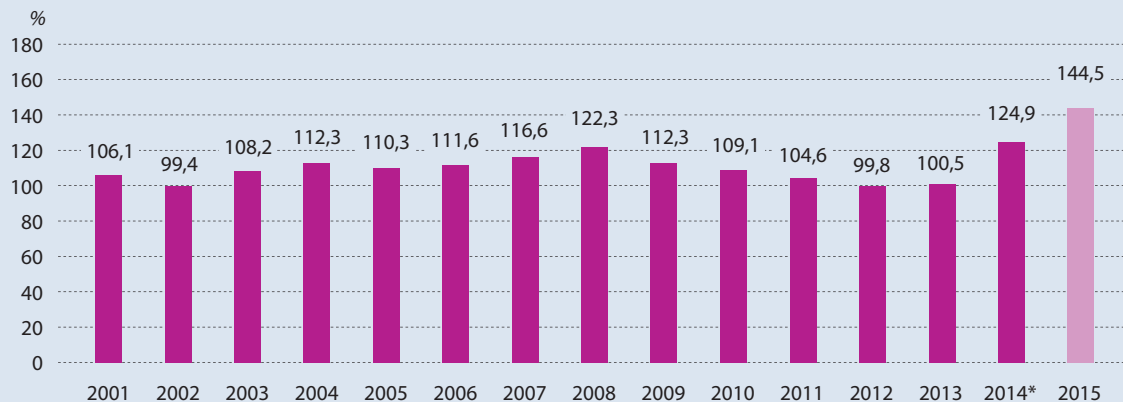
Суттєва різниця між рівнем життя та доходів стала однією з головних причин – якщо не ключовою – масштабної трудової еміграції українців: за оцінками, за межами України працюють 2,5–3 млн. осіб. Масштабна зовнішня трудова міграція призводить до вимивання резервів робочої сили, хоча водночас має й позитивний вплив, зокрема знімає напругу на національному ринку праці та сприяє підтримці рівня доходів сімей, залишених в Україні.

Низький рівень доходів працюючих спричиняє також необхідність масштабної державної соціальної підтримки у формі пільг, субсидій, допомог. У поєднанні з поширеними популістськими настроями і в суспільстві, і у владних структурах це зумовило невпинне та доволі стрімке зростання видатків на соціальний захист населення.

ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ

Демографічна ситуація в Україні в період 2000–2015 років (рис. 1.5 та 1.6) характеризувалася такими особливостями: низька народжуваність; висока смертність (особливо серед чоловіків працездатного віку) і відповідно низька середня очікувана тривалість життя з вираженою гендерною диференціацією; значні масштаби зовнішньої та внутрішньої міграції з майже

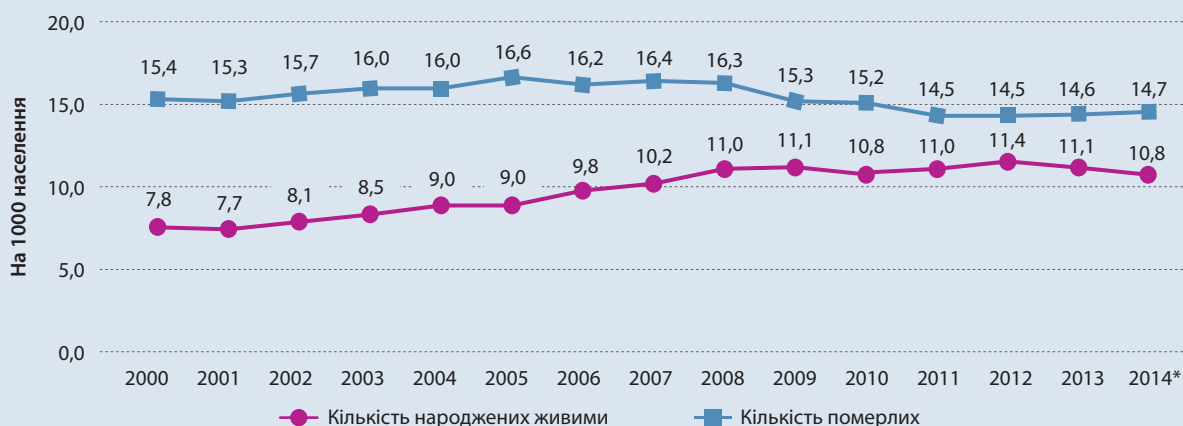
Рис. 1.4 Індекс інфляції, 2001–2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

Рис. 1.5 Природний рух населення України, 2000–2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

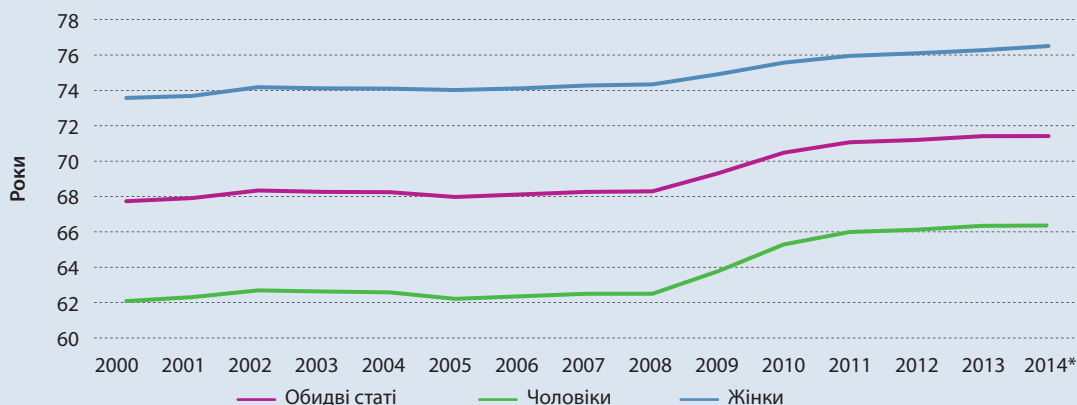
нульовим сальдо. Внаслідок депопуляції за період 2000–2013 роки населення України скоротилося на понад 4 млн осіб.

Старіння населення є одним з найважливіших демографічних процесів. Частка літніх людей (віком 60 років та старших) у структурі населення України становить нині 21,6%, що відносить її до 30 найстаріших країн світу за цим показником.

Водночас слід зазначити, що останній перепис населення України було проведено у 2001 році. Перепис населення раунду 2010 року (2005–2014 роки) в Україні провести не вдалося, що значно погіршує актуальність, повноту, доступність та якість демографічних даних і, таким чином, суттєво знижує ефективність аналізу та планування соціально-економічного розвитку держави.

Наразі суспільство в Україні очікує на реформи, які необхідно проводити активно, перш за все забезпечуючи їх трансформацію в ефективні дії з помітними для суспільства результатами. Водночас ці реформи мають узгоджуватися з проголошеним на глобальному рівні стратегічним завданням забезпечення сталого розвитку, що передбачає знаходження балансу між економічною, екологічною та соціальною складовими розвитку на фоні забезпечення миру та соціальної злагоди. Це потребує посилення інституційної спроможності системи державного управління та подальшої розбудови демократії. Наслідками проведення реформ в Україні мають стати такі зрушення: зменшення нерівності, реальне забезпечення соціальної справедливості, верховенство права та викорінення корупції.

Рис. 1.6 Середня очікувана тривалість життя при народженні, 2000–2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.



ЦІЛЬ 1 ПОДОЛАННЯ БІДНОСТІ



МАЙЖЕ **ЧВЕРТЬ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ** –
ЗА НАЦІОНАЛЬНОЮ МЕЖЕЮ БІДНОСТІ



КОЖНА ТРЕТЯ СІМ'Я З ДІТЬМИ
Є БІДНОЮ

КОЖНИЙ П'ЯТИЙ
ПРАЦЮЮЧИЙ Є БІДНИМ



З 2000 РОКУ **МАСШТАБИ БІДНОСТІ**
ЗА РІВНЕМ ФАКТИЧНОГО ПРОЖИТКОВОГО
МІНІМУМУ **СКОРОЧЕНО ПОНАД УДВІЧІ** –
З **71,2%** У 2000 РОЦІ ДО **28,6%**



ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

ЗАВДАННЯ	ІНДИКАТОРИ
Завдання 1.А: Ліквідувати до 2015 року бідність за критерієм 5,05 дол. США на добу за ПКС	1.1. Частка населення, чиє добове споживання ¹ є нижчим за 5,05 дол. США за ПКС, %
Завдання 1.В: Скоротити питому вагу бідного населення (за національним критерієм бідності) до 25% за рахунок зменшення чисельності бідних серед дітей та працюючих	1.2. Частка бідного населення за національним критерієм, %
	1.3. Частка бідних серед дітей, %
	1.4. Частка бідних серед працюючих осіб, %
Завдання 1.С: Зменшити в десять разів до 2015 року питому вагу населення, чиє споживання є нижчим за рівень фактичного прожиткового мінімуму	1.5. Частка населення, чиє споживання є нижчим за рівень фактичного прожиткового мінімуму, %

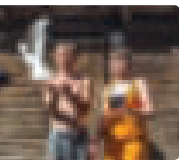
ДИНАМІКА ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ В УКРАЇНІ

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015
Індикатор 1.1. Частка населення, чиє добове споживання є нижчим за 5,05 дол. США** за ПКС, %															
11,9	11,0	7,4	4,0	3,2	1,3										
					9,0	9,3	6,6	3,8	3,5	2,5	1,9	2,3	...	...	<0,5
Індикатор 1.2. Частка бідного населення за національним критерієм, %															
26,4	27,2	27,2	26,6	27,3	27,1	28,1	27,3	27,0	26,4	24,1	24,3	25,5	24,5	23,4	25,0
Індикатор 1.3. Частка бідних серед дітей, %															
33,4	34,9	34,0	34,9	35,0	36,7	36,6	36,3	35,1	33,2	32,7	32,0	33,1	32,6	31,1	29,0
Індикатор 1.4. Частка бідних серед працюючих осіб, %															
21,6	22,6	22,0	21,1	21,6	22,3	27,2	21,7	21,1	20,6	19,7	19,6	20,7	20,0	18,4	15,0
Індикатор 1.5. Частка населення, чиє споживання є нижчим за рівень фактичного прожиткового мінімуму, %															
71,2	69,2	65,0	59,9	51,0	38,7	31,0	30,5	19,9	24,8	23,5	25,8	24,0	22,1	28,6	7,0

У таблиці наведені фактичні дані Державної служби статистики України та цільові показники для досягнення у 2015 році (встановлені у 2010 році).

* Див. зауваження на с. 2.

** До 2005 року використовувалося значення 4,3 дол. США на добу за ПКС, тому значення індикатора 1.1. представлено двома динамічними рядами.



СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

З 2000 року Україна досягла певних успіхів у подоланні абсолютної бідності, однак проблема бідності залишається актуальною. За критерієм фактичного прожиткового мінімуму рівень бідності зменшився з 71,2% у 2000 році до 22,1% у 2013 році. У 2015 році очікується зростання рівня бідності за цим критерієм до 32%. Анало-

гічна ситуація спостерігається за показником абсолютної бідності, що використовується для міжнародних порівнянь (індикатор 1.1): тривалий час відбувалося поступове зменшення частки бідних, але наразі очікується повернення до значень попередніх років, а саме, до 3,5% за підсумками 2015 року.

КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

Успіхи на шляху подолання абсолютної бідності за період з 2000 року були зумовлені загальним покращанням рівня життя населення завдяки економічному зростанню. Рівень відносної бідності коливався на рівні 27%, з 2009 року він поступово зменшувався (індикатор 1.2.). За попередніми оцінками, рівень відносної бідності за підсумками 2015 року становитиме 30,6%, серед дітей – 29,0% (індикатор 1.3.), а серед працюючих – 18,5% (індикатор 1.4).

Бідність родини залежить від її соціально-демографічного складу, а також від інших чинників, насамперед від місця проживання. Сім'ї з дітьми складають основну групу бідного населення, вони є найбільш уразливими до соціально-економічної ситуації в країні. Так, кожне третє домогосподарство з дітьми перебуває за межею бідності. Наявність однієї дитини підвищує ризик бідності за відносним критерієм на 17%, а наявність трьох і більше дітей – уже на 42% (за структурним критерієм відповідні показники складають 3% та 21%).

Отже, загальне зниження рівня відносної бідності відбувалося не за рахунок перерозподілу ресурсів на користь дітей та працюючих, а виключно в результаті зміщення розподільчих векторів кризового періоду.

Статеві-вікова структура за показником рівня бідності має найбільші виступи (найвищі значення) у нижній та верхній частинах, тобто у групі дітей віком 0–15 років та осіб старше 75 років. Ще один вищий за середній рівень бідності спостерігається у групі 35–45 років, яка припадає на пік трудової активності та кар'єрного зростання. Це пояснюється тим фактом, що перед більшістю батьків, які належать до цієї вікової

групи, постає проблема зростання витрат на освіту дітей.

Найнижчі рівні бідності спостерігаються у віковій групі 45–65 років, коли доходи від зайнятості сягають максимального значення, а діти починають самостійне життя. Відносно благополучний період, для якого значення показників бідності є нижчими або дорівнюють середнім по країні значенням, припадає на 20–35 років, коли з'являються доходи від трудової діяльності, але ще не настає пік дітородної активності та не виникають пов'язані з нею витрати на дітей. Проте у межах цієї групи жінки віком 25–30 років мають високі ризики бідності, тому що значна частина з них перебуває у відпустці по догляду за дитиною, тоді як розмір щомісячної виплати на мати та дитину не перевищує рівня мінімальної заробітної плати.

Показники бідності різко зростають у віковій групі понад 75 років, насамперед серед жінок. Це викликано двома чинниками – нижчим розміром пенсій осіб старших вікових груп порівняно з так званими «молодими» пенсіонерами, а також із втраченою залишковою працездатністю, що знижує можливість отримати додатковий до пенсії дохід. Також витрати, пов'язані зі медичними послугами, у «старих» пенсіонерів, як правило, вищі, ніж у «молодших» пенсіонерів.

Гендерні аспекти бідності. У цілому значних відмінностей у рівнях бідності за гендерною ознакою не спостерігається. Для більшості вікових груп значення показників бідності серед чоловіків дещо вищі, ніж серед жінок. Водночас існують деякі важливі винятки, які стосуються групи одиноких матерів, сільських жінок та жінок старших вікових груп (через менший розмір пенсій).



Бідність серед дітей. Повільне зменшення частки бідних дітей відносно загальної чисельності дітей вказує на сталу характерну ознаку української бідності: надвисокі значення показників по сім'ях з дітьми (особливо з появою другої та наступної дитини), з дітьми до 3-х років та з подвійним демоекономічним навантаженням. У найгіршій ситуації перебувають багатодітні родини: ризик монетарної бідності для них традиційно у 2,4–2,6 рази перевищує середнє по країні значення (залежно від обраного рівня бідності). Проблема для таких сімей може загостритися внаслідок реформування системи виплат при народженні дитини. За старої системи мати отримувала мінімальну заробітну плату протягом 6 років після народження її третьої та наступної дитини, а зараз термін був скорочений до 3 років.

Значна частка багатодітних сімей, особливо в сільській місцевості, використовувала виплати при народженні дитини як своєрідну стратегію виживання, що допомагало утримувати на кошти соціальної допомоги всю родину. Скорочення терміну виплат становить серйозну проблему для таких сімей, оскільки перехід на різноманітні форми адресної допомоги в країні відбувається надзвичайно повільно внаслідок низки перешкод адміністративно-законодавчого характеру, а також психологічних чинників.

Ризики бідності. Багатодітні сім'ї мають найвищі ризики бідності й за немонетарними критеріями: для них рівень деприваційної бідності у 2013 році становив 34,4%

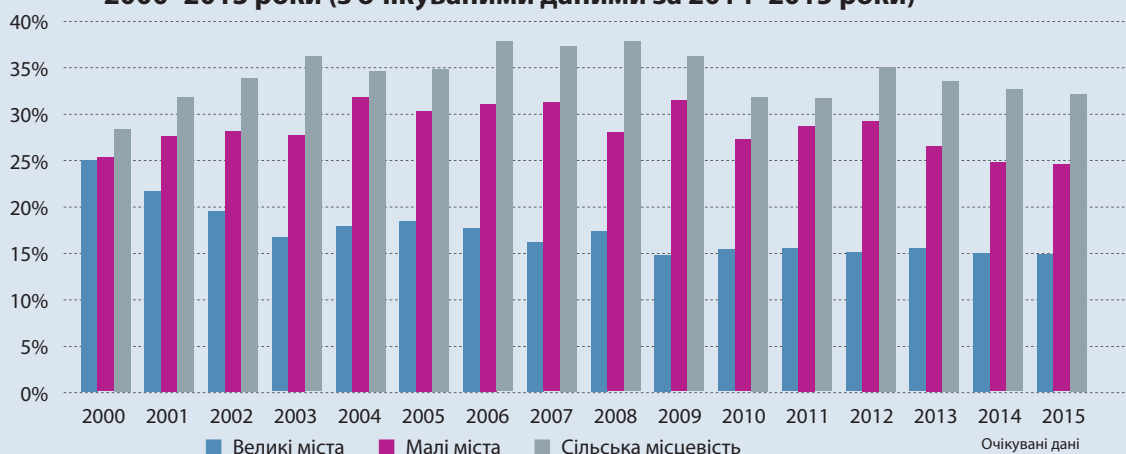
проти 21,3% за всією сукупністю домогосподарств з дітьми. Більше того, за самооцінкою серед багатодітних родин бідними себе вважають 73,4% проти 66,5% по всіх сім'ях з дітьми.

Бідність у малодітних сім'ях (з 1–2 дітьми) викликана низькими стандартами оплати праці та неспроможністю батьків, особливо у молодшому працездатному віці, утримувати дітей. Ризик бідності для сімей з однією дитиною є надзвичайно високим навіть за умови, що обоє батьків працюють. Якщо молоді батьки отримують заробітну плату на рівні 1,2–1,3 розмірів мінімальної заробітної плати, то така сім'я відчуває себе бідною.

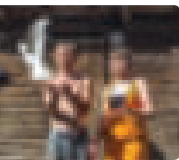
Значна частка домогосподарств втратила свій реальний дохід протягом кризового періоду. Так, у 2014 році порівняно з попереднім роком середньомісячні загальні доходи одного домогосподарства зросли на 12% при загальному зростанні цін на товари та послуги на 25%. Отже, домогосподарства стали біднішими в реальному вираженні.

Бідність і тип поселення. Упродовж всього періоду з 2000 року бідність в Україні характеризується важливими відмінностями залежно від типу поселення. Масштаби бідності зростають зі зменшенням розміру населеного пункту. Розриви у показниках залежно від типу населеного пункту періодично можуть зменшуватися чи збільшуватися, але загальна тенденція залишається стабільною (рис. 2.1.1). При використанні немонетарних оцінок поселенська складова бідності є домінуючою серед інших чинників формування бідності.

Рис. 2.1.1 Динаміка рівня відносної бідності за типом населеного пункту, 2000–2013 роки (з очікуваними даними за 2014–2015 роки)



Джерело: розрахунки ІДСД за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств, яке проводить Державна служба статистики України на постійній основі.



Бідність у сільській місцевості. Проживання родини у сільській місцевості підвищує ризик немонетарної бідності у 2,5 раза. При цьому для домогосподарств з однією дитиною нижчими, порівняно з домогосподарствами без дітей, є лише показники деприваційної бідності – 21,3% проти 22,5%, водночас ризик немонетарної бідності зростає вже з появою другої та наступної дитини. Навантаження зростає ще більше у родинях із дорослими особами непрацездатного віку. Надвисокі рівні немонетарної бідності у сільській місцевості пояснюються вкрай обмеженим доступом сільських мешканців до інфраструктурних об'єктів та соціальних послуг. Так, більше 40% селян мають позбавлення через відсутність своєчасних послуг швидкої допомоги та нестачу побутових послуг у населених пунктах. Загалом, сільські школи недостатньо забезпечені спеціальним обладнанням для кабінетів фізики, хімії, біології, а також підключенням до інтернету – тобто всім тим, що необхідно для надання якісної загальної освіти, що надає змогу дітям бути конкурентоздатними при їх подальшому виході на ринок праці. У зв'язку з поганою дорожньою інфраструктурою дорога до і зі школи займає багато часу (навіть за наявності шкільного автобуса). Інколи через відсутність школи у межах припустимої доступності сільські діти змушені навчатися в інтернатах. Все це створює передумови для «закріплення» бідності сільських дітей. Кожне четверте

домогосподарство потерпає через нестачу у населеному пункті медичної установи та/або регулярного транспортного сполучення з іншим населеним пунктом з більш розвинутою інфраструктурою.

Бідність за умовами життя. На відміну від традиційних підходів до оцінки бідності, які базуються на монетарних критеріях, бідність за умовами життя (депривація) характеризує позбавлення населення в тих чи інших життєвих благах. Проблема бідності за умовами життя охоплює широкий спектр ознак – від харчування, забезпеченості непродовольчими товарами та послугами до можливості включатися в суспільне життя та доступності закладів соціальної інфраструктури. Межу деприваційної бідності в Україні визначено на рівні 4-х та більше ознак позбавлення серед 18-ти основних. Ключовою ознакою позбавлення є обмеженість доступу до медичних установ.

Аналіз основних показників бідності свідчить, що спостерігається тенденція до збереження основних профілів української бідності на фоні загального збільшення масштабів як абсолютної, так і відносної бідності. Групи підвищених ризиків бідності співвідносяться з чисельністю дітей, старших осіб та безробітних. При цьому місцевість проживання традиційно здійснює підсилюючий вплив на ризики монетарної та немонетарної бідності у розрізі різних типів сімей.

ПРОБЛЕМИ ТА НОВІ ВИКЛИКИ

Проблеми, що перешкоджають подоланню бідності, пов'язані з низкою негативних внутрішніх та зовнішніх факторів. Серед основних чинників бідності можна виділити такі:

- вплив світової кризи, зменшення обсягів іноземних інвестицій та економічна рецесія, що, у свою чергу, миттєво відбилося на показниках соціального розвитку, рівня життя населення та бідності без звичайного в цих випадках часового лагу;
- недостатні темпи економічних та соціальних реформ протягом післякризового періоду (2010–2012 роки), що призвело до стагнації економіки та погіршення рівня життя населення у 2013 році;
- поглиблення економічної кризи внаслідок воєнного конфлікту та інших негативних подій 2014–2015 років, що відразу вплинуло на звуження купівельної спроможності населення та зростання масштабів абсолютної бідності.

Типовою ознакою двох останніх років стало не лише підвищення рівня бідності за абсолютними критеріями, а й зростання масштабів вразливості до різних форм бідності. Так, стан здоров'я є значним джерелом вразливості. Звуження джерел державного забезпечення медичної галузі у поєднанні зі зниженням реальних доходів населення призвели до зростання масштабів вразливості до бідності через захворювання. У випадку настання тяжкої хвороби, яка потребує витрачання значних коштів, майже всі українські сім'ї ризикують опинитися за межею бідності.

Житлова проблема є іншим чинником бідності. Значна група сімей вирішувала житлові питання шляхом оренди житла, проте наразі криза на ринку праці та зростання цін підсилює вразливість до бідності через житлові умови. Суттєве зростання тарифів на житлово-комунальні послуги впродовж



2014–2015 років неминуче призведе до значних масштабів вразливості до бідності за умовами життя навіть серед власників квартир та будинків, яким не потрібно здійснювати орендні платежі. Іншим наслідком економічної кризи є підвищення ризику бідності за ознакою заборгованості для великої кількості сімей, причому зростання заборгованості як перед банківськими установами, так і перед надавачами житлово-комунальних послуг.

Раптова бідність. Новим проявом вразливості для України стала раптова бідність через втрату майна та джерел для існування внаслідок бойових дій на Донбасі. Ризик бідності для постраждалого населення є особливо високим, оскільки накопичення чи поточні доходи постраждалих сімей мають покривати такі вартісні трати, як оренда житла (навіть тимчасова), оновлення втраченого домашнього майна, товарів для навчання дітей, а також інших різноманітних речей, таких як одяг та взуття, які вкрай необхідні у щоденному користуванні.

Усі форми бідності та вразливості становлять нові виклики для політики, оскільки не можуть бути подолані лише традиційними методами: наразі є зрозумілим, що система державної соціальної підтримки

як важіль прямого впливу на бідність є абсолютно непристосованою до ситуації, що формується в країні. Більше того, існуюча система економічних механізмів не виконує основних функцій і має бути кардинально перебудована. Ефективні економічні важелі мають сприяти запобіганню або пом'якшенню вразливості внаслідок будь-яких несприятливих подій, що можуть негативно вплинути на суспільство. Розроблення політики у економічній та соціальній сфері потребує чіткого уявлення щодо масштабів та структурних характеристик бідності як негативного соціального явища, ризиків його поширення та прогнозування впливу впровадження реформ на уразливі верстви населення.

Вставка 2.1.1 Внутрішньо переміщені особи (ВПО)

Значна частка мешканців, які опинились у зоні бойових дій, підпадала під визначення раптової бідності або вразливості до неї: з 6 мільйонів мешканців зони АТО і прилеглих територій більше 5 млн потрапили або до групи раптово збіднілих, або до групи вразливих до бідності, незалежно від того, переїхали вони в іншу частину країни чи залишилися в місці постійного проживання.

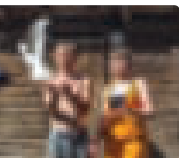
РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Економічне зростання є основною передумовою подолання абсолютної бідності. Водночас сприятливі економічні періоди породжують значні ризики підвищення відносної бідності, оскільки зазвичай призводять до збільшення нерівності. Необхідно дотримуватися балансу між економічним зростанням та регульованим розподілом доходів, особливо за умов існування неогрунтованої нерівності.

Згідно з макроекономічними прогнозами, вже з 2016 року слід очкувати зростання економіки України. Отже, наразі має розроблятися комплекс заходів щодо запобігання несправедливому розподілу тих благ, які стануть результатом підвищеної економічної активності. В цьому контексті необхідна зміна принципів та механізмів розподілу доходів. Насамперед, це реформування системи оподаткування в напрямі перерозподілу від найбільш забезпечених до найбільш вразливих груп населення, з одночасним пом'якшенням навантаження на

середньодохідні групи. Такі кроки сприятимуть зростанню ділової активності середніх прошарків суспільства, які здатні самотужки шукати шляхи виходу з кризи та створювати додаткові робочі місця. Задля реалізації цього завдання необхідне поступово сприяти легалізації неофіційних доходів з використанням традиційних механізмів, які довели свою дієвість у міжнародній практиці. Також необхідним є пошук суто національних інструментів детінізації. Без наочних результатів у напрямі легалізації доходів будь-які фіскальні реформи не приведуть до очікуваного ефекту.

Першочерговим завданням політики подолання бідності є **зменшення масштабів дитячої бідності**. Для досягнення цієї цілі акцент має бути переведено у площину оплати праці: необхідними є структурні зміни у формуванні доходів, насамперед забезпечення того, що мінімальна заробітна плата зростатиме випереджаючими (порівняно з іншими державними гарантіями)



темпами. Більше того, з метою розширення можливостей батьків щодо гарантування фінансового забезпечення сім'ї, особливу увагу слід приділити масштабному впровадженню гнучкого графіку роботи, особливо для матерів з малолітніми дітьми. Також необхідно надавати можливість матері для виходу на роботу після декретної відпустки шляхом підвищення доступності місць у дошкільних закладах. Таким чином, розвиток «дитячої» інфраструктури сприятиме підтримці сімей з дітьми (водночас для жінок це уможливить поєднання материнства та кар'єри).

Слід визнати, що відповідальність за життя та здоров'я дітей несуть їх батьки. Важливим є розширення державних стандартів для дитячих садків, що уможливить розвиток різних форм догляду за дітьми, – не тільки муніципальні, державні або приватні дитячі садки, а й групи денного догляду на підприємствах або міні-садки у приватних приміщеннях тощо.

Досвід свідчить про те, що **освіта** справляє набагато більший вплив на зниження ризиків бідності, ніж упровадження соціальних виплат. Отже, забезпечення якісної освіти як для дітей, так і для дорослих (навчання протягом життя) має стати компонентом будь-якої програми подолання бідності. Подоланню немонетарних аспектів дитячої бідності сприятиме поширення безоплатних послуг для розвитку дитини на всіх етапах її становлення.

Розв'язання проблеми нерівності та дуже високих рівнів бідності серед сільського населення можливе лише через розширення доступу до соціальних послуг. Тому необхідним є перенесення акцентів з фінансування інфраструктурних установ та заробітної плати персоналу в соціальній сфері на забезпечення доступності базових послуг для всіх верств населення, незалежно від рівня доходів та місця проживання.

Дотримання балансу між економічною доцільністю та соціальною ефективністю наразі є основною вимогою реформи системи соціальної підтримки. Це стосується фінансової спроможності системи та ефективного використання коштів, з одного боку, а з іншого – утвердження принципу соціальної справедливості при розподілі коштів програм соціальної підтримки. Основним принципом нової системи має

стати максимальне охоплення підтримкою найбільш нужденних за рахунок активної роботи органів соціального захисту у виявленні цільових контингентів. Такий підхід є особливо важливим в умовах суттєвого підвищення тарифів на житлово-комунальні послуги, оскільки значна частина сімей може стати неспроможною оплачувати відповідні рахунки і отже має отримувати регулярну допомогу від держави.

Реагування на нові соціальні виклики, викликані збільшенням кількості ВПО. Має бути створена єдина система підтримки для тих, хто постраждав від бойових дій на Донбасі. Ця система має базуватися на електронній реєстрації переселенців незалежно від регіону звернення й охоплювати всі види соціальних виплат. З одного боку, це спростить процедуру отримання допомоги при зміні переселенцями місця проживання, а з іншого – удосконалисть розрахунок видатків з бюджету відповідно до потреб та мінімізує випадки зловживань. Доцільно тимчасово об'єднати функції різних служб з метою розв'язання низки проблем, які постають перед ВПО (працевлаштування, призначення допомоги, надання соціальних послуг, тимчасове вирішення житлових питань). Слід організувати штаби для оперативної допомоги з метою забезпечення її адресності, тобто звертатися до кожної родини та знаходити найкращі шляхи комплексної допомоги. Це потребує створення банків даних стосовно вакансій, житлових приміщень, волонтерських організацій з надання соціальних послуг тощо. Таким чином, реформування системи соціальної підтримки має забезпечити її адаптованість до зовнішніх змін. Це означає наскрізне реформування – від змін у практичній діяльності місцевих органів соціального захисту до змін у соціальних програмах. Персонал органів соціальної підтримки має бути більш універсальним за видом та профілем здійснюваної роботи, а також бути готовим до тимчасових територіальних ротацій у межах регіону. Такий підхід потребує нових стандартів у підборі кадрів, так само як і у фінансовому управлінні цієї специфічної системи соціальної підтримки.

Розроблення нового напрямку в системі соціальної підтримки для допомоги на випадок непередбачуваних обставин. Такий напрям допомоги потребує активної соціальної політики, спрямованої на пра-



цездатні контингенти. Державна підтримка надається як тимчасова допомога для надання можливості сім'ї, що потенційно може бути фінансово самодостатньою, вийти з важкої життєвої ситуації. Наявність такого виду допомоги сприяла б одночасному вирішенню двох важливих завдань: забезпечення готовності реагувати на зовнішні виклики внаслідок соціально-політичних чи економічних подій (локального чи навіть державного масштабу) та мінімізації ризиків раптової бідності серед прездатного населення.

Проведення активної інформаційної політики. Сім'ї, які опинились у кризовій ситуації, зазвичай не мають інформації щодо того, як і куди їм належить звертатись по допомогу, часто вони «тікають» від своїх проблем, насправді їх поглиблюючи. Тому потрібно інтенсивно інформувати населення про види допомоги, які надають соціальні служби та державні органи, – починаючи від оголошень у громадських місцях та ЗМІ й закінчуючи тематичними уроками для учнів старших класів. Крім того, відповідні знання мають отримувати вчителі шкіл, працівники дитячих закладів та лікарі дитячих поліклінік і пологових будинків – тобто ті, хто безпосередньо працює з дітьми та їх родинами. Саме вони можуть виявити кризові сім'ї та поради їм способи звернення до соціальних служб або інших державних органів по допомогу.

Підвищення ефективності системи державної соціальної підтримки населення

та посилення її впливу на бідність. Основним завданням є перехід системи соціальної підтримки від надання допомоги всім уразливим чи неконкурентним верствам населення до надання допомоги найбільш бідним. Для цього необхідно посилити адресність надання соціальної підтримки, насамперед пільг, бідним верствам населення через удосконалення законодавчого, методичного та технічного забезпечення цієї системи. Такий підхід забезпечить ефективність розподілу бюджетних коштів на соціальні цілі та, відповідно, надасть можливість збільшення розмірів соціальних трансфертів найбільш бідним верствам населення за існуючого рівня фінансування.

Розподіл відповідальності у вирішенні гострих соціальних проблем. Оскільки складні соціальні проблеми виникають на фоні фінансової неспроможності їх ефективного розв'язання, доцільно застосовувати нові підходи до питання розподілу відповідальності. Акцентування саме на питаннях розподілу відповідальності, в тому числі фінансової, між урядом та всіма суб'єктами громадянського суспільства (бізнесом, недержавними організаціями, громадою та громадянином) має на практиці забезпечити рівний доступ до якісних послуг соціальної сфери та дотримання принципів соціальної справедливості в розподілі коштів на соціальну підтримку. Також необхідно сприяти створенню особливих умов для розвитку найбільш уразливих верств населення.



ціль **2** ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКІСНОЇ ОСВІТИ ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ



99,4% – РІВЕНЬ
ОХОПЛЕННЯ
ДІТЕЙ

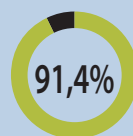
**ПОВНОЮ ЗАГАЛЬНОЮ
СЕРЕДНЬОЮ ОСВІТОЮ**



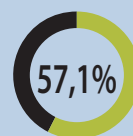
МАЙЖЕ ПОЛОВИНА МОЛОДІ
ЗДОБУВАЄ **ВИЩУ ОСВІТУ**

ДО **ІНТЕРНЕТУ** ПІДКЛЮЧЕНО
ПОНАД **83%** ШКІЛ

КІЛЬКІСТЬ ДІТЕЙ, ОХОПЛЕНИХ
ДОШКІЛЬНОЮ ОСВІТОЮ



У МІСТАХ



У СІЛЬСЬКІЙ
МІСЦЕВОСТІ



ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

ЗАВДАННЯ	ІНДИКАТОРИ
Завдання 2.А: Підвищити рівень охоплення освітою	2.1. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у міських поселеннях, %
	2.2. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у сільській місцевості, %
	2.3. Чистий показник охоплення дітей повною загальною середньою освітою, %
	2.4. Чистий показник охоплення вищою освітою осіб віком 17–22 років, %
	2.5. Сукупний валовий показник кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили свою кваліфікацію, тис. осіб
Завдання 2.В: Підвищити якість освіти	2.6. Кількість ЗНЗ, які мають підключення до Інтернету, %

ДИНАМІКА ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ В УКРАЇНІ

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015
Індикатор 2.1. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у міських поселеннях, %															
65,1	73,3	79,5	82,6	85,8	86,9	87,2	87,3	88,0	86,5	87,4	87,6	90,1	91,4	82,5	95,0
Індикатор 2.2. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у сільській місцевості, %															
24,0	24,4	27,5	29,9	33,2	38,0	41,7	44,9	47,6	47,8	49,7	53,2	55,7	57,1	57,5	60,0
Індикатор 2.3. Чистий показник охоплення дітей повною загальною середньою освітою, %															
97,7	98,1	98,3	97,8	99,1	99,3	99,4	99,5	99,7	99,1	97,3	98,8	99,5	99,6	99,4	99,9
Індикатор 2.4. Чистий показник охоплення вищою освітою осіб віком 17–22 років, %															
31,5	32,5	34,8	35,0	37,2	41,8	44,1	45,4	46,3	46,9	47,0	45,9	45,7	46,1	43,0	56,0
Індикатор 2.5. Сукупний валовий показник кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили свою кваліфікацію, тис. осіб															
...	158,0	...	167,0	188,0	193,0	193,0	197,0	293,0	224,5	249,4	264,0	...	...	...	320,0
Індикатор 2.6. Кількість ЗНЗ, які мають підключення до Інтернету, %**															
...	...	...	...	...	...	...	...	44,0	52,5	58,6	69,1	76,4	81,6	83,7	90,0

У таблиці наведені фактичні дані Державної служби статистики України та цільові показники для досягнення у 2015 році (встановлені у 2010 році).

* Див. зауваження на с. 2.

** До 2008 року дані щодо підключення шкіл до Інтернету не відстежувалися.



СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

У сфері освіти Україною досягнуто значного прогресу, про що свідчить динаміка відповідних показників. Розширено доступ до послуг дошкільної освіти у міській та сільській місцевостях. Традиційно високим залишається показник охоплення дітей повною загальною середньою освітою. Відбулись якісні зрушення в освітній діяльності навчальних закладів, у тому

числі завдяки розповсюдженню ІКТ та підключенню значної частини шкіл до Інтернету. Рівень охоплення молоді вищою освітою підвищився. Однак за ці роки не вдалося суттєво збільшити масштаби професійного навчання та підвищення кваліфікації, що свідчить про недостатню системність реалізації концепції освіти впродовж життя.

КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

Дошкільна освіта. Вагомим надбанням України є розширення доступу до послуг дошкільної освіти, а отже значне наближення до запланованих індикаторів ЦРТ за цим напрямом. Упродовж 2000–2013 років рівень охоплення дошкільною освітою дітей віком 3–5 років у міських поселеннях збільшився у 1,4 раза (з 65,1% до 91,4%), у сільській місцевості – у 2,4 раза (з 24,0% до 57,1%).

Однак різні аспекти міжпоселенської та міжрегіональної диференціації доступності освіти ускладнюють ситуацію. Відсутність ДНЗ у населеному пункті погіршує шанси майбутніх першокласників на здобуття рівних стартових можливостей, а для працюючих батьків це загострює проблему тимчасової бездоглядності малолітніх дітей (із вкрай небезпечними для їх здоров'я та навіть життя наслідками). Нестача місць зумовлює високу завантаженість вихованцями існуючих закладів, що знижує якість послуг у переповнених дитсадках.

На початок 2014 року 17,8 тис. сільських населених пунктів з дітьми віком до 6 років взагалі не мали ДНЗ (що складає 66% від загальної кількості сільських населених пунктів в Україні). Найбільшу частку сільських населених пунктів, де відсутні послуги дошкільної освіти, становлять села та селища із малою чисельністю дітей віком до 6 років (20 осіб і менше) – 76,1%. Найближчі дитсадки для 39% цих населених пунктів знаходяться на відстані 3–5 км, для 36% – 5–10 км, для 25% – понад 10 км.¹

У регіональному розрізі у міських поселеннях рівень охоплення ДНЗ дітей віком

3–5 років відрізняється в 1,2 раза (при цьому у 8 регіонах досягає 100%), у сільській місцевості – у 2,4 раза (максимальне значення – 78%, мінімальне – 33%).²

Проблемним аспектом (з огляду на ефективність використання коштів місцевих бюджетів) є «малокомплектність» сільської мережі ДНЗ. У 2000 році середня кількість вихованців на один заклад у міжпоселенському вимірі відрізнялась у 6 разів (111 дітей у міських дитсадках та 18 дітей у сільських), 2014 році – у 5 разів (відповідно 173 та 33).

З кожним роком загострюється проблема нестачі місць у ДНЗ. Протягом 2000–2014 років чисельність вихованців у розрахунку на 100 місць у міських поселеннях³ зросла з 99 до 132 дітей, у сільській місцевості⁴ – з 56 до 94. При цьому невпинно збільшується кількість закладів із надлишковою завантаженістю (50% міських ДНЗ та 21% сільських у 2000 році; відповідно 79% та 44% у 2014 році). Отже ця проблема не має системного вирішення у міських поселеннях і стає зловоденною для сільської місцевості.

Середня освіта. Для України традиційно високим є показник охоплення дітей повною загальною середньою освітою⁵ (у 2014 році – 99,4%). Цей рівень освіти є обов'язковим, отримання середньої освіти гарантується державою на безоплатній основі. Після закінчення основної школи та отримання свідо-

¹ Соціально-економічне становище сільських населених пунктів України: Статистичний збірник / відп. за вип. О.О.Кармазіна. – Державна служба статистики України. – 2014. – 187 с.

² Дошкільна освіта України у 2014 році: Статистичний бюлетень / відп. за вип. О.О.Кармазіна. – Державна служба статистики України. – 2015. – 89 с.

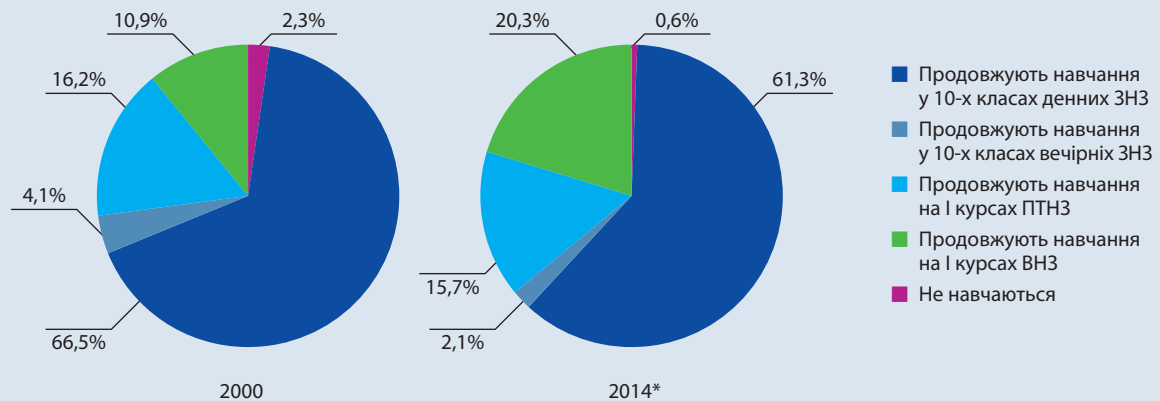
³ По всіх регіонах України, насамперед у великих містах. Завантаженість дитсадків у Тернополі становить 183 дитини у розрахунку на 100 місць, у Львові – 180, у Полтаві – 172.

⁴ Вже у 7 регіонах України завантаженість сільських ДНЗ перевищує значення 100 дітей на 100 місць.

⁵ Цей освітній рівень підтверджується атестатом про повну загальну середню освіту.



Рис. 2.2.1 Розподіл випускників основної школи (зі свідоцтвом про базову загальну середню освіту) за видами подальшої освітньої підготовки, 2000 та 2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

цтва про базову загальну середню освіту діти можуть продовжити навчання у старших класах денних шкіл або вечірніх школах, у закладах професійно-технічної або вищої освіти. Поєднання обов'язковості, безоплатності та диверсифікації джерел отримання повної загальної середньої освіти виявилось досить ефективним механізмом освітньої політики. Застосування такого підходу дозволяє як вирівнювати освітні можливості молоді (щодо доступності відповідної навчальної інфраструктури⁶), так і враховувати її запити щодо подальшої освітньої траєкторії (орієнтації на одночасне здобуття освіти та професії/кваліфікації).

З 2000 року відбулися певні зрушення в освітніх пріоритетах випускників основної школи (рис. 2.2.1). Скоротилася частка тих, хто продовжив навчання у денних (з 66,5% до 61,3%) та вечірніх (з 4,1% до 2,1%) школах. Водночас майже у два рази зросла частка учнів, які поступили до ВНЗ (з 10,9% до 20,3%). Частка зарахованих до ПТНЗ залишається доволі стабільною (15,7%). Частка випускників основної школи, які взагалі не продовжили навчання, зменшилася з 2,3% до 0,6%⁷. Тобто загалом простежується

позитивна тенденція, а саме, зростання заінтересованості у здобутті більш високого освітнього рівня серед підлітків.

Незважаючи на впровадження моделі інклюзивного навчання в Україні, є певні категорії дітей (насамперед зі складними порушеннями розвитку), спеціальне навчання для яких не організовано. Протягом 2014/15 н. р. не здобували повну загальну середню освіту за станом здоров'я 9,0 тис. дітей⁸ віком 6–18 років, з них 7,8 тис. дітей потребували корекції фізичного та/або розумового розвитку⁹. Звичайні школи також не є повністю доступними для дітей з особливими потребами. Понад 4 тис. денних ЗНЗ (23,8%) ще не мають безперешкодного доступу для учнів-інвалідів навіть до першого поверху. Лише у 69 школах (0,4%) організовано доступ для таких учнів до другого поверху, у 22 школах (0,1%) – до третього і наступного поверхів¹⁰.

⁸ Серед дітей, які не здобували повну загальну середню освіту з різних причин, 20,5% не навчаються за станом здоров'я (за типом поселення їх частка становить 16,7% у міських поселеннях і 29,0% – у сільській місцевості).

⁹ Серед дітей, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку та які не здобували повну загальну середню освіту з різних причин, 32,9% не навчаються за станом здоров'я (за типом поселення їх частка становить 30,6% у міських поселеннях і 35,8% – у сільській місцевості).

¹⁰ Без урахування спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) [Загальноосвітні навчальні заклади на початок 2014/15 навчального року: Статистичний бюлетень /відп. за випуск О.О.Кармазіна. – Державна служба статистики України. – 2015. – 100 с.].

⁶ Вибір подальшого місця навчання часто зумовлюється поселенською та регіональною специфікою розміщення навчальних закладів. Наприклад, сільська мережа ЗНЗ фізично неспроможна забезпечити належне охоплення підлітків повною середньою освітою, що спонукає частину з них вступати до ПТНЗ або ВНЗ.

⁷ Продовження навчання та здобуття професії: Статистичний бюлетень / відп. за вип. О.О.Кармазіна. – Державна служба статистики України. – 2015. – 27 с.



Таблиця 2.2.1 Охоплення освітою молоді віком 17–22 роки (частка постійного населення відповідного віку), 2010–2014 роки

	17 років	18 років	19 років	20 років	21 рік	22 роки
Навчались у ЗНЗ*						
2010 рік	17,0	2,6	0,7	0,5	0,3	0,3
2011 рік	30,8	4,0	0,6	0,4	0,3	0,3
2012 рік	24,1	3,5	0,7	0,4	0,3	0,2
2013 рік	21,3	2,6	0,6	0,4	0,3	0,2
2014 рік**	18,6	2,0	0,4	0,3	0,2	0,2
Навчались у ПТНЗ						
2010 рік	23,9	15,9	5,7	2,2	1,0	0,6
2011 рік	22,3	15,6	5,9	2,3	1,2	0,7
2012 рік	24,4	19,6	6,6	2,4	1,1	0,7
2013 рік	23,7	17,8	7,0	2,5	1,1	0,7
2014 рік**	21,9	15,7	5,8	2,3	1,0	0,6
Навчались у ВНЗ I–IV р. а.						
2010 рік	51,3	60,6	55,5	49,6	42,7	27,5
2011 рік	43,9	60,2	55,9	49,9	42,3	27,2
2012 рік	45,8	59,0	55,4	49,8	42,5	26,9
2013 рік	47,0	58,9	56,8	50,1	42,8	25,9
2014 рік**	45,5	55,4	51,1	46,7	39,4	24,4

Джерело: Державна служба статистики України.

* Без урахування учнів спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) та учнів спеціальних класів.

** Див. зауваження на с. 2.

Вища освіта. Після висхідної тенденції протягом 2000–2010 років, з 2011 року в Україні зафіксовано незначне зниження показника охоплення вищою освітою осіб віком 17–22 років (2010 рік – 47,0%; 2011 рік – 45,9%; 2012 рік – 45,7%; 2013 рік – 46,1%; 2014 рік¹¹ – 43,0%). Це зумовлено, головним чином, структурними зрушеннями у чисельності учнівських та студентських контингентів відповідного віку (табл. 2.2.1). Збільшення частки 17–18-річних серед школярів (внаслідок переходу на 11-річне навчання у ЗНЗ з 2011 року) і учнів ПТНЗ зумовило скорочення основного студентського контингенту, тобто осіб віком 17–18 років. При цьому рівень охоплення вищою освітою молоді віком 19–22 років залишається доволі стабільним.

Доволі висока частка учнів, які відразу після закінчення школи стають студентами ВНЗ (19,5% випускників основної школи та

44,9% випускників старшої школи у 2014 році¹²), свідчить про безперервність переходу між середньою та вищою ланками освіти в Україні.

Одним із проявів освітньої нерівності є фінансова доступність професійної освіти для різних груп населення. Загалом по Україні 6,2% домогосподарств потерпають від відсутності коштів для забезпечення отримання членом родини будь-якої професійної освіти. Цей тип позбавлення (депривації) відчувають тією або іншою мірою сільські (8,4%) та міські (5,3%) мешканці, домогосподарства з дітьми (12,0%) та без дітей (2,7%), найбідніші (15,3%) та навіть найбагатші (2,4%) домогосподарства¹³.

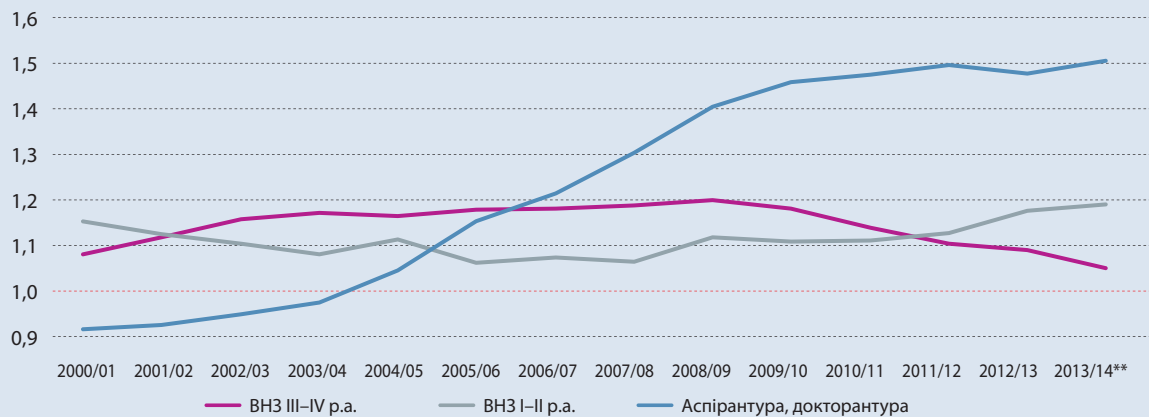
¹² Основні показники діяльності вищих навчальних закладів України на початок 2014/15 навчального року: Статистичний бюлетень / відп. за випуск О.О.Кармазіна. – Державна служба статистики України. – 2015. – 169 с.

¹³ Частка домогосподарств, які за рівнем середньодушових загальних доходів на місяць входять до складу першої (найбідніші) та десятої (найбагатші) децильних груп.

¹¹ Див. зауваження на стор.2.



Рис. 2.2.2 Індекси гендерного паритету* серед студентів, аспірантів та докторантів, 2000/2001–2013/2014 навчальні роки



Джерело: Державна служба статистики України.

* Співвідношення чисельності жінок до чисельності чоловіків (за методикою ЮНЕСКО).

** Див. зауваження на с. 2.

У найгіршому становищі перебувають домогосподарства, середньодушові загальні доходи яких нижчі за прожитковий мінімум (їх частка сягає 17,4%)¹⁴.

Тому актуальним питання для України залишається збереження державного фінансування вищої освіти, а отже – збереження її доступності для соціально вразливих верст населення. Питома вага студентів, які мають можливість навчатися за рахунок державного та місцевих бюджетів, щорічно збільшується (з 37,8% у 2005/06 н. р. до 49,4% у 2014/15 н. р.). Частка студентів, які навчаються за кошти фізичних осіб, залишається вагомою (61,5% та 50,0% відповідно), що свідчить про зацікавленість батьків у підвищенні освітнього рівня дітей, навіть за обмеженої фінансової спроможності родини. Водночас участь приватних фірм, корпорацій та органів державної влади у підготовці фахівців є незначною (відповідно 0,7% та 0,6%).

Залишається позитивною динаміка кількості студентів з соціально вразливих категорій населення. Протягом 2000–2014 років частка інвалідів зросла з 4,7 тис. до 16,6 тис.; частка дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які перебувають на повному державному утриманні, – з 4,0 тис. до 15,9 тис. осіб.

Зберігається доступність вищої освіти для сільської молоді. У 2014 році частка зарахо-

ваних на початковий цикл навчання до ВНЗ із числа сільської молоді становила 31,3% (питома вага сільських жителів у структурі наявного населення України становить також майже третину)¹⁵.

Традиційно високою в Україні є участь жінок у здобутті вищої освіти (індекс гендерного паритету серед студентів ВНЗ навіть вказує на гендерний дисбаланс на користь жінок). Досить позитивною тенденцією можна вважати зростаючу зацікавленість жінок у отриманні наукових ступенів кандидатів і докторів наук¹⁶ (рис. 2.2.2).

Україна зміцнює свої позиції на міжнародному ринку освітніх послуг: кількість студентів з числа іноземних громадян зросла з 12,9 тис. осіб (0,67% до загальної чисельності вітчизняних студентів) у 2000/01 н. р. до 56,9 тис. (3,40%) у 2014/15 н. р.

Професійне навчання та підвищення кваліфікації. Україна взяла на себе зобов'язання збільшити вдвічі кількість працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили кваліфікацію¹⁷. Це завдання є вкрай актуальним з огляду на необхідність

¹⁵ Станом на 01.01.2014 року – 31,02%.

¹⁶ Другий етап вищої освіти (МСКО 6).

¹⁷ Цільовим індикатором 2.5 «Сукупний валовий показник кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили свою кваліфікацію» було заплановано досягти у 2015 р. значення 320 тис. осіб (2001 рік – 158 тис.). Наразі відстежити зрушення за цим індикатором неможливо, оскільки методологія його розрахунку не узгоджується з існуючою державною звітністю зі статистики праці. Тому аналіз ситуації щодо професійного навчання та підвищення кваліфікації працівників буде ґрунтуватися на офіційних даних Держстату.

¹⁴ Самооцінка домогосподарствами доступності окремих товарів та послуг (за матеріалами вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2013 року): Доповідь Державної служби статистики України [http://www.ukrstat.gov.ua].



Рис. 2.2.3 Динаміка кількості штатних працівників, які проходили професійне навчання та підвищували кваліфікацію, 2000–2013 роки



Джерело: Державна служба статистики України.

подолання дефіциту робітничих кадрів та підвищення професійного рівня працівників. Однак дані офіційної статистики свідчать, що обсяги навчання персоналу на виробництві залишаються незначними¹⁸.

Загальна кількість працівників, які проходили професійне навчання (первинну підготовку або перепідготовку) та підвищення кваліфікації, у 2000 році складала 1150,8 тис., у 2013 році – 1217,8 тис. осіб (рис. 2.2.3). Проте динаміка цього показника не є сталою. Так, у 2009 році загальні обсяги підготовки та перепідготовки працівників були найнижчими внаслідок економічної кризи. Також треба зазначити, що кількість працівників, які підвищили кваліфікацію, значно перевищує кількість працівників, які навчались новим професіям, і цей розрив щорічно поглиблюється (у 2000 році він складав 2,9 раза, у 2013 році – 5,2 раза).

Питома вага працівників, які проходили професійне навчання та підвищення кваліфікації (у % до облікової кількості штатних працівників), зросла з 8,7% до 11,8%. Однак це збільшення зумовлене, головним чином, загальною негативною тенденцією на ринку праці – щорічним скороченням чисельності штатних працівників (лише за 2014 рік – на 370,4 тис. осіб, а з 2000 року – на 2,8 млн осіб).

В Україні також підвищують кваліфікацію державні службовці (у 2013 році – 19,9% від їх загальної кількості, або 66,8 тис. осіб) і

посадові особи місцевого самоврядування (15,1%, або 14,8 тис.). Функціонує також державна система для підготовки та перепідготовки безробітного населення (за 2013 рік у навчальних закладах пройшли навчання 217,0 тис. осіб або 14,1% від загальної кількості безробітних, які були зареєстровані Державною службою зайнятості України)¹⁹.

На думку багатьох експертів²⁰, значний потенціал для України становить розвиток ваучерної програми навчання дорослих, яка почала працювати з 2013 року.²¹ Право на отримання ваучера (для безкоштовної перекваліфікації за рахунок коштів Фонду державного соціального страхування на випадок безробіття) передбачено для осіб віком старше 45 років, які мають професійно-технічну або вищу освіту. У 2013 році ваучери отримали 8,6 тис. працюючих осіб, у 2014 році – 5,7 тис. осіб. Основною причиною невикористання виданого ваучера є проблеми з пошуком навчального закладу, який пропонує зручні освітні програми для зазначеної категорії дорослого населення. Разом з цим, багато ВНЗ та ПТНЗ зацікавлені брати участь у ваучерній програмі.

¹⁹ Праця України у 2013 році: Статистичний збірник / відп. за випуск І.В.Сеник. – Держстат України. – К.: ТОВ Видавництво «Консультант», 2014. – 336 с.

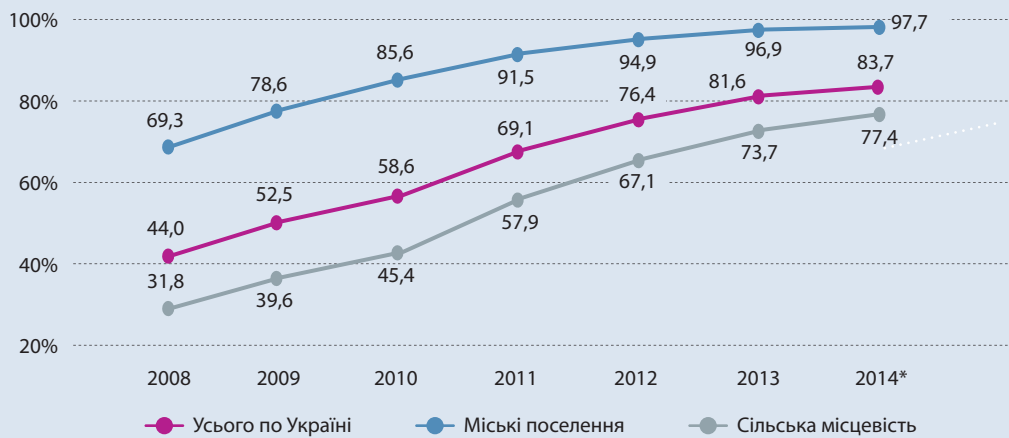
²⁰ Матеріали круглого столу «Програма ваучерів на навчання дорослих: аналіз ситуації, міжнародний досвід та перспективи» проекту ПРООН в Україні «Підтримка реформи соціального сектору в Україні» (м. Київ, 2 квітня 2015 року) [http://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/presscenter/articles/2015/04/07/-/]

²¹ Закон України «Про зайнятість населення», 2012 рік (з березня 2015 року програму ваучерів поширено й на певні категорії учасників АТО та внутрішньо переміщених осіб).

¹⁸ Праця України у 2013 році: Статистичний збірник / відп. за випуск І.В.Сеник. – Держстат України. – К.: ТОВ Видавництво «Консультант», 2014. – 336 с.



Рис. 2.2.4 Динаміка частки денних ЗНЗ із доступом до Інтернету, 2008–2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

Доступ до ІКТ у навчальних закладах. Процес комп'ютеризації освіти має вагоме значення для формування відповідних навичок та розширення доступності ІКТ для дітей, молоді та дорослого населення. Тому протягом останніх років в Україні особлива увага приділялася впровадженню ІКТ у навчальний процес (за цим напрямом МОН, місцеві органи влади та навчальні заклади усіх рівнів активно співпрацюють з відомими світовими корпораціями та вітчизняними компаніями).

Частка підключених до Інтернету ЗНЗ збільшилася з 44,0% у 2008 році до 83,7% у

2014 році. У міських поселеннях цей показник майже досяг 100%, у сільській місцевості процес підключення шкіл до глобальної мережі проходить повільнішими темпами (рис. 2.2.4).

Аналіз забезпеченості шкіл комп'ютерною технікою свідчить про міжпоселенську диференціацію за багатьма параметрами (табл. 2.2.2). Єдиною перевагою сільських шкіл є те, що їх учні можуть витратити більше часу на вивчення інформатики, оскільки в середньому на 1 тис. сільських учнів припадає у 2 рази більше робочих місць з комп'ютером, ніж у міських школах.

Таблиця 2.2.2 Забезпеченість денних ЗНЗ комп'ютерною технікою, 2014/2015 навчальний рік*

Показники	Міські поселення	Сільська місцевість
Частка ЗНЗ**, що мають комп'ютери, %	99,3	94,2
Кількість комп'ютерів*** на один заклад (у середньому), од.	28,7	9,9
Частка технічно несправних комп'ютерів, %	12,9	13,1
Частка комп'ютерів, термін придбання яких становить понад 5 років, %	59,6	66,6
Частка ЗНЗ, які мають навчальні кабінети основ інформатики й обчислюваної техніки, %	94,6	76,8
Кількість робочих місць з комп'ютером (у кабінетах інформатики й обчислюваної техніки) на 1 тис. учнів, од.	34	69

Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

** Без урахування спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів).

*** З урахуванням комп'ютерів, що використовуються в управлінсько-господарській діяльності, у тому числі для ведення бібліотечного фонду.



ПРОБЛЕМИ ТА НОВІ ВИКЛИКИ

За 2000–2015 роки у вітчизняній системі освіти відбулися суттєві зміни правового, інституційного, фінансового, організаційного та змістовного характеру. Більшість із них вже справила позитивний вплив на розширення доступу населення до якісних освітніх послуг. Інша частина нововведень лише створює передумови для подальшої інтеграції системи освіти України у європейський освітній простір.

Однак пожвавлення реформаторської діяльності поки що не змінило найбільш консервативні елементи системи освіти – її економіку та систему управління. Доволі значні фінансові потоки в освіту (у тому числі за рахунок коштів домогосподарств) за ці роки не вдалося використати як інструмент забезпечення ефективного функціонування галузі, насамперед задля істотного покращання якості освітніх послуг на всіх рівнях освіти.

В Україні спостерігаються **наднизькі темпи впровадження концепції освіти впродовж життя**. Відсутність ефективної міжсекторальної координації гальмує діяльність сфер підготовки, створених для дорослого населення, яке починає входити або вже увійшло у зону соціальних ризиків. У стадії формування перебуває напрям «Університет третього віку»²². Система професійної підготовки та підвищення кваліфікації працівників все ще важко знаходить усі точки взаємодії з реальним сектором. Залишаються неврегульованими питання щодо повноцінної інтеграції позашкільної освіти, а визнання неформальної освіти²³ стартувало на законодавчому рівні лише з 2012 року.

Новим викликом може стати **імплементация Закону України «Про вищу освіту»** (2014 рік). За оцінками фахівців МОН, наразі необхідно підготувати кілька десятків нормативно-правових документів для ґрунтовного оновлення академічного укладу освітньої галузі. ВНЗ потрібно розробити нові освітні (наукові) програми (у межах нових

ліцензованих спеціальностей) для здобувачів відповідних ступенів вищої освіти (молодший бакалавр, бакалавр, магістр, доктор філософії, доктор наук). Також цим законом запроваджується нова процедура акредитації освітніх програм.

Радикальними (але необхідними з огляду на демографічні та соціально-економічні реалії) є кроки, спрямовані на впорядкування мережі вищої освіти²⁴ та зміну механізму державного замовлення на підготовку фахівців. При цьому Україна вже зіткнулася з проблемою щорічного збільшення кількості молоді, яка обирає для отримання вищої освіти навчальні заклади інших країн²⁵.

Згідно зі статтею 8 цього Закону, у сфері вищої освіти має функціонувати Єдина державна електронна база з питань освіти. Вона включатиме три реєстри: ВНЗ, документів про вищу освіту та сертифікатів ЗНО.

Нестача ресурсів для модернізації системи освіти в умовах нової моделі фінансового забезпечення. У 2015 році в Україні вступили в дію такі види трансфертів до місцевих бюджетів: освітня субвенція (для фінансування ЗНЗ) та субвенція на підготовку робітничих кадрів (для фінансування ПТНЗ). Крім того, протягом 2015–2017 років планується перерозподіл видатків між бюджетами різного рівня, спрямований також й на прискорення процесу оптимізації освітньої мережі (зокрема через зміну форми власності деяких навчальних закладів).

Такі новації не тільки розширюють повноваження органів місцевого самоврядування, а й породжують нові виклики для них, такі як: гарантування населенню доступності та якості послуг у ДНЗ та ЗНЗ; наявність реальних можливостей визначення обсягів відповідних субвенцій; залучення додаткового фінансування для модернізації навчальних закладів, у тому числі створення належ-

²² Перший «Університет третього віку» з'явився в Україні у 2007 році. Лише з 2011 року Міністерство соціальної політики України почало впроваджувати таку соціально-педагогічну послугу на базі територіальних центрів соціального обслуговування. Однак кількість таких університетів, незважаючи на високу популярність серед людей похилого віку, вкрай обмежена.

²³ Підтвердження результатів неформального професійного навчання осіб за робітничими професіями.

²⁴ Наразі вона буде представлена такими типами ВНЗ: університети; академії та інститути; коледжі (тобто поняття «рівень акредитації» для ВНЗ скасовується).

²⁵ За даними аналітичного центру CEDOS, протягом 2009–2014 років чисельність українських студентів за кордоном зросла на 82% (без урахування даних із Російської Федерації). У 2013/2014 н. р. кількість українців на студіях в іноземних університетах становила 40996 осіб (без даних по РФ, Греції, Туреччині та Хорватії) [http://www.cedos.org.ua/uk/osvita/kilkist-studentiv-ukraintiv-za-kordonom].



Вставка 2.2.1 Збереження доступності освіти для вимушених переселенців та жителів зони проведення антитерористичної операції (АТО)

За даними МОН станом на листопад 2014 року, у ЗНЗ та ДНЗ різних регіонів України навчалася 67,5 тис. дітей-переселенців, у тому числі 2,7 тис. – із АР Крим, 42 тис. – Донецької, 22,8 тис. – Луганської областей [<http://society.lb.ua/education/>].

За даними Уповноваженого Президента України з прав дитини на кінець січня 2015 року, на окупованих територіях Донбасу залишалося 500 тис. дітей, з них майже 5 тис. дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування [<http://zn.ua/UKRAINE/>].

За даними координатора громадської ініціативи «Студентський захист» станом на жовтень 2014 року, з проблемою продовження навчання у ВНЗ Донбасу зіткнулися близько 150 тис. студентів, з них тільки 3 тис. стали вільними слухачами або перевелися в інші вітчизняні ВНЗ [<http://vesti-ukr.com/>].

За даними МОН станом на квітень 2015 року, з непідконтрольних територій Донбасу виїхало не менше 60% студентів [<http://novosti.dn.ua/details/248422/>].

За даними МОН станом на квітень 2015 року, із Криму на материкову Україну переведено майже 8 тис. студентів ВНЗ, з них на денну форму навчання – 4,3 тис. [<http://ru.krymr.com/content/news/26974156.html>].

За даними Донецької обласної військово-цивільної адміністрації станом на квітень 2015 року, для участі у ЗНО з української мови та літератури зареєструвалися 10,8 тис. учнів старшої школи та випускників минулих років, у тому числі 845 школярів з окупованої частини Донеччини. Для проведення ЗНО створено 53 пункти у 20 адміністративних одиницях, для процесу тестування залучено понад 2,5 тис. педагогів [<http://interfax.com.ua/news/general/261696.html>].

За даними Департаменту освіти і науки Луганської обласної державної адміністрації станом на квітень 2015 року, для участі у ЗНО зареєструвалося 4,1 тис. учнів старшої школи та випускників минулих років. Для проведення ЗНО створено 23 пункти та залучено 915 педагогів [<http://oblosvita.lg.ua/>].

них умов для навчання дітей з особливими освітніми потребами; збереження кадрового потенціалу навчальних закладів. Отже місцевій владі (територіальній громаді) фактично пропонується самотужки вирішувати комплекс проблем, що накопилися за багато років.

За даними МОН, в Україні функціонує майже 5 тис. шкіл, в яких навчається менше 40 учнів на заклад. Незважаючи на доволі високі затрати на утримання таких шкіл, у них важко забезпечити належну якість освіти (у тому числі для старшокласників, які мають намір у подальшому здобувати вищу освіту). До того ж подальше розширення мережі навчально-виховних комплексів та процес оптимізації шкіл гальмується через припинення (у 2015 році) державного фінансування програми «Шкільний автобус».

Отже цією послугою залишаються неохопленими 25 тис. учнів міст і селищ міського типу та 8 тис. учнів, які проживають у селах і селищах²⁶.

Серйозним викликом є **об'єктивні складнощі у забезпеченні системного підходу до доступності освітніх послуг для вимушених переселенців та осіб, які проживають у зоні проведення антитерористичної операції**. Безпрецедентні та трагічні події на сході країни порушили координаційну сталість освітньої системи. Її інфраструктура скоротилася через анексію АР Крим, була значно пошкоджена або взагалі зруйнована внаслідок бойових дій на Донбасі. Україна вперше зіткнулася з проблемою

²⁶ Учні, які проживають на відстані більше 3 км від школи і потребують підвезення. Розраховано за даними Держстату на початок 2014/15 н. р.



неодноразових та значних за обсягами «хвиль» вимушених переселенців, у тому числі у частині забезпечення ВПО конституційного права на освіту.

Ситуація ускладнюється численними проблемами організаційного, фінансового, кадрового та нормативно-правового характеру: термінова евакуація навчальних закладів; налагодження нормального на-

вчального процесу для окремих категорій дітей та молоді²⁷; збереження доступності вищої та професійно-технічної освіти в українських навчальних закладах через участь у основній та додатковій сесіях ЗНО (вставка 2.2.2). Адаптація значної частини ВПО ускладнюється не тільки необхідністю усунення «розривів» у навчанні, а й потребою у своєчасній психологічній допомозі та реабілітації.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Дотримання домінанти інклюзивного суспільства не повинно стати для України формальним питанням, що обмежується визнанням інклюзії на законодавчому рівні та впровадженню окремих аспектів освітньої інклюзії для дітей та підлітків. Поза увагою не може залишатись інтеграція у повноцінне трудове та суспільне життя усіх вразливих верств населення, у тому числі інвалідів, ВПО, мігрантів.

Одним із фундаментальних принципів інклюзії є взаємодія. Тому втілення навіть мінімальних стандартів інклюзії та соціального залучення неможливо без запровадження культури взаємодії та співпраці між державними й місцевими органами влади, соціальними партнерами, громадськими організаціями. Мова йде не лише про підвищення ступеня адміністративної відповідальності для безпосередніх виконавців заходів та програм з інклюзії, а й про моральну відповідальність (насамперед за бездіяльність).

Як свідчить міжнародний досвід, система освіти є найбільш дієвим механізмом реалізації інклюзії, запобігання соціальній ізоляції, а отже, сприяє формуванню інклюзивного суспільства. Саме тому скоординована освітня політика щодо інклюзії має передбачати: належне фінансове, навчально-методичне та кадрове забезпечення відповідних програм та послуг; одночасну розробку процедур їх якісної оцінки та публічного моніторингу; налагодження ефективної вертикалі безперервної інклюзивної професійної освіти для молоді з особливими потребами; розробку додаткових освітніх ініціатив для впровадження повної інклюзії в усі аспекти соціального, культурного та економічного життя; сприяння становленню «інклюзивних спільнот» на рівні громади

та розвитку місцевих ініціатив для створення повноцінного «інклюзивного ландшафту» України.

Практична реалізація концепції освіти впродовж життя ґрунтується на положенні, що національна система освіти має охоплювати всі вікові когорти та соціальні верстви населення, а це передбачає розширення можливостей для навчання. Разом з місцевими органами влади та іншими секторами економіки система освіти несе відповідальність за успішну соціалізацію та трудову інтеграцію кожного члена суспільства, а отже, підвищення рівня його соціальної та економічної активності. Якщо окремі групи населення за будь-яких причин не залучені до освітнього простору, це означає, що система освіти не може реалізувати у повному обсязі свою соціальну функцію та подолати власну інституційну інерцію.

Освіту дорослого населення (яке зазвичай має високу мотивацію до навчання та є більш платоспроможним) сьогодні розглядають як вигідний інвестиційний проект для державного та недержавного секторів. Використання значного економічного потенціалу безперервної освіти передбачає: можливість перегляду існуючих освітніх моделей; створення нових освітніх сервісів/центрів; формування широких диверсифікаційних процесів між різними рівнями освіти; розширення взаємозв'язків інституційних та неінституційних структур (зокрема шляхом легітимізації неформальної освіти); адаптацію

²⁷ Переведення їх у навчальні заклади в різних регіонах, спрощення умов зарахування, відновлення освітніх документів, виділення додаткових бюджетних місць у ВНЗ та ПТНЗ, усунення академічної різниці для студентів, організація дистанційного навчання та екстернатів для студентів і учнів, створення «гарячих» консультативних ліній тощо.



методик викладання та терміну навчання відповідно до професійних та вікових запитів. Необхідно продовжити практику впровадження сучасних інструментів підвищення конкурентоздатності громадян, «відкритих навчальних ресурсів» та соціальних інновацій у сфері освіти.

Відкритість та прозорість освіти є багатовекторним завданням, однак, насамперед, це посилення відповідальності перед суспільством за кінцеві результати освітньої діяльності. Незважаючи на те, що питанням якості освіти Україна останнім часом приділяється багато уваги (у тому числі на законодавчому рівні), механізми контролю якості потребують значної модернізації. Доцільно поступово впроваджувати модель, за якою навчальні заклади будуть зацікавлені у публічній демонстрації якості своєї роботи, насамперед перед державними та недержавними інституціями, що їх фінансують, а також перед споживачами освітніх послуг, роботодавцями та соціальними партнерами.

На найближчу перспективу пріоритетним напрямом повинно стати впровадження принципово нової системи забезпечення якості вищої освіти, що складатиметься з трьох компонентів (відповідно до статті 16 Закону України «Про вищу освіту»): 1) системи внутрішнього забезпечення якості (системи забезпечення ВНЗ якості освітньої діяльності та якості вищої освіти); 2) системи зовнішнього забезпечення якості освітньої діяльності ВНЗ та якості вищої освіти; 3) системи забезпечення якості діяльності Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти, незалежних установ оцінювання та забезпечення якості вищої освіти.

Реформування освітньої галузі передбачає оновлення стандартів освіти. У сфері вищої освіти це: наближення освітніх стандартів до європейських (імплементація нового переліку галузей та спеціальностей); інтеграція академічних та професійних стандартів (шляхом розробки вимог щодо конкретного робочого місця та їх включення в освітні програми); забезпечення визнання вітчизняних дипломів за кордоном. Додатковими стимулами для підвищення конкурентоспроможності ВНЗ мають стати: їх залучення до вивчення запитів ринку праці та співпраця з роботодавцями; формування дослідницької компетентності студен-

тів; участь ВНЗ у розв'язанні економічних, соціальних та екологічних проблем країни та її регіонів; використання нових знань, що мають прикладне значення для розвитку реального сектору економіки; професійний розвиток викладацького складу; інтеграція у світовий освітній та науковий простір.

Прийняття нового нормативно-правового пакета документів (у тому числі законів «Про освіту», «Про професійну освіту» та ін.) дозволить створити новий тип навчального закладу – багатопрофільний регіональний центр професійної освіти, що орієнтується на потреби у робітниках для конкретного регіону. Необхідним є: впровадження професійних стандартів на компетентісній основі; поєднання існуючих кваліфікацій у професійній освіті з Національною рамкою кваліфікацій; розробка критеріїв для оцінювання якості роботи системи професійної освіти; передача управлінських і фінансових повноважень від МОН на регіональний рівень.

При впровадженні нової моделі середньої освіти слід акцентувати увагу на збереженні гарантій щодо безоплатного здобуття повної середньої освіти. Також важливо забезпечити якісне оновлення змісту навчання з одночасним його розвантаженням для своєчасного поширення знань, удосконалити стандарти матеріально-технічного, навчально-методичного, кадрового, та інформаційного забезпечення освітнього процесу у ЗНЗ з урахуванням належного функціонування інклюзивних класів та груп. Доцільно передбачати здобуття навичок постійного навчання вже з початкового етапу освіти, що у подальшому підвищить ефективність профільного навчання випускників основної школи.

Оскільки послуги дошкільної освіти надаються за місцем проживання дитини, залишаються актуальними такі завдання: розширення мережі ДНЗ (усіх типів та форм власності) та навчально-виховних комплексів; упровадження сучасних моделей дошкільної освіти, у тому числі надання освітніх послуг педагогами – суб'єктами підприємницької діяльності у сфері освіти.

Упровадження різноманітних інструментів відкритості та прозорості в освітній діяльності набуває актуальності через необхідність максимального наближення



до найкращих міжнародних стандартів та практик. Оскільки процес реформування вже стартував, своєчасне усунення його незапланованих негативних ефектів потребує активнішої співпраці МОН з органами місцевого самоврядування та громадянським суспільством. Децентралізація та проведення адміністративно-територіальної реформи потребує одночасного доопрацювання механізмів дотримання державних стандартів освітньої діяльності.

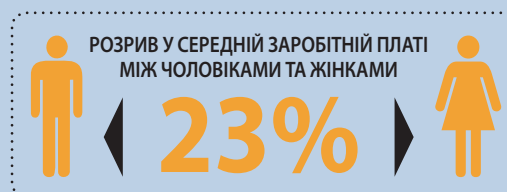
Глибинні та прискорені зміни у традиційному способі життя зумовлюють появу нових функцій та завдань системи освіти (зокрема, щодо зняття обмежень вибору та бар'єрів участі, планування і реалізації індивідуальних освітніх траєкторій, активізації процесів соціального залучення тощо). При цьому важливо, щоб молодь усвідомлювала взаємозв'язок трьох взаємодіючих концептів «якість освіти – якість зайнятості – якість життя».



ціль 3 ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ



у **2015** році у складі
Верховної Ради України
51 ЖІНКА (12%)



КІЛЬКІСТЬ ЖІНОК
У СКЛАДІ РАД



ОБЛАСНІ
РАДИ



РАЙОННІ
РАДИ



МІСЬКІ
РАДИ



СІЛЬСЬКІ
РАДИ



СЕЛИЩНІ
РАДИ



ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

ЗАВДАННЯ	ІНДИКАТОРИ
Завдання 3.А: Забезпечити гендерне співвідношення на рівні не менше 30% до 70% тієї чи іншої статі у представницьких органах влади та на вищих щаблях виконавчої влади	3.1. Гендерне співвідношення серед депутатів Верховної Ради України, чис. жін. / чис. чол.
	3.2. Гендерне співвідношення серед депутатів місцевих органів влади, чис. жін. / чис. чол.
	3.3. Гендерне співвідношення серед вищих державних службовців (1–2 посадових категорій), чис. жін. / чис. чол.
Завдання 3.В: Скоротити наполовину розрив у доходах жінок і чоловіків	3.4. Співвідношення середнього рівня заробітної плати жінок та середнього рівня заробітної плати чоловіків, %

ДИНАМІКА ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ В УКРАЇНІ

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015
Індикатор 3.1. Гендерне співвідношення серед депутатів Верховної Ради України, чис. жін. / чис. чол.															
8/92	8/92	5/95	5/95	5/95	5/95	9/91	8/92	8/92	8/92	8/92	8/92	9/91	9/91	12/88	30/70
Індикатор 3.2. Гендерне співвідношення серед депутатів місцевих органів влади, чис. жін. / чис. чол.															
42/58	42/58	42/58	42/58	42/58	42/58	35/65	35/65	37/63	37/63	37/63	44/56	44/56	44/56	44/56	50/50
Індикатор 3.3. Гендерне співвідношення серед вищих державних службовців (1–2 посадових категорій), чис. жін. / чис. чол.															
15/85	16/84	17/83	17/83	17/83	22/78	21/79	22/78	22/78	23/77	25/75	27/73	28/72	28/72	31/69	30/70
Індикатор 3.4. Співвідношення середнього рівня заробітної плати жінок та середнього рівня заробітної плати чоловіків, %															
70,9	69,7	69,3	68,6	68,6	70,9	72,8	72,9	75,2	77,2	77,8	74,9	77,6	77,2	76,3	86,0

У таблиці наведені фактичні дані Державної служби статистики України та цільові показники для досягнення у 2015 році (встановлені у 2010 році).

* Див. зауваження на с. 2.



СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Забезпечення гендерної рівності в суспільстві є для України одним із найбільших викликів. Більшість амбітних завдань, які країна встановила виконати до 2015 року, не були реалізовані повною мірою. Основні показники гендерного розвитку залишаються віддаленими від окреслених цільових значень, незважаючи на розбудову відповідного інституційного середовища та реалізацію програм. Виділення фінансування на заходи, спрямовані на забезпечення гендерної рівності, потужне експертне середовище, сформоване завдяки активній підтримці неурядових і міжнародних ор-

ганізацій, здійснення низки наукових досліджень, реалізація гендерних ініціатив, у тому числі й інформаційно-просвітницькі кампанії, – все це не справило очікуваного ефекту.

Досягнення гендерного паритету в представницьких органах влади виявилось найскладнішим завданням, хоча саме цей вимір рівності виступає запорукою успіху подальших гендерних перетворень та визначає реальні можливості жінок щодо просування власних повноважень у всіх сферах суспільного життя.

КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

Жіноче представництво у виборних органах влади та органах державної влади. За період з 2000 по 2015 рік спостерігалася тенденція до поступового збільшення чисельності жінок серед народних депутатів України, однак темпи цього зростання не забезпечили досягнення цільового показника, визначеного на 2015 рік. Найбільше жінок було обрано до Верховної Ради в результаті парламентських виборів 2014 року (47 жінок із 422 народних депутатів, або 11% загального складу ВРУ). Ці вибори вперше мали відбутися з урахуванням принципу збалансованого представництва жінок і чоловіків. Кампанія з просування ідеї гендерного квотування у виборчому процесі нарешті привела до ухвалення в 2013 році змін у національному законодавстві, згідно з якими представництво тієї чи іншої статі має становити не менше 30% у списку загальнонаціональної партії. Однак під час виборів 2014 року більшість політичних партій продемонструвала необізнаність або небажання дотримуватися цих положень при формуванні виборчих списків: із 29 партій, що брали участь у виборах, лише 9 у власних списках поставили жінок на прохідні місця. Розподіл висуванців за одномандатними округами показав, що на території країни ще залишаються округи, де не було запропоновано жодної кандидатури жінки. Разом з тим, за оцінками неурядових організацій, вибори 2014 року продемонстрували більш активну та свідому позицію кандидаток як представниць інтересів жінок. Також ці вибори засвідчили прагнення сприяти зростанню

жіночого представництва в парламенті та загалом ширшу присутність жінок-політиків в інформаційному просторі.¹

Поступове формування Уряду та подальший «вертикальний» рух депутатів за списками привели до деякого зростання представництва жінок у Верховній Раді, частка жінок сягнула 12,1% (станом на травень 2015 року – 51 жінка серед 422 народних депутатів²). Незважаючи на це, Україна досі суттєво поступається не лише розвиненим, а й багатьом іншим країнам, посідаючи 107-ме місце у світі за рівнем гендерної збалансованості національного парламенту³. На початок 2015 року у світі жінки складали в середньому 22,1% парламентарів. При цьому зазначений показник становив: 41,5% – у скандинавських державах, 26,8% – у країнах Північної та Південної Америки, 23,7% – у країнах Європи (без Скандинавії), 22,5% – у країнах Африки на південь від Сахари, 19,0% – у країнах Азії, 18,1% – у Арабських державах, 13,1% – у Тихоокеанському регіоні⁴. За рівнем участі жінок у найвищих представницьких органах влади Україну також випереджає переважна більшість країн пострадянського

¹ http://wcu-network.org.ua/ua/possessing-equal-rights/publications/Gendernii_monitoring_parlamentskix_viborv_2014_roku_Analtichnii

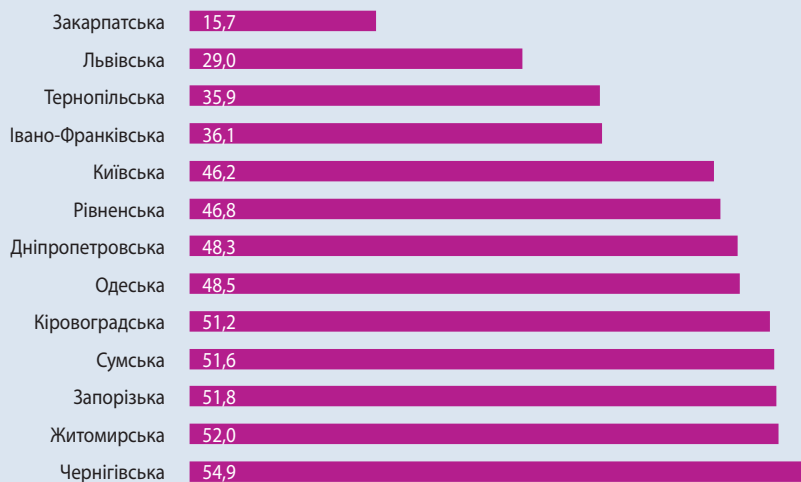
² Верховна Рада України. Офіційний веб-портал: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/site2/p_deputat_list

³ Women in National Parliaments: World Classification as of 1st February 2015, Inter-Parliamentary Union: <http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm>

⁴ Women in National Parliaments: Regional Averages as of 1st February 2015, Inter-Parliamentary Union: <http://www.ipu.org/wmn-e/world.htm>



Рис. 2.3.1 Представництво жінок серед депутатів місцевих рад в окремих областях України станом на початок 2015 року*



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

простору, за винятком Грузії та Вірменії. Зважаючи на проголошення пріоритету просування гендерної рівності в Стратегії Міжпарламентського Союзу на 2012–2017 роки⁵, слід очікувати подальшого розширення політичного представництва жінок на глобальному рівні, що може призвести до віддалення України від стандартів розвиненої гендерної демократії, якщо не буде здійснено нагальних і суттєвих коригуючих заходів.

Сприятливішою видається ситуація з представництвом жінок у радах місцевого рівня. На жаль, протягом останніх років регулярний моніторинг цього показника не здійснювався внаслідок часткового замороження діяльності, пов'язаної з міжвідомчою передачею повноважень у ході адміністративної реформи. Політична нестабілізація, що розпочалася в країні у 2014 році, також унеможлиблює системний аналіз цього показника в усіх регіонах України та агрегацію відповідних даних. Однак оцінки представленості жінок у місцевих радах окремих регіонів дають підстави стверджувати, що Україні вдалося впритул наблизитися до цільового значення гендерного паритету за цим індикатором. Водночас на території країни спостерігалася суттєва регіональна варіація цього показника – від 15,7% на Закарпатті до 54,9% у Чернігівській області (рис. 2.3.1).

З переходом на нижчі територіальні рівні зростає частка жінок у представницьких органах влади. Відкритість представницьких органів влади рівному представництву зростає з переходом на нижчі територіальні рівні. Якщо в обласних радах жінки становлять лише 12% депутатів, то в міських – вже 28%, у районних – 23%, у селищних – 46%, а в сільських радах – 51% депутатів. Ключовими факторами, що зумовлюють більшу доступність для жінок цих виборчих посад, залишаються їх наближеність до місцевих громад, завдяки чому виборці краще обізнані про досвід роботи, попередню діяльність та програмні лозунги кандидатів, а також менші фінансові витрати на реалізацію виборчих кампаній на місцях. Зважаючи на ухвалення в 2015 році нового закону про місцеві вибори, який враховує норми гендерного квотування (не менше 30% представників кожної статі у виборчому списку політичної партії), слід очікувати подальшого розширення представництва жінок серед депутатів місцевих рад.

Жінки на вищих щаблях державного управління. Хоча загалом гендерний склад кадрового апарату державної служби в Україні досі зберігає ознаки «пірамідальної» структури, де частка жінок пропорційно зменшується зі зростанням рівня управління (рис. 2.3.2), у забезпеченні гендерного паритету на вищих управлінських посадах спостерігається суттєвий прогрес. Саме цей індикатор наблизився до цільового значення завдяки сприятливій динаміці протягом 2000–2014 років. Так,

⁵ IPU (2011). Better parliaments, stronger democracies/ IPU STRATEGY 2012–2017, Inter-Parliamentary Union, 36 p.



Рис. 2.3.2 Представництво жінок в органах державного управління України за категоріями керівних посад станом на початок 2015 року*



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

на початок 2015 року жінки становили вже 30,9% державних службовців – керівників 1–2 посадових категорій, тобто майже третину високопосадовців, що беруть участь у прийнятті рішень на найвищому державному рівні. Додатковим приводом для оптимізму є поступове зростання частки жінок серед керівників першої посадової категорії, яка вперше сягнула 16,1%.

Станом на травень 2015 року дві міністерські посади в Уряді України – міністра фінансів та міністра Кабінету Міністрів – обіймали жінки. П'ять жінок працювали на посадах перших заступників міністрів, 11 – на посадах заступників міністрів. Також жінка очолює Національний банк України. Таким чином, за рівнем представництва жінок на міністерських посадах (10,5% на початок 2015 року) Україна посідає 68-ме місце у відповідному міжнародному рейтингу, поділяючи його з такими країнами, як Конго, Туніс та Узбекистан. За цим показником Україна також поступається більшості країн пострадянського простору, випереджаючи лише Російську Федерацію (6,5% жінок на міністерських посадах), Туркменістан (відповідно 5,7%) та Азербайджан (2,5%). Потенціал подальшого розширення представництва жінок на вищих щаблях управління визначається високим рівнем загальної «фемінізованості» керівного апарату державної служби, що забезпечує кадровий резерв із необхідною кваліфікацією та досвідом. До того ж поточні зміни у

статевіковій структурі державних службовців (а саме, 38,3% жінок, які обіймають посади керівників найвищої посадової категорії, належать до молодших вікових груп (до 35 років включно)) визначають передумови для подальшого зростання рівня професіоналізму жінок та надання їм посад у сфері прийняття рішень.

Водночас помітного прогресу в просуванні гендерного паритету на керівних посадах в органах місцевого самоврядування не відбулося – саме у цій сфері наразі спостерігається найбільш обмежений доступ жінок до вищих щаблів управління. На початок 2015 року жінки становили лише 5% керівників першої посадової категорії цих управлінських структур, тоді як на нижчих керівних рівнях частка жінок наближається до 80% (серед керівників п'ятої та шостої категорії). Станом на травень 2015 року жодної жінки не було призначено на посаду голови обласної державної адміністрації, 11 жінок були заступниками голів ОДА (у Волинській, Дніпропетровській, Кіровоградській, Луганській, Львівській, Миколаївській, Сумській, Тернопільській, Харківській, Херсонській та Хмельницькій областях).

Гендерний розрив у рівні оплати праці. Незважаючи на позитивну динаміку, середні заробітки чоловіків в Україні все ще майже на чверть перевищують відповідні жіночі доходи: за підсумками 2014 року середня заробітна плата жінок становила



лише 76,3% середньої заробітної плати чоловіків (відповідно 3037 грн проти 3979 грн на місяць). Більше того, різноспрямовані коливання цього індикатора протягом останнього десятиріччя свідчать про відсутність реального впливу інструментів гендерної політики на скорочення розриву в оплаті праці (у середньому по ЄС-27 у 2013 році гендерний розрив у рівні оплати праці становив 16,4%). Таким чином, досягнення стандартів розвинених гендерних демократій європейських країн потребуватиме подальших зусиль.

Дискримінація за родом занять. Існування постійного розриву в оплаті праці пояснюється недостатністю заходів щодо усунення гендерних диспропорцій на ринку праці України. Окремі дослідження⁶ наголошують на зростанні рівня професійної сегрегації за ознакою статі, внаслідок якої посилюється концентрація жінок у традиційно «жіночих» сферах діяльності, що характеризуються нижчими рівнями оплати праці. До цих сфер належать види економічної діяльності, що потребують досить високої кваліфікації, у тому числі розумової та творчої праці, проте не забезпечують високих зарплат (наприклад, освіта, охорона здоров'я та надання соціальної допомоги, державне управління, діяльність у сфері адміністративного та допоміжного обслуговування). Однак саме у цих сферах відбувається поступове скорочення відмінностей у заробітках жінок і чоловіків: у 2014 році гендерний розрив не перевищував 15%, а середня заробітна плата жінок, які зайняті в сфері функціонування бібліотек, архівів, музеїв та інших закладів культури, навіть на 8% перевищила аналог для чоловіків.

Традиційно, суттєві гендерні відмінності в оплаті праці спостерігаються в різних галузях промисловості. Середня заробітна плата жінок, зайнятих у промисловості, у 2014 році становила лише 71% середньої заробітної плати чоловіків (відповідно, 3164 грн проти 4456 грн). Серед інших видів економічної діяльності зі значним гендерним розривом в оплаті праці – мистецтво, спорт, розваги та відпочинок (відповідне співвідношення становило 50,8%, або 2 721 грн проти 5 360 грн на місяць), фінансова та страхова діяльність (64,4%, або 5 940 грн проти 9 220 грн). Саме ці високооплачувані види діяльності характеризують

Вставка 2.3.1

За даними Міжнародної організації праці (МОП), на глобальному рівні середні заробітки жінок становлять 77% середніх чоловічих заробітків, причому за два останні десятиріччя цей показник збільшився лише на 3 відсоткових пунктів⁷. За оцінками міжнародних експертів, за умови відсутності адекватної політичної відповіді гендерний розрив у рівні оплати праці зберігатиметься й у наступних поколіннях. Тому існування певного розриву в оплаті праці жінок і чоловіків є глобальним явищем, що визначається впливом цілого ряду детермінант – відмінностей у рівні та характері освіти жінок і чоловіків, особливостями їх зайнятості в контексті режиму та тривалості робочого часу, пререференційної форми зайнятості та обсягів робочого навантаження, кар'єрних прагнень та різних пріоритетів у поєднанні професійних та сімейних обов'язків.

лися зростанням нерівності в оплаті праці жінок і чоловіків протягом останніх років. І якщо відмінності в рівні оплати праці в галузях видобувної промисловості вочевидь пов'язуються з законодавчо встановленими обмеженнями зайнятості жінок на підземних роботах, то існування значного гендерного розриву у високофемінізованому секторі фінансової та страхової діяльності виглядає абсолютно невиправданим.

Також посилюються вплив «вертикальної» форми гендерної сегрегації зайнятості, що виявляється в обмеженому доступі жінок до керівних посад, які характеризуються не лише більшими повноваженнями та можливостями, а й значно вищими рівнями оплати праці. Гендерний аналіз розподілу зайнятого населення за посадами свідчить, що жінки в Україні в основному мають доступ до посад нижчих та середніх рівнів. Серед топ-менеджерів як у державному, так і у приватному секторі економіки переважають саме чоловіки.

Про існування гендерно упередженого ставлення на ринку праці свідчать дані спеціальних соціологічних опитувань⁸, звіти

⁶ Аналітичне дослідження участі жінок у складі робочої сили України / ЮНФПА, МОП, ІДСД НАНУ, Київ, 2012, с. 46.

⁷ ILO (2015). Women and the Future of Work Beijing + 20 and Beyond: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/dgreports/-/dcomm/documents/briefingnote/wcms_348087.pdf.

⁸ Оцінка обізнаності про існування Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок та дотичних до неї законів, Липень, 2014 році / GFK, ФН ООН: http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=166710.



Вставка 2.3.2 Поширення гендерної дискримінації в Україні

Від 2% до 14% респондентів соціологічного дослідження з питань поширення дискримінації за ознакою статі, проведеного у 2014 році, повідомили, що стикалися з певною формою дискримінації особисто або знають, що зіштовхувалися їх друзі чи родичі. На практиці глибина дискримінації може бути суттєво більшою через табуованість тематики, нездатність респондентів розпізнавати дискримінацію. Найчастіше серед проявів упередженого ставлення зазначалась дискримінація за ознакою статі при прийомі на роботу (це зазначили як особистий досвід або досвід родичів / друзів 14% респондентів); по 10% респондентів зазначили такі прояви дискримінації, як нижча оплата праці жінок порівняно з чоловіками при виконанні однієї й тієї самої роботи та недостатня представленість жінок у бізнесі порівняно з чоловіками.

Джерело: Оцінка обізнаності про існування Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок та дотичних до неї законів, липень, 2014 рік / GFK, ФН ООН: http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=166710 – Назва з титулу екрана.

Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, результати перевірок Державної інспекції України з питань праці та спеціальні моніторингові дослідження. Зокрема, за даними МОП, у друкованих засобах масової інформації кількість дискримінаційних оголошень становить 10% від загалу рекламних повідомлень про вакансії, а на спеціалізованих сайтах з пошуку роботи цей показник сягає 15%.

Вразливі категорії жінок. Важливо, що існування гендерного розриву в рівні оплати праці не лише впливає на поточний рівень життя жінок, а й призводить до нижчого рівня пенсій. При обчисленні пенсій цей негативний вплив менших заробітків поєднується з коротшою тривалістю стажу в умовах нижчого пенсійного віку, а також з частими перервами впродовж трудового життя. Як наслідок, гендерний розрив у середньому розмірі пенсій помітно перевищує розрив у рівні заробітної плати (на початок 2015 року середній розмір пенсії жінок становив лише 72,4% середньої пенсії чоловіків, тоді як середня заробітна плата жінок – 77,2% середньої заробітної плати чоловіків). Це суттєво впливає на якість життя у похилому віці, особливо з огляду на вищу очікувану тривалість життя жінок порівняно з чоловіками. Відповідно, жінки старших вікових груп формують одну з най-

більш уразливих категорій населення. Особливо високі ризики бідності та соціального відторгнення характерні для самотніх літніх жінок, чиї доходи практично повністю формуються за рахунок пенсійних виплат, а загальний добробут часто визначається виключно обсягом державної підтримки.

Іншу вразливу категорію формують жінки з маленькими дітьми, оскільки в цей період свого життя вони здебільшого відмовляються від зайнятості на ринку праці на користь виховання дітей, тобто доходи таких жінок визначаються обсягами соціальних трансфертів. Вочевидь, ризики бідності цієї групи жінок зростають у неповних сім'ях, які не отримують належної чоловічої підтримки в забезпеченні добробуту.

Як наслідок, жінки переважають у складі малозабезпеченого населення, що звертається по соціальну допомогу держави. Зокрема, за даними обстеження умов життя домогосподарств у 2013 році, чисельність жінок у 1,3 раза перевищувала чисельність чоловіків у складі одержувачів допомоги на дітей, у 1,4 раза – серед користувачів соціальних пільг та у 2,3 раза – серед осіб, які отримують субсидії.

До уразливих категорій населення слід віднести й сільських жінок, які стикаються з проблемами низької оплати праці в аграрному секторі та обмеженими можливостями працевлаштування в інших видах економічної діяльності. Підвищені ризики бідності цієї категорії населення мають оцінюватися не лише в дохідних можливостях, а й в контексті доступу до базових соціальних послуг. Зокрема, близько 48% респонденток дослідження становили сільських жінок в Україні⁹ зазначили, що не мали можливості купувати необхідні їм ліки та оплачувати медичні послуги, ще 29% жінок не можуть дозволити собі отримати необхідну медичну допомогу у випадку хвороби, яка вимагає оперативного втручання або тривалого лікування. Позбавлення в інших сферах життя охоплюють незадовільні умови проживання (майже кожна десята сільська жінка оцінює свої житлові умови як погані та дуже погані), нерозвинену транспортну інфраструктуру, брак доступу до інформації та комунікацій, обмежені можливості

⁹ Оцінка обізнаності про існування Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок та дотичних до неї законів, Липень, 2014 році / GFK, ФН ООН: http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=166710.



здобуття якісної освіти та підвищення професійного рівня впродовж життя.

Нарешті, проблема підвищеної вразливості жінок актуалізується й у контексті високого рівня гендерного насильства в Україні. За даними дослідження поширеності насильства щодо дівчат та жінок в 2014 році, 19% жінок у віці 15–49 років пережили фізичне насильство з часу, коли їм виповнилося 15 років, а 8% пережили сексуальне насильство. Найбільш поширеною формою гендерного насильства залишається насильство з боку чоловіка у шлюбі або при спільному проживанні, водночас саме ці випадки зазвичай стикаються з особливою стигматизацією у суспільстві. Понад дві третини постраждалих жінок не зверталися за жодною допомогою, що свідчить як про недостатній рівень довіри до правоохоронних органів та державних інститутів загалом, так і про певну толерантність населення до проявів гендерного насильства в родині.

Обмеженість гендерних індикаторів. Гендерні індикатори, моніторинг яких здійснювався протягом 2000–2015 років, наразі не забезпечують всебічного відображення проявів гендерної нерівності в українському суспільстві. Гендерні невідповідності охоплюють більшість завдань ЦРТ, проявляючись у таких основних сферах, як високі ризики бідності та соціальної вразливості жінок, гендерні особливості захворюваності населення, смертність матерів. Так, вищі показники захворюваності чоловіків на соціально детерміновані хвороби (туберкульоз, ВІЛ/

СНІД), зловживання, що тісно пов'язані зі способом життя, висока смертність від зовнішніх чинників (травми, отруєння тощо) та самогубств є важливим проявом гендерної нерівності у суспільстві, що пов'язано не тільки зі станом здоров'я населення, а й з особливостями соціального середовища. Разом з тим, традиційні гендерні стереотипи, що покладають на чоловіків роль «годувальників» родини, призводять до надмірного психоемоційного навантаження та стресів, які в умовах недостатнього поширення настанов здорового способу життя та браку суспільної безпеки визначають надвисоку смертність чоловіків працездатного віку.

Це визначає доцільність наскрізного гендерного аналізу проблем відповідно до ЦРТ та впровадження крос-секторальних підходів до моніторингу й оцінки прогресу. Поза системним статистичним спостереженням досі залишаються прояви гендерної дискримінації на ринку праці, сексизму та упередженого ставлення в інформаційному просторі й діяльності мас-медіа. Проблематичним залишається збирання даних щодо поширення випадків гендерного насильства, що ускладнюється не лише впливом інституційних обмежень та недоліків, а й дією соціальних і культурних бар'єрів, особливо у випадку насильства в родині. Нарешті, відсутність соціологічного моніторингу поширеності гендерних стереотипів та норм у суспільстві унеможливає дослідження їх реального впливу на вибір життєвих стратегій жінок і чоловіків та на реалізацію їх можливостей на ринку праці, в громадському житті тощо.

ПРОБЛЕМИ ТА НОВІ ВИКЛИКИ

Несталий характер гендерних перетворень. Відсутність послідовності в розбудові національного механізму забезпечення гендерної рівності виступає вагомим чинником, що стримує прогрес у цій сфері. Наслідком незавершеності адміністративних реформ на регіональному рівні стало послаблення координації діяльності центральних і місцевих органів управління та зниження інституційної спроможності, в тому числі через ліквідацію інституту гендерних радників на місцях. Невизначеність повноважень та низький рівень міжвідомчої співпраці в реалізації програмних заходів у сфері гендерної рівності знижують ефективність реформ, а постійні посадові зміни та висока плинність кадрів у системі

державної служби призводять до нестачі кваліфікованих фахівців у цій сфері. Дієвість заходів гендерної політики, що реалізується в Україні, також знижується через різноманітні проблеми сектору державного управління, такі як непрозорість, низька ефективність, надмірна зарегульованість процедур і низький рівень міжвідомчої координації. Разом з тим, за умов збереження державного фінансування гендерної політики впровадження необхідних заходів суттєво залежить від міжнародної технічної допомоги, а практична реалізація гендерних ініціатив – від діяльності неурядових організацій та громадських активістів. Хоча в Україні створено потужне експертне середовище науковців, освітян, право-



**Вставка 2.3.3 Роль гендерних
стереотипів в українському
суспільстві**

Порівняно з населенням інших європейських країн, в українському суспільстві більш поширеною є думка, що жінки повинні жертвувати своїми професійними та кар'єрними інтересами заради дітей та сім'ї, поступатися чоловікам, коли ситуація на ринку праці є напруженою і робочих місць недостатньо. Так, майже чверть українських респондентів, які брали участь в окремих раундах Європейського соціального обстеження, зазначили, що вони «повністю не схвалюють, якщо жінка працює повний робочий день, маючи дітей молодше трьох років», а майже 40% респондентів-жінок – що вони «повністю погоджуються з твердженням, що жінка має бути готовою менше працювати на оплачуваній роботі, аби приділяти більше уваги своїй родині». Ці дані різко контрастують з позицією жінок у західноєвропейських країнах, де частка подібних відповідей не перевищувала 15%, а в скандинавських державах становила менше за 5%.

Джерело: European Social Survey, <http://www.europeansocialsurvey.org>

захисників та волонтерів, діяльність яких пов'язана з настановами забезпечення гендерної рівності, ступінь залучення представників громадянського суспільства до розробки гендерної політики залишається досить низьким. До того ж існує потреба в подальшому вдосконаленні статистичного підґрунтя моніторингу й оцінки прогресу щодо забезпечення гендерної рівності, в регулярному перегляді системи відповідних індикаторів з метою охопити всі прояви гендерної нерівності в суспільстві та зберегти її актуальність з появою нових суспільних викликів.

Недостатній рівень гендерної культури в суспільстві. Відсутність гендерної культури призводить до нерозуміння актуальності гендерних проблем як державними елітами, так і широкими верствами суспільства. Саме таким світоглядом пояснюються: відсутність традиції врахування принципів гендерної рівності при розробці державної політики та програм; недотримання гендерних стандартів у функціонуванні органів державного управління; недостатня увага до гендерних питань у діяльності політичних партій; слабкий інтерес до гендерної проблематики у населення загалом. Багато в чому відсутність

наскрізної ідеї гендерної рівності в суспільстві пов'язується з панівним впливом традиційних гендерних стереотипів щодо розподілу соціальних ролей та видів діяльності для жінок і чоловіків, життєвих пріоритетів та настанов. Одним із наслідків усталеності подібних стереотипів виступає й висока професійна сегрегація за ознакою статі, що звужує можливості вибору сфери прикладання праці як для жінок, так і для чоловіків та справляє негативний вплив на ринок праці загалом цілому, знижуючи його ефективність і гнучкість, обмежуючи мобільність працівників.

Недостатній рівень інституційної підтримки працівників з сімейними обов'язками. Слабка інституційна підтримка у цій сфері стримує потенціал професійної реалізації жінок та визначає нерівні можливості само-реалізації жінок і чоловіків у суспільному житті. Саме репродуктивна діяльність, яка в широкому розумінні охоплює не лише народження та виховання дітей, а й піклування та догляд за непрацездатними членами родини (хворими, особами з інвалідністю та літніми людьми), ведення домашнього господарства тощо, виступає основним обмежуючим чинником щодо можливостей гідної зайнятості, отримання доходу та кар'єрного зростання жінок. З іншого боку, додаткові заходи соціального захисту, що пов'язані з можливістю материнства та покликані сприяти покращанню умов праці жінок, на практиці часто перетворюються на бар'єри для зайнятості внаслідок упередженого ставлення роботодавців, які не бажають нести додаткові витрати та стикатися з незручностями найму жінок.

Проблемним питанням у цьому контексті залишається й недостатня увага, що приділяється поєднанню професійної діяльності з виконанням зобов'язань батька. Наразі відсутня сама постановка питання про врахування інтересів батька дитини при організації його робочого часу на підприємстві, що значно перешкоджає подоланню пануючого стереотипу сприйняття чоловіка виключно у ролі годувальника родини. Практично неприйнятною як для роботодавців, так і для працівників залишається ідея надання батькові можливості відпустки по догляду за дитиною до трьох років, незважаючи на декларування цієї норми вітчизняним законодавством. Насправді багато чоловіків ще й досі не знають своїх прав, встановлених у законодавстві. Проте, як показує досвід скан-



динавських країн, саме політика більшого залучення чоловіків до батьківства є найбільш перспективним напрямом не лише просування гендерної рівності у сфері розподілу сімейних обов'язків, а й підвищення загального рівня народжуваності в контексті демографічної політики.

Занепад соціально-побутової інфраструктури ускладнює можливість доступу населення до базових соціальних послуг і формує передумови для надмірної зайнятості жінок домашніми справами. У сучасних наукових дослідженнях це визначається термінами «подвійне робоче навантаження» або «друга зміна» жінок. Не втрачають свого значення й проблеми належної якості соціальних послуг, високої завантаженості закладів державної форми власності, недостатнього рівня їх забезпечення фінансовими ресурсами та кваліфікованим персоналом. Для працюючих жінок із сімейними обов'язками проблемним питанням є доступність дитячих дошкільних закладів, які, згідно з даними соціологічних опитувань, самі жінки вважають найкращим засобом виховання дітей дошкільного віку. Руйнація транспортної інфраструктури в регіонах посилює соціальне виключення сільських жінок унаслідок обмеженої мобільності, ускладненого доступу не лише до центрів побутового обслуговування, а й до закладів охорони здоров'я та освіти, територі-

альних центрів зайнятості й надання соціальних послуг.

Сучасні виклики, зумовлені формуванням масштабних потоків внутрішньо переміщених осіб та розгортанням АТО в східних регіонах країни, визначають нові, специфічні проблеми у сфері гендерного розвитку. Актуальні питання, що потребують швидкого реагування, охоплюють різні аспекти суспільних відносин – від підвищеної вразливості жінок щодо проявів насильства в зонах військових конфліктів до обмежених можливостей реалізації виборчих прав у зв'язку з необхідністю вимушеного переміщення на території країни. Як показує світовий і вітчизняний досвід, саме жінки формують переважну частину внутрішніх переселенців, при цьому на них покладається відповідальність за дітей, літніх людей та осіб з обмеженими можливостями. Прояви гендерно упередженого ставлення в цьому випадку можуть посилюватися впливом багаторівневої дискримінації при працевлаштуванні, зверненні за соціальною допомогою, наданні тимчасового житла, у доступі до медичного обслуговування або освітніх послуг тощо. Тому відповідні гендерні ризики мають враховуватися не лише при формуванні загальної стратегії соціальної політики в державі, а й при обґрунтуванні конкретних цільових програм на загальнодержавному, регіональному та місцевому рівнях.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Хоча більшість окреслених проблем взаємопов'язані та взаємозумовлені, очевидно, що універсального інструменту їх швидкого розв'язання не існує, оскільки підґрунтя гендерної нерівності закладається на рівні суспільних стереотипів. Їх трансформація є складним і тривалим процесом, що потребує системної та послідовної роботи.

У контексті **розширення політичного представництва** найбільш важливими напрямами державної політики є такі: дотримання норм гендерного квотування політичними партіями, включаючи необхідність їх законодавчої деталізації у напрямі забезпечення пропорційного подання представників обох статей у виборчих списках; зміцнення власного потенціалу жінок-кандидаток шляхом формування у них лідерських навичок, підвищення рівня професіоналізму тощо. Загалом політична активність українських жінок досі залиша-

ється низькою, хоча права висувати свої кандидатури та бути обраними на посади всіх рівнів жінкам гарантовані законом. Тому популяризація прикладів успішних жінок-політиків може стати ефективним інструментом для подальшого залучення жінок до політичного життя, формування власного прагнення впливати на процеси, що відбуваються в державі та в окремих громадах. Конкретні кроки в цьому напрямі можуть включати реалізацію цільових інформаційних компаній, підтримку спеціальних видань на кшталт рейтингів «Успішні жінки», «Найвпливовіші жінки країни», створення циклів програм та публікацій у ЗМІ, організацію конкурсів кращих жінок-керівників або компаній, що дотримуються принципу гендерної рівності в кадровій політиці. На цьому етапі провідна роль належить засобам масової інформації, проте фінансова, технічна, організаційна підтримка відповідних заходів потребує



залучення державних установ, комерційних структур та представників недержавних організацій.

Досягнення паритетного представництва жінок і чоловіків на вищих рівнях державного управління має принципове значення як поштовх для подальшої «ланцюгової реакції» розширення доступу жінок до керівних посад у приватному секторі, де інструменти впливу на розширення повноважень жінок у сфері прийняття рішень є не такими розвиненими. У світовій практиці існують норми, згідно з якими перевага при працевлаштуванні віддається жінкам, якщо на вакансію претендують особи обох статей з рівними професійно-кваліфікаційними характеристиками. Питання застосування цього інструменту в Україні видається доволі дискусійним. Альтернативним заходом може бути використання системи так званих «м'яких» квот при просуванні на керівні посади, що ґрунтуються на принципі гендерної ротації, тобто черговості представників обох статей при призначенні на посаду або, принаймні, обов'язкову участь як чоловіків, так і жінок, у конкурсі на заміщення керівних посад. До інших заходів впливу можна віднести такі: запровадження обов'язкового резервування місць на посадах, де жінки представлені недостатньо; дотримання вимог щодо забезпечення прозорості процедури відбору кадрів шляхом розповсюдження внутрішніх оголошень про вакансії; використання обґрунтованої та зрозумілої системи рейтингів і критеріїв оцінювання й відбору претендентів; оприлюднення цих підходів для співробітників та пошукувачів роботи.

Політика забезпечення гендерної рівності у сфері праці має ґрунтуватися на комплексному підході, що поєднував би різні цілеспрямовані дії, а саме: остаточне приведення інституційного середовища, у рамках якого реалізується гендерна політика, у відповідність до міжнародних стандартів та норм; забезпечення прозорості, ефективності чинного антидискримінаційного механізму; підвищення рівня поінформованості працівників щодо форм і проявів гендерної дискримінації; активізація соціальних партнерів щодо дотримання недискримінаційного ставлення до працівників та посилення адвокаційної роботи з роботодавцями; впровадження гендерних підходів до формування активної політики зайнятості та розробки адресних соціальних програм, спрямованих на вразливі групи (безробіт-

них жінок, жінок, які самотійно виховують неповнолітніх дітей, самотніх жінок похилого віку тощо); регулювання політики оплати праці та поступове підвищення рівня оплати праці в бюджетній сфері; розвиток інституційної підтримки працівників з сімейними обов'язками тощо.

У контексті гендерної політики на ринку праці особлива увага має приділятися завданням **скорочення різних форм професійної сегрегації за ознакою статі**. Очевидно, що певний гендерний поділ зайнятості зберігатиметься за будь-яких умов, оскільки жінки та чоловіки мають різні настанови при виборі професій, віддають перевагу різним видам діяльності на ринку праці. Завдання політики полягає в елімінації впливу зовнішніх чинників сегрегації, насамперед – законодавчих обмежень можливості зайнятості жінок у певних професіях та видах діяльності, перелік яких не завжди відповідає об'єктивним критеріям та вимагає регулярного перегляду. На сучасному етапі динамічного розвитку ринку праці та суспільства загалом ці вимоги видаються не лише застарілими, а подекуди й дискримінаційними, оскільки обмежують можливість жінок свідомо здійснити вибір виду та форми зайнятості відповідно до їх власних уподобань або фізичних можливостей.

Трансформація гендерних стереотипів. Важливим чинником існування професійної сегрегації за ознакою статі залишаються й панівні гендерні стереотипи, що звужують вибір професійних можливостей як жінок, так і чоловіків та програмують їх ставлення до сфери прикладання праці. Саме тому політика трансформації гендерних стереотипів у суспільстві є найбільш важливим, однак і найбільш складним завданням. Поряд з окресленою вище потребою просвітницьких кампаній, вона повинна розширити практику включення гендерного компонента до освітніх програм навчальних закладів, подолання сексизму в діяльності мас-медіа та рекламі. Нарешті, неодмінною умовою успіху гендерних перетворень в Україні є зміни у світогляді самих жінок та формування їх відповідальної громадянської позиції. Важливим є подолання загального патерналістського світогляду в суспільстві шляхом усвідомлення жінками власних прав і можливостей, підвищення їх самооцінки, посилення їх впевненості на ринку праці, розширення вибору життєвих стратегій та сфер самореалізації у суспільстві.



ціль **4** ЗМЕНШЕННЯ
ДИТЯЧОЇ
СМЕРТНОСТІ



ПРОТЯГОМ **2000–2014** РОКІВ

ЗМЕНШИВСЯ **РІВЕНЬ СМЕРТНОСТІ ДІТЕЙ**

ВІКОМ ДО РОКУ – З **11,9** ДО **7,8** НА 1000 ЖИВОНАРОДЖЕНИХ

РІВЕНЬ СМЕРТНОСТІ ДІТЕЙ ВІКОМ ДО П'ЯТИ РОКІВ
ЗМЕНШИВСЯ З **15,6** У 2000 РОЦІ ДО **9,3** У 2014 РОЦІ



ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

ЗАВДАННЯ	ІНДИКАТОРИ
Завдання 4.А: Зменшити рівень смертності дітей віком до 5 років на чверть	4.1. Рівень смертності дітей віком до 5 років, кількість померлих дітей відповідного віку на 1000 народжених живими
	4.2. Рівень смертності немовлят, кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими

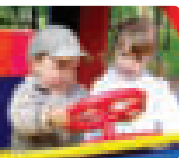
ДИНАМІКА ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ В УКРАЇНІ

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015
Індикатор 4.1. Рівень смертності дітей віком до 5 років, кількість померлих дітей відповідного віку на 1000 народжених живими															
15,6	14,9	13,5	12,9	12,4	12,9	12,4	13,6**	12,2	11,3	11,0	10,7	10,2	9,4	9,3	11,0
Індикатор 4.2. Рівень смертності немовлят, кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими															
11,9	11,3	10,3	9,6	9,5	10,0	9,8	11,0**	10,0	9,4	9,1	9,1	8,4	8,0	7,8	9,3

У таблиці наведені фактичні дані Державної служби статистики України та цільові показники для досягнення у 2015 році (встановлені у 2010 році).

* Див. зауваження на с. 2.

** З 1 січня 2007 року Україна перейшла на нові стандарти щодо критеріїв визначення перинатального періоду та живонароджуваності й мертвонароджуваності відповідно з критеріями ВООЗ.



СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

У міжнародній практиці найбільш чутливими індикаторами соціально-економічного благополуччя країни є показники материнської та дитячої смертності. Саме тому уряди країн мають спрямовувати зусилля на підвищення ефективності та якості медичної допомоги вагітним, породіллям, новонародженим та дітям раннього віку. З 2000 року Україні вдалося досягти значних успіхів у цьому напрямі: завдання було виконано вже у 2010 році. Позитивні зміни відбувалися на тлі досить складної ситуації в країні. Як було відмічено в Розділі 1, поточні роки в Україні ознаменувалися глибокою соціально-економічною кризою, що зумовлює вагомі зміни в демографічній ситуації

в країні, насамперед старіння населення на тлі низького рівня народжуваності: у 2014 році кількість народжених дітей зменшилася на 9,2 тис. осіб порівняно з 2013 роком. Ця тенденція зберігалась і на початку 2015 року, коли за січень-лютий народилося 67 473 дитини порівняно з народженням 77 380 дітей за аналогічний період 2014 року. Особливої уваги потребують питання покращання стану медичної допомоги всім віковим групам дитячого населення, реформ у соціальній сфері, зменшення бідності населення, стабілізації економічних і соціальних процесів, зміцнення статусу сім'ї, взаємодії з міжнародними партнерськими організаціями у сфері охорони здоров'я.

КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

З 2000 року у секторі охорони здоров'я матері та дитини основну увагу було приділено подальшому розвитку й удосконаленню структури родопомічних і дитячих закладів охорони здоров'я.

З початку 2000-х років держава виділяла кошти за програмно-цільовим методом для здійснення заходів, спрямованих на покращання здоров'я матерів та дітей, щороку збільшуючи обсяг фінансування за відповідними програмами з Державного бюджету (з 306,1 млн грн у 2007 році до 965,05 млн грн у 2013 році). Вагомий внесок у підвищення якості надання медичної допомоги та зменшення дитячої смертності зроблено в рамках тісної співпраці з ВООЗ, ЮНІСЕФ та іншими міжнародними організаціями.

У 2004 році в країні почалось інтенсивне впровадження сучасних всесвітньо визнаних медичних технологій із доведеною ефективністю (шляхом реалізації низки проектів міжнародної технічної допомоги за сприяння таких представників міжнародної донорської спільноти, як USAID/JSI, SDC, ЮНІСЕФ та ВООЗ). Це привело до підвищення доступності якісної медичної допомоги та підсилення профілактичної медичної допомоги дітям і матерям. Крім того, за цей досить короткий час вдалося переглянути підходи до ведення вагітних, народження дитини та ведення хворих дітей раннього віку. У цілому

такі дії забезпечили зниження показників смертності (рис. 2.4.1) та дитячої захворюваності (рис. 2.4.2), тобто досягти цільових орієнтирів за встановленими завданнями вдалося вже в 2010 році.

З 1 січня 2007 року Україна перейшла на європейські критерії визначення перинатального періоду, живонароджуваності та мертвонароджуваності, що видається основною причиною збільшення показників перинатальної, неонатальної та дитячої смертності за підсумками 2007 року. Проте це підвищення не було значним. Це дає підстави стверджувати про неповнність реєстрації живонароджених в Україні, що було реально зафіксована під час незалежних оцінювань. Починаючи з 2009 року, в Україні утримується позитивна тенденція, тобто скорочення показників перинатальної, неонатальної смертності, смертності дітей віком до 1 року та віком до 5 років, хоча рівень мертвонароджуваності за останні роки практично не змінився.

Позитивну динаміку основних показників смертності було забезпечено шляхом упровадження заходів Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року, Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року та Національного проекту «Нове життя – нова якість охо-



Рис. 2.4.1 Динаміка показників абсолютної кількості народжених живими, смертності дітей віком до 1 року і мертвонароджуваності, 2000–2014 роки



Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України», Державна служба статистики України.
* Див. зауваження на с. 2.

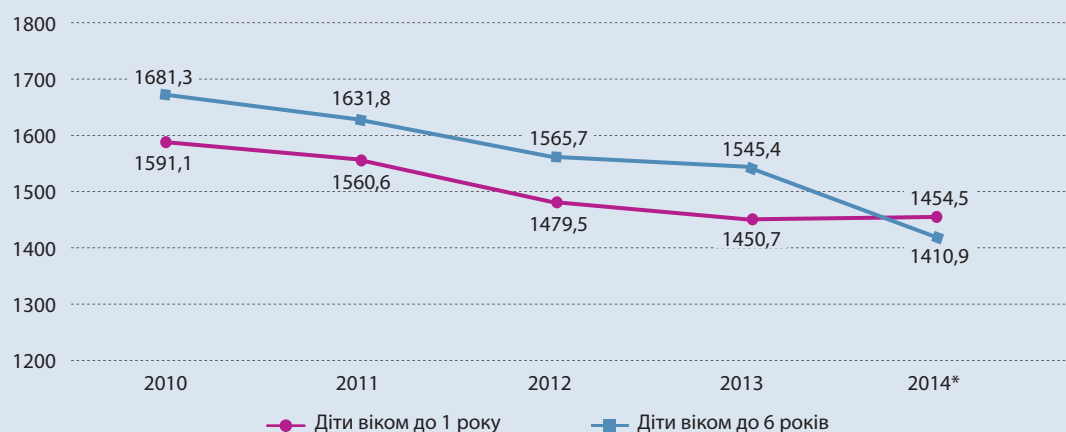
рони материнства і дитинства». Завдяки цьому проекту в Україні вперше з'явилася можливість створити замкнений цикл надання високоякісної перинатальної допомоги, а також впровадити всесвітньо визнані ефективні медичні технології, які базуються на засадах доказової медицини. За даними BABIES-MATRICA, рівень перинатальної смертності у закладах, підпорядкованих МОЗ України, має позитивну динаміку і знизився з 27,1‰ у 2000 р. до 8,7‰ у 2014 році.

тей у групі дітей віком до 5 років, на який впливають соціо-економічні, антенатальні та інтранатальні фактори, а також специфічні умови протікання раннього неонатального періоду. Хоча загалом у державі частота хворих новонароджених з масою тіла ≥ 500 г достовірно зменшилася з 24,0% у 2004 році до 14,8% у 2014 році, це значною мірою стосується доношених дітей: частота хворих доношених новонароджених за цей період знизилася на 45,8%, а недоношених – лише на 6,6%.

Показники захворюваності (рис. 2.4.2) відображають загальний стан здоров'я ді-

Основні причини смертності дітей віком до 1 та до 5 років. За даними МОЗ Укра-

Рис. 2.4.2 Динаміка показників захворюваності дітей (на 1000 народжених живими), 2010–2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

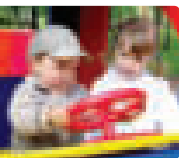
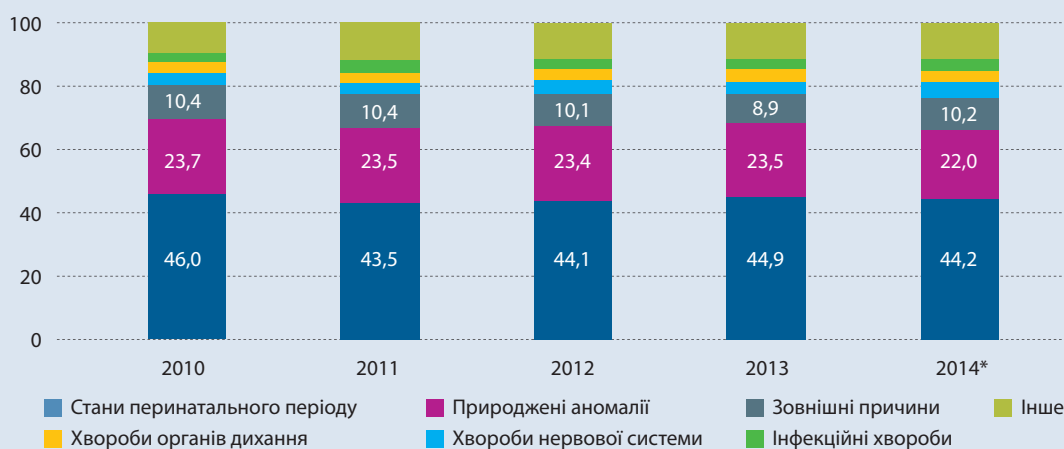


Рис. 2.4.3 Причини смертності дітей віком до 5 років, 2010–2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

їни, більше 60% випадків смерті дітей першого року життя становлять ті, що відбулись у перші 28 днів життя (неонатальний період). Найбільш уразливою групою є недоношені діти, які в останні роки складають 4,0–4,5% усіх новонароджених в Україні. Близько 30–40% випадків перинатальної захворюваності та смертності так чи інше пов'язані з передчасними пологами. Серед основних чинників ризику перинатальної захворюваності та смертності виділяються, насамперед, соціальні (такі, як: відсутність соціальної підтримки, відсутність житла, відсутність чоловіка, юний вік вагітної, вживання алкоголю/наркотиків, тютюнопаління), соціально-економічні (безробіття, низький рівень доходів, бідність) та порушення здоров'я (як загального, так і репродуктивного). Аналіз смертності дітей першого року життя за основними причинами смерті чітко демонструє цю закономірність (рис. 2.4.3). Ключові причини смертності дітей віком до 1 року залишаються майже постійними протягом останніх років: вони охоплюють стани, пов'язані з перинатальним періодом, уроджені аномалії та смертність від зовнішніх причин.

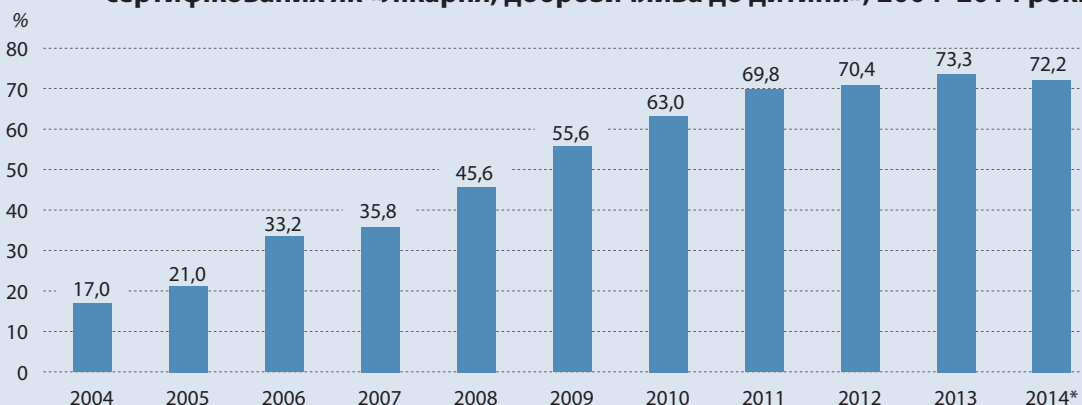
У 2014 році основними причинами смертності дітей віком до 1 року поза стаціонаром були: травми та отруєння (33,1%); неточно визначені симптоми, ознаки та стани (24,1%); хвороби органів дихання (13,8%). Такий перелік причин свідчить про наявність соціальних проблем, а також низький рівень підготовки батьків до безпечного догляду за дитиною вдома.

Таким чином, для подальшого скорочення показника смертності дітей першого року життя в Україні важливе значення мають як антенатальна та перинатальна допомога, так і соціально-економічний захист вагітних та родин. Саме тому потрібно і надалі підвищувати якість та ефективність надання медичної допомоги вагітним, породіллям та новонародженим з одночасним забезпеченням рівного доступу населення до якісної медичної допомоги незалежно від місця проживання або соціального статусу особи. Для цього необхідна зміна підходів держави до перегляду законодавчої бази та фінансування галузі охорони здоров'я.

У розподілі основних причин смертності дітей віком до 5 років протягом останніх років відмічається стала ситуація. Відомо, що смертність дітей віком до 1 року є визначальною у формуванні смертності цієї вікової групи. Саме тому перші місця у структурі причин смертності дітей цієї вікової групи посідають перинатальний стан, природжені аномалії розвитку та зовнішні причини (травми та отруєння) (рис. 2.4.3). Таким чином, вирішальним фактором для зниження смертності дітей віком до 5 років є подальше впровадження ефективного антенатального скринінгу, консультування батьків з питань догляду за дитиною, зміна організаційних і клінічних підходів до надання медичної допомоги вагітним, породіллям, новонародженим та дітям раннього віку, а також упровадження в практику лікування дітей технологій з доведеною ефективністю.



Рис. 2.4.4 Частка дітей, які народились у закладах охорони здоров'я, сертифікованих як «Лікарня, доброзичлива до дитини», 2004–2014 роки



Джерело: аналіз діяльності за Розширеною Ініціативою «Лікарня, доброзичлива до дитини» в Україні у 2014 році.

* Див. зауваження на с. 2.

Розвиток системи перинатальної допомоги. Україна перебуває у процесі переходу до трирівневої системи перинатальної допомоги у рамках її регіоналізації. Національний проект «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства» передбачав створення 27-ми обласних перинатальних центрів по всій Україні, які б поєднували діяльність акушерської, неонатологічної та педіатричної служб. Але, враховуючи складну політичну та економічну ситуацію в державі протягом останнього року, на початок 2015 року відкрито лише 12 обласних перинатальних центрів III рівня медичної допомоги, в яких за 2014 рік народили дітей 16,7% вагітних. Ці центри забезпечені висококваліфікованими фахівцями та сучасним обладнанням для діагностики й лікування, що дозволяє надавати високоякісну допомогу вагітним з високим та середнім ризиком і хворим новонародженим дітям. Водночас решта областей України ще не мають таких сучасних перинатальних центрів III рівня, отже, у цих областях надання ефективної, доступної та якісної медичної допомоги дітям і матерям не гарантоване.

«Лікарня, доброзичлива до дитини». Ще одним безперечно вагомим чинником, який вплинув на зменшення рівня дитячої смертності та захворюваності, є прийняття та впровадження Україною ініціативи ВООЗ/ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини». Близько 3/4 дітей (72,2%) у 2014 році народились у закладах, сертифікованих як «Лікарня, доброзичлива до дитини» (у 2008 році в таких закладах народжувалося лише кожне друге немовля; рис. 2.4.4). Ці лікарні активно впроваджуються в

Україні з 2004 року, і на початок 2015 року такий статус мали 383 заклади охорони здоров'я, де надається допомога матерям і дітям (33% із загальної кількості таких установ). Зменшення питомої ваги сертифікованих закладів з 41,5% у 2012 році до 33% у 2014 році пов'язане зі створенням нових лікувальних установ у межах упровадження державної програми з реформування галузі охорони здоров'я: загалом було створено 448 нових установ «Центри первинної медико-санітарної допомоги». Наразі в Україні немає регіону, де б не було жодного закладу, сертифікованого як «Лікарня, доброзичлива до дитини».

Підтримка грудного вигодовування. Грудне вигодовування є визнаним вагомим чинником зниження рівня дитячої захворюваності та смертності. В Україні інтенсивна підтримка грудного вигодовування почала впроваджуватися на початку 2000-х років шляхом відповідної реорганізації роботи медичних закладів, створення «Лікарень, доброзичливих до дитини» та значного зростання рівня інформованості населення через використання соціальних мереж та інтернет-ресурсів. За даними офіційної статистики, на виключно грудному вигодовуванні знаходилося 54% немовлят віком до 6 місяців у 2013 році та 54,9% – у 2014 році; у закладах, які сертифіковані як «Лікарня, доброзичлива до дитини», – відповідно 62,9% та 65,9%. За даними офіційної статистики МОЗ України, рівень грудного вигодовування дітей до 3-х місяців має позитивну динаміку – частка дітей, що закінчили грудне вигодовування у 3 місяці, зменшилася з 37,3% у 2010 році до 27,3% у 2014 році (рис. 2.4.5).

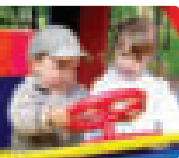
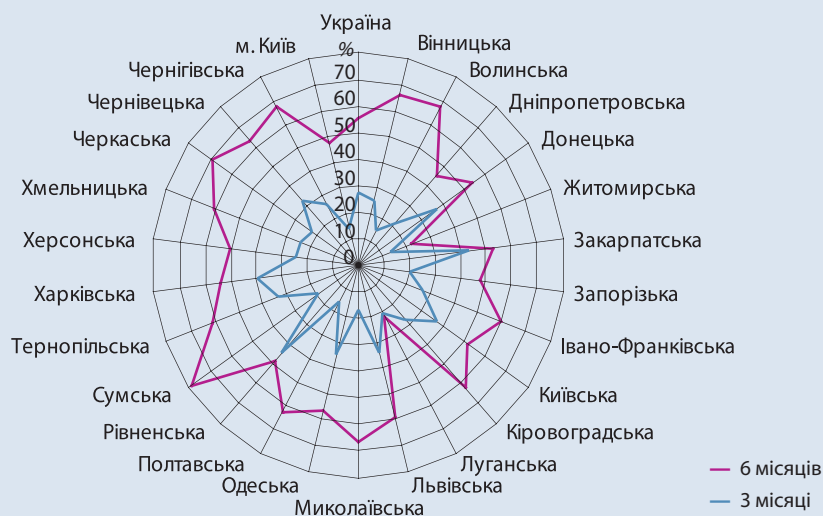


Рис. 2.4.5 Грудне вигодовування немовлят в Україні у розрізі регіонів
(частка відповідно до його тривалості), 2014 рік*



Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України», ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

* Див. зауваження на с. 2.

Водночас незалежне Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств (МІКС), проведене в Україні у 2012 році, показало, що тільки 19,7% немовлят вигодовувалися до 6 місяців виключно груддю, 38% дітей віком 12–15 місяців продовжували годуватися груддю, отримуючи при цьому прикорм. До 2 років грудне вигодовування продовжували лише 22% дітей. Ці результати демонструють розбіжності між офіційними та незалежними статистичними даними, що можна пояснити недосконалою відомчою системою збирання та аналізу необхідної інформації.

Стан імунпрофілактики. Останні роки ознаменувалися зміною ставлення населення України до вакцинації дітей, що відбулося значною мірою завдяки просвітницькій діяльності ВООЗ та ЮНІСЕФ: за результатами незалежного соціологічного дослідження цього питання, проведеного ЮНІСЕФ у 2008 році, тільки близько 28% опитаних матерів позитивно ставилися до вакцинації дітей, а у 2014 році таких було вже 72%.

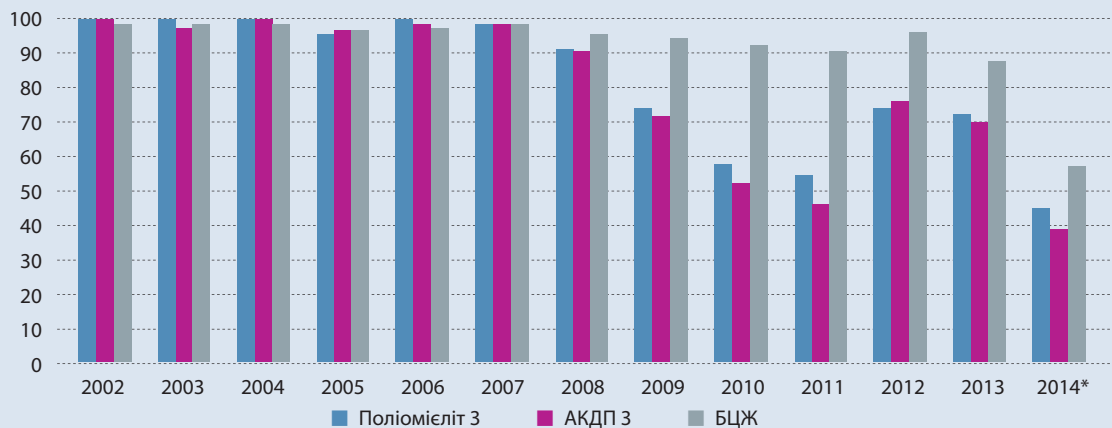
Доведено, що епідеміологічний ефект від вакцинації фіксується при охопленні щепленнями не менше ніж 95% населення. Іншим вагомим чинником досягнення очікуваного ефекту є своєчасність вакцинації у терміни, визначені календарем профілактичних щеплень. Саме тому Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми імунпро-

філактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки» визначено завдання охоплення не менше 95% дітей віком до одного року профілактичними щепленнями проти туберкульозу, дифтерії, правця, кашлюку, гемофільної інфекції типу b, гепатиту В, поліомієліту, кору, паротиту, краснухи. Новий календар обов'язкових профілактичних щеплень для забезпечення захисту населення від 10 керованих інфекцій регламентовано Наказом МОЗ України «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні».

Починаючи з 1990 року і до 2008 року, показник охоплення повною вакцинацією дітей, які досягли 1 року, був постійно високим (98–99%), що забезпечило захист суспільства. Однак з 2008 року тренд поступово стає низхідним, і у 2014 році охоплення дітей віком до 1 року вакцинацією БЦЖ знизилося до 56,5%, АКДП – до 38,4%, проти поліомієліту – до 44,7%, проти гепатиту В – до 48,5%. Також турбує ситуація з вакцинацією проти кору: охоплення першою вакцинацією знизилося з 99% у 2002 році до 57% у 2014 році; динаміка охоплення другим обов'язковим щепленням проти кору ще гірша: спостерігалось зниження з 98% у 2002 році до 41% у 2010 році, потім мало місце незначне покращання у 2012 році – до 54%, хоча значний економічний ефект від конкретно цієї імунпрофілактики є широко відомим. Так, дослідження, проведені в



Рис. 2.4.6 Динаміка вакцинації дітей, які досягли 1 року, 2002–2014 роки



Джерело: Ukraine: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2013 revision, ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України».
* Див. зауваження на с. 2.

11 країнах Західної Європи, показали, що вартість лікування одного випадку захворювання на кір становить від 209 до 800 євро, тоді як витрати на щеплення проти кору – від 0,17 до 0,97 євро на особу. З 2012 року в Україні реєструється підвищення захворюваності населення на кір (27,95 випадків на 100 000 населення в 2012 році проти 5,4 випадків на 100 000 населення в 2014 році, хоча цільовий показник становить менше 1 випадку на 100 000 населення).

Ситуація з вакцинацією проти поліомієліту почала поступово поліпшуватися з початку 2015 року завдяки допомозі ВООЗ/ЮНІСЕФ і донорській підтримці щодо закупівлі необхідних доз поліомієлітної вакцини.

Надання амбулаторної медичної допомоги дітям до 5 років. Аналіз досвіду значної кількості країн доводить обґрунтованість дуже важливої закономірності: чим нижчим є рівень розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), тим менш ефективною та більш витратною є система охорони здоров'я.

Останні п'ять років в Україні відбувається реформування первинної ланки надання медичної допомоги населенню. Результатом цього реформування стало збільшення кількості закладів сімейної медицини: з 4729 у 2012 році до 5656 у 2014 році¹, причому близько 65% з них розташовані у сільській місцевості. Кількість сімейних лікарів, які працюють у цих закладах, збільшилась із 8367 у 2009 році до 11 326

лікарів у 2014 році, проте лише 69,14% із них надають медичну допомогу пацієнтам від народження і протягом усього життя. З іншого боку, кількість дільничних педіатрів на міських дільницях зменшилась з 10,2 тис. у 2010 році до 4,9 тис. у 2014 році, тобто понад удвічі.

Ураховуючи те, що у більшості хворих дітей одночасно спостерігається декілька ознак і симптомів різних захворювань, надання медичної допомоги цій категорії пацієнтів на первинному рівні сімейними лікарями є дещо ускладненим, особливо в умовах дефіциту діагностичного обладнання на рівні кожної амбулаторії. Саме тому в Україні з 2008 року почався процес прийняття стратегії ВООЗ/ЮНІСЕФ «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» (ІВХДВ). Ця стратегія є унікальною в плані підвищення якості надання медичної допомоги дітям та зменшення показників дитячої смертності. Більше ніж 100 країн світу прийняли стратегію ІВХДВ для зниження дитячої захворюваності та смертності й покращання якості медичної допомоги дитячому населенню на первинному рівні. На рис. 2.4.7 наведено результати впровадження стратегії ІВХДВ в одному з пілотних районів, а саме – зниження показників смертності дітей різних вікових груп. У двох інших пілотних районах вдалося досягти такого самого рівня покращання ситуації.

Надання стаціонарної медичної допомоги дітям віком до 5 років. Наступною ланкою в ланцюжку надання медичної допомоги дітям є стаціонарна допомога. Протягом багатьох років розвиток вітчиз-

¹ Див. зауваження на с. 2.

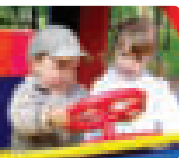
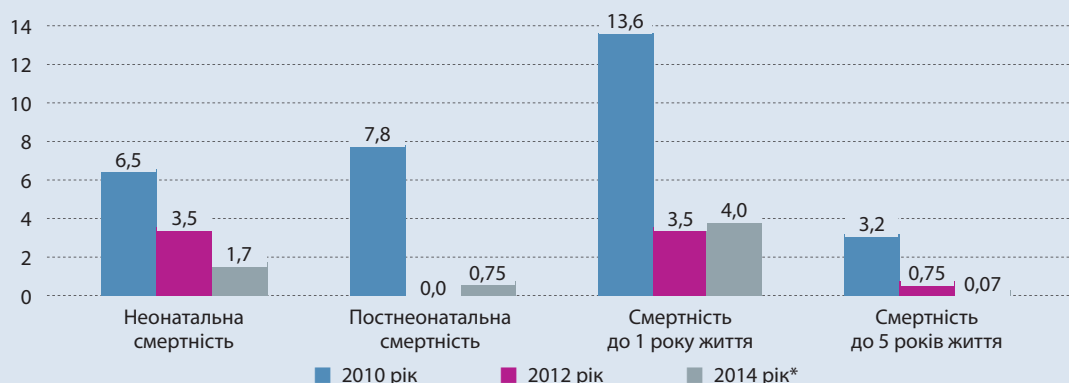


Рис. 2.4.7 Результати впровадження стратегії ІВХДВ у пілотному районі



Джерело: Звіт фази раннього впровадження стратегії ІВХДВ в Україні.

* Див. зауваження на с. 2.

няної системи стаціонарної медичної допомоги базувалася на застарілій радянській моделі та характеризувався постійним збільшенням кількості стаціонарних ліжок і лікарів. Стан системи охорони здоров'я в Україні показав недостатню економічну обґрунтованість такого підходу. З найбільшими проблемами стикаються хворі, що лікуються у стаціонарах у районних лікарнях, що пов'язано з кадровим дефіцитом і слабким матеріально-технічним забезпеченням.

Саме тому паралельно зі структурною та кількісною зміною мережі закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги розпочалася реструктуризація лікарняної пропускної здатності для дітей: за період 2010–2014 років скорочено 9,84 тис. дитячих ліжок. Як наслідок, у 2014 році кількість лікарняних ліжок для дітей знизилася до 43 668 у 1145 лікувальних дитячих закладах. Внаслідок управлінської реорганізації за згаданий період скорочено 40 малопотужних дитячих ліка-

рень без погіршення якості та доступності медичної допомоги дітям.

Надання медичної допомоги дітям-сиротам. Медико-соціальне забезпечення дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківської опіки, є актуальним питанням в усіх країнах світу і може розглядатися як індикатор розвитку країни. Такі категорії дітей потребують певних умов побуту, виховання і медичного забезпечення, оскільки здоров'я цих дітей є більш уразливим порівняно з загальним дитячим населенням.

З 2000 року в Україні було здійснено багато кроків, які привели до позитивних результатів: збільшено обсяги соціальної допомоги з боку держави та створено мережу соціальних «Центрів матері і дитини»; розширено процес усиновлення та опіки (піклування), з'явилися нові форми виховання дітей, зокрема у прийомних сім'ях, у дитячих будинках сімейного типу тощо. Це сприяло зменшенню кількості дитячих будинків та числа вихованців у них (з 0,78% у 2010 році до 0,60% у 2014 році) при зменшенні рівня смертності дітей в цих закладах.

Держава продовжує вживати заходи, спрямовані на покращання стану здоров'я дітей-сиріт, насамперед у частині забезпечення оптимальних умов перебування у будинках дитини, покращання процесів виховання, раціонального харчування, своєчасного комплексного лікування та реабілітації. Це необхідно для забезпечення належного фізичного і психічного розвитку дітей-сиріт.

Вставка 2.4.1

Україна досягла значних результатів у вирішенні питань сирітства: за період з 2010 по 2014 роки зменшилася кількість дітей, від яких відмовилися батьки в пологових відділеннях, з 1,05 на 1000 народжених живими у 2010 році до 0,08 у 2014 році; кількість будинків дитини скоротилася, відповідно, з 47 до 39, а фактична кількість дітей-сиріт зменшилась з 2100 у 2010 році до 1111 у 2014 році.

Джерело: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».



Рис. 2.4.8 Основні проблеми, виявлені при оцінці 7-ми районних медичних закладів стаціонарної допомоги дітям



Джерело: Mission report – Marzia Lazzerini MD, DTMH, MSc, PhD.

ПРОБЛЕМИ ТА НОВІ ВИКЛИКИ

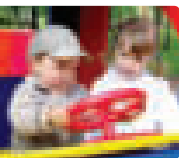
Погіршення стану імунопрофілактики дитячого населення. Загалом за 2010–2014 роки Загальнодержавна програма з імунопрофілактики була недофінансована на понад 40%: так, у 2014 році фінансування на закупівлю вакцин склало тільки 37% від реальної потреби. Серед основних причин різкого скорочення частки охоплених вакцинацією дітей можна виокремити такі: недостатнє фінансування заходів; девальвація національної валюти; відсутність фінансової децентралізації для забезпечення переведення повноважень щодо закупівлі ліків та обладнання на рівень регіонів; неможливість продовжувати закупівлю деяких вакцин (наприклад БЦЖ) у постійних партнерів; невелика кількість зареєстрованих в Україні вакцин; досить складна процедура реєстрації імунобіологічних препаратів в Україні тощо.

Наразі в Україні визначилася ще одна проблема, пов'язана як з кількістю невакцинованих дітей, так і з певними положеннями законодавства. Мається на увазі норма, за якою державний календар імунопрофілактики не включає ніякі додаткові обов'язкові вакцинації проти решти інфекцій, що підвищують ризик смерті дітей (наприклад, менінгіт, пневмонія), якщо частка невакцинованого населення буде становити менше 80–85%. Таке коло обмеження вакцинації впливає на зростання рівнів важкої інфекційної захворюваності дітей з високим ризиком летальності, що формує загрозу національній безпеці.

Проблеми стаціонарної медичної допомоги на локальному рівні (на рівні району). У 2013 році ВООЗ за підтримки МОЗ України провела незалежну оцінку 7-ми медичних закладів (районних лікарень), які надають стаціонарну медичну допомогу дітям віком до 5 років. За висновками експертів, поряд з позитивними аспектами (а саме, перебування матерів поряд з хворими дітьми, відповідність кількості персоналу нормативам, доступність лабораторій, адекватний рівень підтримання санітарно-епідеміологічного контролю, забезпечення дітей та матерів харчуванням) були також і певні проблемні питання, які певною мірою впливали на якість надання медичної допомоги і, як наслідок, на стан здоров'я дітей. Найбільш вагомі проблеми, виявлені у процесі опитування, наведені на рис. 2.4.8.

На думку міжнародних експертів, перегляд діючих настанов та клінічних протоколів, адаптація державою довідника ВООЗ/ЮНІСЕФ для педіатрів «Госпітальне ІВХДВ», перегляд підходів до кадрового забезпечення лікарень у сільській місцевості значно поліпшать якість надання стаціонарної медичної допомоги дітям віком до 5 років.

Недостатня забезпеченість кадрами у сфері педіатрії. В Україні допомога дитячому населенню на первинному рівні надається дільничним педіатром або сімейним лікарем за дільничним принципом. Зважаючи на це, доступність та якість допомоги можуть бути гарантованими лише при



достатньому забезпечені кваліфікованими педіатрами та сімейними лікарями. Водночас спостерігається протилежна тенденція: починаючи з 2007 року, поступово зменшувалася кількість лікарів-педіатрів та інших «вузьких» спеціалістів за винятком незначного переліку спеціалізацій (дитячі нейрохірурги, анестезіологи, інфекціоністи). Саме тому педіатричні спеціальності входять до групи високого кадрового дефіциту, який склався в Україні як у результаті низької соціальної захищеності й оплати праці лікарів-педіатрів, так і внаслідок реформування первинної ланки за сприяння переорієнтації на сімейну медицину.

Крім того, з 2014 року почався перегляд кадрової політики щодо педіатричних спеціальностей в Україні: до 2020 року передбачається досягти на двох сімейних лікарів одну посаду лікаря педіатра та повністю забезпечити педіатрами мережу дитячих закладів охорони здоров'я (дитячі лікарні, пологові будинки, перинатальні центри, центри ПМСД).

Недостатній рівень обізнаності та навичок батьків щодо догляду за дитиною, її харчування та розвитку. В Україні тільки розпочинається активний процес виховання з питань усвідомленого батьківства. Першою ланкою зв'язку з батьками є жіночі консультації, де медичні й соціальні працівники намагаються активно змінити ставлення пар до народження та виховання дитини: здоровий спосіб життя, правильне ставлення до потреб дитини, виконання необхідних санітарно-гігієнічних правил у родині, грудне вигодовування та подальше раціональне харчування дитини, низка профілактичних

заходів щодо зниження захворюваності батьків і дітей. Навчання батьків надалі продовжується в пологовому відділенні та після виписки дитини на дільницю.

Необхідним є розроблення та впровадження у клінічну практику основних напрямів консультування та навчання свідомому батьківству. На жаль, залучення державних служб до цього процесу є незначним, а тому загальний рівень знань батьків з питань здоров'я та виховання дитини залишається невисоким, насамперед серед соціально незахищених верств населення.

Недосконала система збирання, оцінки та використання даних. Нагальною проблемою, що потребує вирішення, є зміна підходів до збирання, аналізу та використання достовірних показників діяльності системи охорони здоров'я. На сьогодні відсутні уніфікована комп'ютерна інформаційна система та раціонально підібрані моделі індикаторів, які б відображали якість надання медичної допомоги. Таким чином, неможливо своєчасно використовувати статистичні дані на місцях для прийняття своєчасних управлінських та клінічних рішень щодо покращання якості організації та надання допомоги.

Ще однією особливістю державної статистичної звітності є підхід до вікового аналізу стану дитячого здоров'я. Ця звітність охоплює в Україні дітей від народження до 6 років життя, тоді як у світі вже давно відбувається розрахунок основних показників у віковій групі дітей від народження до 5 років. Така відмінність ускладнює адекватний порівняльний аналіз статистичних показників України з іншими державами.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Удосконалення медичної допомоги дітям вимагає впровадження сучасних методів діагностики та лікування, рівного доступу дітей до якісних медичних послуг, посилення профілактичного напрямку роботи, підвищення обізнаності батьків та членів суспільства, пропагування здорового способу життя, подальшого реформування галузі охорони здоров'я, покращання системи збирання й аналізу статистичної інформації, а також забезпечення системного підходу держави до збереження набутих результатів. Подальший розвиток, удосконалення та впровадження державних програм, моделей оптимальної ме-

дичної допомоги є складним завданням для системи охорони здоров'я будь-якої держави. У розвинених країнах найбільш доречною організаційною моделлю на шляху оптимізації медичної допомоги матерям і дітям, зниження рівня смертності, захворюваності та інвалідності **вважається повна регіоналізація перинатальної допомоги.** Тому в Україні також закладено нормативно-правові засади регіоналізації перинатальної допомоги та розроблено національну систему її моніторингу й оцінки. Однак багато областей України ще не мають сучасних закладів III рівня надання перинатальної допомоги, що унеможли-



лює надання допомоги високого рівня в цих областях. Таким чином, необхідно розглянути на державному та регіональному рівнях питання про фінансування будівництва й оснащення сучасних перинатальних центрів III рівня в тих областях України, де наразі вони відсутні.

Для подолання **проблем з імунопрофілактикою** необхідно відновити повний цикл виробництва вітчизняних вакцин, а також провести перегляд діючих нормативно-правових актів, які регламентують процедуру реєстрації та закупівлі імунобіологічних препаратів.

Перші кроки в цьому напрямі вже були зроблені наприкінці 2014 року: прийнято Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про лікарські засоби»; Наказом МОЗ України від 11.08.2014 року № 566 було спрощено процедуру реєстрації в Україні вакцин, перекваліфікованих ВООЗ та зареєстрованих у країнах, які застосовують високі стандарти якості. Це надало змогу ВООЗ/ ЮНІСЕФ у співпраці з іншими донорськими організаціями забезпечити Україну вакциною проти поліомієліту в рамках надання гуманітарної допомоги. Найважливішим завданням держави на наступні роки є зменшення частки невакцинованих дітей та створення таких державних і регіональних механізмів регуляції, які дозволять швидко й ефективно стимулювати зміни у стані імунопрофілактики в країні. Ураховуючи те, що в 2016 році весь світ поступово переходить на використання двовалентної поліовакцини, в Україні наразі має розпочатися робота у цьому напрямі, насамперед з питань знаходження шляхів використання цієї вакцини.

Подальший розвиток педіатричної допомоги вимагає перегляду підходів до управління **системою збирання, оцінки та використання інформації**. Поліпшення клінічної практики та організації надання медичної допомоги має базуватися на об'єктивних результатах незалежного аудиту, який використовує конфіденційні й анонімні методи. Крім того, необхідно переглянути державний перелік статистичних показників, за якими щоквартально звітують заклади охорони здоров'я, а також розглянути питання зміни вікового періоду з 0 до 6 років життя на віковий період з 0 до 5 років у статистичних спостереженнях для уможливлення виконання міжнародних статистичних порівнянь.

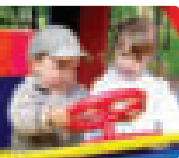
Підвищення рівня ефективності та якості **надання медичної допомоги на первинному рівні та в дитячих стаціонарах** також вимагає низки змін.

У напрямі забезпечення сучасних, заснованих на фактологічних даних, технологій на первинному рівні надання медичної допомоги дітям віком до 5 років необхідно розглянути та впровадити стратегію ІВХДВ як основний державний стандарт. Додатково необхідно включити її до плану обов'язкового навчання на додипломному та післядипломному рівнях як для педіатрів, так і для сімейних лікарів. Широке впровадження ІВХДВ допоможе також знизити частку випадків необґрунтованої госпіталізації дітей та поліпрагмазії при лікуванні. До того ж це сприятиме ширшому залученню середнього медичного персоналу до діагностики та надання медичної допомоги дітям на первинному рівні.

Покращання стаціонарної допомоги дітям вимагає якомога швидшого прийняття посібника ВООЗ/ЮНІСЕФ «Госпітальне ІВХДВ» та впровадження його в практику як стандарт початкової допомоги дітям при надходженні в дитячий стаціонар. Крім того, одним із механізмів рівного доступу дітей до якісної медичної допомоги незалежно від місця їх народження та проживання є розвиток телемедицини, яка виявляється особливо корисною для важкодоступних районів.

Загалом покращання якості надання медичної допомоги на всіх рівнях потребує регулярного перегляду існуючих та розробки нових національних норм і клінічних протоколів з ширшим залученням професійних асоціацій до цього процесу. Дуже важливим є спрощення процедури затвердження та впровадження в практику норм та клінічних протоколів на державному рівні. Не менш важливим є повне забезпечення своєчасної доступності розроблених норм для медичних працівників, а також надання певних повноважень на рівні регіону для адаптації цих норм до регіональних особливостей.

Підвищення ефективності та якості медичної допомоги неможливе без упровадження **сучасних методів діагностики та лікування**. Це потребує не тільки розробки норм та клінічних протоколів, але й забезпечення всіх лікарень, де надається допомога породіллям і дітям, мінімальним



переліком необхідного працюючого обладнання, до якого будуть мати доступ всі хворі діти незалежно від місцевості проживання. Незважаючи на наявність регламентуючих документів, досягти цього досить важко через переважно централізовану закупівлю обладнання та ліків. Тільки перерозподіл фінансів за регіональним принципом та проведення ретельного й незалежного аудиту забезпечення лікувальних закладів необхідним обладнанням та медикаментами допоможе виправити цю ситуацію.

Для усунення кадрового дефіциту (як в якісному вимірі, так і в кількісному) необхідно переорієнтувати державну політику, яка повинна мати на меті зміну системи підготовки сімейних лікарів та підвищення вимог до їх кваліфікації, особливо в частині надання медичної та профілактичної допомоги дітям. Окрім того, необхідно якомога

швидше усунути кадровий дефіцит лікарів-педіатрів, що є особливо актуальним для районних лікарень.

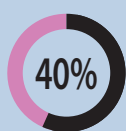
Пропагування здорового способу життя та **навчання батьків** щодо догляду за розвитком дитини потребує ширшого втручання як на центральному, так і на регіональному рівнях. Для поширення набутого досвіду необхідно активніше залучати засоби масової інформації та спеціалізовані організації, а саме: розробляти та розповсюджувати листівки з важливою інформацією, безкоштовні газети з описанням догляду, розвитку, харчування, попередження захворюваності та травматизму у дітей; поширювати безкоштовні консультативні мережі в Інтернеті тощо. Також дуже важливим є навчання батьків наданню екстреної долікарської допомоги дитині у разі виникнення у неї загрози життю.



ціль 5 ПОЛІПШЕННЯ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІВ



ПРОТЯГОМ **2000–2015** РОКІВ
РІВЕНЬ **МАТЕРИНСЬКОЇ СМЕРТНОСТІ** СУТТЄВО ЗНИЖЕНО –
З **24,7** ДО **15,2** НА 100 ТИС. НАРОДЖЕНИХ ЖИВИМИ



ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ
(ВКЛЮЧАЮЧИ ЖІНОК
РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ) МАЄ
ПРИНАЙМНІ **ОДНУ ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ**



90% ЖІНОК ПРОХОДЯТЬ
РЕГУЛЯРНІ МЕДИЧНІ ОГЛЯДИ
НА РАННІХ СТАДІЯХ ВАГІТНОСТІ



ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

ЗАВДАННЯ	ІНДИКАТОРИ
Завдання 5.А: Зменшити наполовину рівень материнської смертності	5.1. Рівень материнської смертності, кількість материнських смертей на 100 тис. народжених живими
	5.2. Рівень абортів, кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку

ДИНАМІКА ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ В УКРАЇНІ

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015
Індикатор 5.1. Рівень материнської смертності, кількість материнських смертей на 100 тис. народжених живими															
24,7	23,9	21,7	17,4	13,1											
					17,6**	15,2	20,7	15,5	25,8	23,5	16,9	12,5	13,5	15,2	13,0
Індикатор 5.2. Рівень абортів, кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку															
32,1	29,4	25,8	25,3	23,2	21,3	18,7	18,5	18,1	17,9	15,1	14,7	13,5	13,1	10,4	15,1

У таблиці наведені фактичні дані Державної служби статистики України та цільові показники для досягнення у 2015 році (встановлені у 2010 році).

* Див. зауваження на с. 2.

** З 2005 року Україна перейшла до кодування смертності відповідно до списку кодів Десятого перегляду Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Розраховані до і після такого переходу індикатори не є зіставними, тому індикатор 5.1. представлено двома динамічними рядами.



СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Здоров'я матерів – одна із головних ознак гармонійного розвитку суспільства, якості родопомічних закладів та ефективного впровадження наукових досягнень у практику охорони здоров'я. Материнська смертність (МС) є інтегруючим показником здоров'я жінок репродуктивного віку, який відображає результат взаємодії економічних, екологічних, культурних, соціально-гігієнічних та медико-організаційних чинників. За останні п'ятнадцять років показник материнської смертності в Україні демонструє зниження – з 24,7 на 100 тис. живонароджених у 2000 році до 15,2 у 2014 році. У

2012 та 2013 роках Україна майже досягла цільового орієнтиру у рамках ЦРТ, проте у 2014 році рівень материнської смертності знову продемонстрував зростання. Крім того, в Україні спостерігається стійка тенденція до зниження рівня абортів. За 2000–2014 роки показник абортів у жінок віком 15–49 років зменшився майже утричі (з 32,1 до 10,37 на 1000 жінок фертильного віку). З цього числа 58% випадків переривання вагітності здійснюється за бажанням жінки, решта – за медичними показаннями, внаслідок спонтанних абортів, замерлої вагітності тощо.

КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

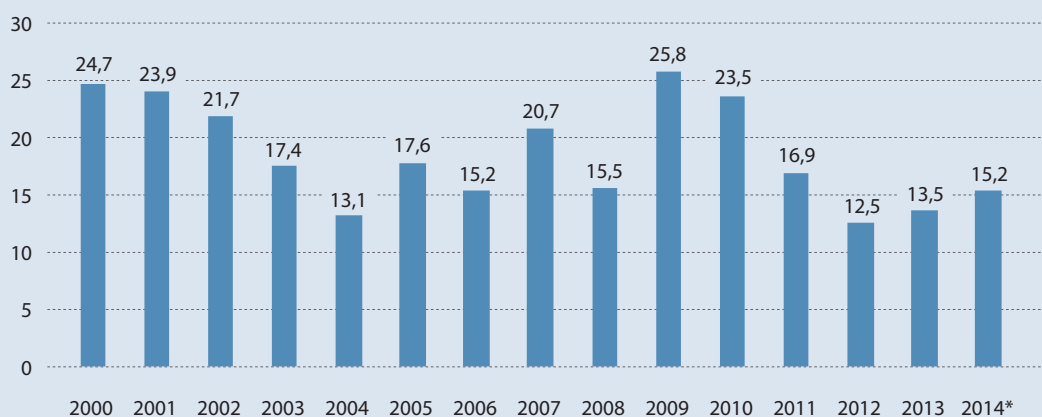
Згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб Десятого перегляду, материнська смертність визначається як смерть жінки, що настала в період вагітності або протягом 42 днів після її закінчення (незалежно від її тривалості та локалізації) з будь-якої причини, пов'язаної з вагітністю, обтяженою нею або її веденням, але не від нещасного випадку чи з випадкових причин.

В Україні показник материнської смертності значно знизився, проте рівень материнської смертності в Україні залишається помітно вищим, ніж його середнє значення у країнах ЄС (5,69 на 100 тис. живонароджених у 2014 році).

Винятком з основного тренду зниження був період 2009–2010 років, протягом якого мало

місце помітне збільшення показника. Це було пов'язано з непрямыми акушерськими причинами, зокрема з епідемією грипу. Протягом 2011–2013 років спостерігалось значне зменшення показника, проте в 2014 році рівень материнської смертності знову зріс. Причини цього зростання потребують більш детального аналізу. Необхідно зазначити, що у 2014 році змінився порядок експертизи та обговорення випадків МС: кожен випадок розглядає спеціальна група експертів, комісія МОЗ та лікарі – безпосередні учасники випадків. Рішення щодо кваліфікації випадку смерті та його попереджуваності ухвалюють відкритим голосуванням. Такий порядок дозволяє посилити контроль за якістю надання медичної допомоги та забезпечує поглиблений аналіз причин кожного випадку смерті жінки. Також аналіз материнських

Рис. 2.5.1 Рівень материнської смертності, 2000–2014 роки



Джерело: Міністерство охорони здоров'я України.

* Див. зауваження на с. 2.



Таблиця 2.5.1 Смертність жінок від причин, пов'язаних з вагітністю, пологами та ускладненнями післяпологового періоду, 2009–2014 роки

	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Осіб						
Всього випадків материнської смерті	132	117	85	65	68	71
Смерть з прямих акушерських причин	48	48	50	34	37	44
Смерть з непрямих акушерських причин	84	69	35	31	31	27
Кількість випадків смерті матері від зовнішніх причин	12	20	21	16	9	14
На 100 тисяч живонароджених						
Всього випадків материнської смерті	25,8	23,5	16,9	12,5	13,5	15,2
Смерть з прямих акушерських причин	9,4	9,6	9,9	6,5	7,3	9,5
Смерть з непрямих акушерських причин	16,4	13,9	7,0	6,0	6,2	5,7
Кількість випадків смерті матері від зовнішніх причин	2,3	4,0	4,2	3,1	1,8	3,0

Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

Таблиця 2.5.2 Структура основних причин материнської смертності, 2013–2014 роки*

Нозологія	2013	2014
Екстрагенітальна патологія (ЕГП)	34,5	22,7
Сепсис	8,6	19,7
Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)	17,2	16,7
Кровотеча	20,7	15,2
Гестоз	8,6	12,1
Емболія навколоплідними водами (ЕНВ)	10,3	9,1

Джерело: Міністерство охорони здоров'я України.

* Див. зауваження на с. 2.

втратах 2014 року вперше за усі роки існування держави Україна проводиться за неповними даними. Інформація із частини Донецької та Луганської областей (зона АТО) надходила нерегулярно, не в повному обсязі та не відповідно до встановленого порядку, а у другій половині 2014 року припинилася зовсім. Упродовж року не надходила інформація про випадки материнської смерті та кількість пологів з АР Крим. Отже, порівняння показників рік до року не є цілком коректним.

Відповідно до Методологічних положень зі статистичного аналізу природного руху населення (затверджених Наказом Державної служби статистики України від 08.02.2013 р. № 39), випадки материнської смерті поділяють на дві групи. Перша група: материнська смерть, безпосередньо пов'язана з акушерськими причинами (прямі акушерські причини) – це смерть матері внаслідок акушерських ускладнень стану вагітності (тобто вагітності, пологів та післяпологового періоду), а також унаслідок втручань, недогляду, неправильного лікування або низки

подій, пов'язаних із будь-якою з вищезазначених причин¹; друга група: материнська смерть, опосередковано пов'язана з акушерськими причинами (непрямі акушерські причини) – це смерть унаслідок хвороби, що існувала раніше або виникла під час вагітності, без зв'язку з безпосередньою акушерською причиною, проте обтяженою фізіологічним впливом вагітності.

За даними Державної служби статистики України, у 2014 році зареєстровано 71 випадок материнської смерті. При аналізі материнської смертності важливо враховувати структуру її причин. Згідно з даними МОЗ України, у 2014 році, як і в попередні роки, основною причиною залишається екстрагенітальна патологія (захворювання, за яких вагітність загрожує життю жінок).

Від екстрагенітальної патології (ЕГП) у 2014 році померло 15 жінок, що склало 22,7%

¹ Згідно з МКХ-10, позначаються кодами 000–095 класу XV за кодом А34 «Акушерський правець» класу I.



Таблиця 2.5.3 Ранжування випадків материнської смертності за її причинами, 2008–2014 роки

Рік	I місце	II місце	III місце	IV місце	V місце
2008	ЕГП	Кровотечі	ЕНВ	Гестози	Інші
2009	ЕГП	Кровотечі	Сепсис	ЕНВ	ТЕЛА
2010	ЕГП	Кровотечі	Сепсис	ТЕЛА	Аборти
2011	ЕГП	Кровотечі	Сепсис	ТЕЛА	Гестози
2012	Кровотечі	ЕГП	Сепсис	ЕНВ	ТЕЛА
2013	ЕГП	Кровотечі	ТЕЛА	ЕНВ	Гестози та сепсис
2014	ЕГП	Сепсис	ТЕЛА	Кровотечі	Гестози

Джерело: Міністерство охорони здоров'я України.

* Див. зауваження на с. 2.

від усіх випадків МС. Це менше ніж у 2013 році як в абсолютному (20), так і у відносному вимірі (34,5 %). Найбільш поширеною причиною смертей залишаються серцево-судинні захворювання.

Згідно з даними МОЗ, за період з 2008 по 2014 рік структура причин МС дещо змінювалася.

До 2013 року кровотеча залишалась однією з основних причин материнської смертності, яку у більшості випадків можна попередити. Важливо зазначити зменшення кількості випадків акушерських кровотеч, які призвели до смерті жінки. Також зменшилася кількість випадків материнської смертності, пов'язаних з абортами. Протягом останніх 5 років в Україні не зафіксовано випадків смерті жінки від абортів в лікувальному закладі. Показник МС, спричинених абортom, який почався або був зроблений поза лікувальним закладом, також зменшився – з 6 випадків у 2010 році до 3 випадків у 2014 році.

Зниження показників материнської смертності за останні роки зумовлено такими чинниками: впровадження сучасних медичних технологій, заснованих на фактологічних даних, у щоденну практику пологових відділень (будинків); підвищення професійного рівня медичних працівників; оновлення інфраструктури окремих медичних закладів згідно з сучасними стандартами та вдосконалення системи управління. Досягненню цілі також сприяли заходи, передбачені Державною програмою «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року, які були здійснені завдяки потужній міжнародній технічній допомозі. Серед таких заходів слід відмітити²:

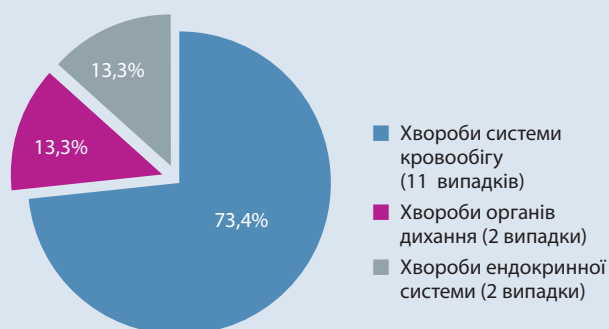
- ✓ охоплення 98% вагітних антенатальним доглядом;³
- ✓ регіоналізація перинатальної допомоги;
- ✓ забезпечення акушерських відділень препаратами для надання невідкладної медичної допомоги у разі кровотечі;
- ✓ упровадження клінічних протоколів із сучасних перинатальних технологій згідно з рекомендаціями ВООЗ;
- ✓ розробка та впровадження системи інфекційного контролю в акушерських стаціонарах⁴;
- ✓ облік жінок з тяжкими екстрагенітальними захворюваннями, які загрожують життю жінок у разі вагітності та пологів, та безоплатне забезпечення їх контрацептивами;
- ✓ часткове впровадження системи аудиту материнської та перинатальної смерт-

² Звіти про реалізацію Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року МОЗ України до Кабінету Міністрів України за 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 роки.

³ Статистично-аналітичний довідник «Стан здоров'я жіночого населення в Україні» МОЗ України ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», дані за 2006–2013 роки.

⁴ Наказ МОЗ України 10.05.2007 № 234 «Про організацію профілактики внутрішньо лікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах».

Рис. 2.5.2 Екстрагенітальні захворювання, які спричинили випадки материнської смертності, 2014 рік*

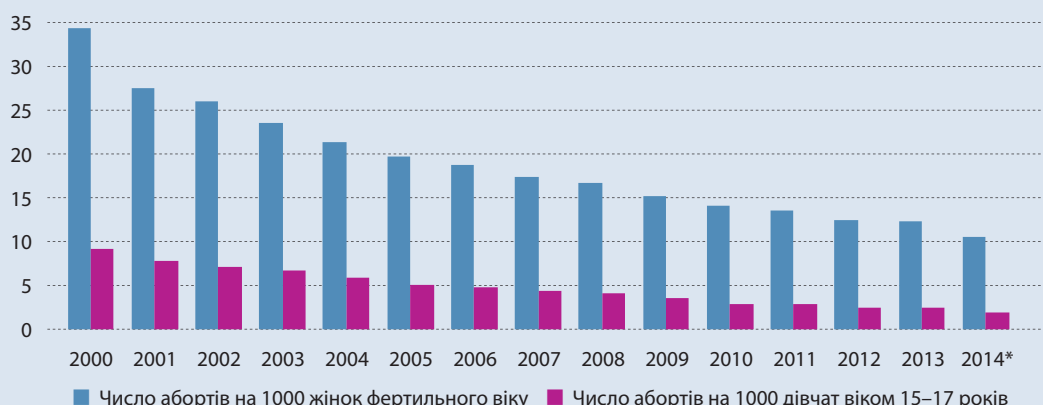


Джерело: Міністерство охорони здоров'я України.

* Див. зауваження на с. 2.



Рис. 2.5.3 Рівень абортів в Україні, 2000–2014 роки



Джерело: Міністерство охорони здоров'я України.

* Див. зауваження на с. 2.

- ності в родопомічних закладах відповідно до методології ВООЗ;
- ✓ упровадження Національного проекту «Нове життя. Нова якість охорони материнства та дитинства», у рамках якого створено мережу закладів охорони здоров'я III рівня у сфері акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги (перинатальних центрів) у 12 областях України та в Автономній Республіці Крим та забезпечення їх інноваційними технологіями та сучасним обладнанням;
- ✓ упровадження концепції «комплексної медичної допомоги у випадку небажаної вагітності», тобто безпечного переривання вагітності у першому та другому триместрах вагітності згідно з рекомендаціями ВООЗ⁵;
- ✓ забезпечення професійної підготовки та підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу родопомічних закладів для застосування сучасних технологій в акушерській практиці, що базуються на доказовій медицині;
- ✓ створення сучасних стимуляційних навчальних центрів на базі обласних медичних закладів⁶;
- ✓ запровадження «Школи відповідального батьківства» для майбутніх батьків у більшості профільних медичних закладів, розроблення та поширення інформаційно-просвітницьких матеріалів.

Переривання вагітності. В Україні спостерігається стійка тенденція до зниження рівня

абортів. За 2000–2014 роки показник абортів на 1000 жінок віком 15–49 років зменшився майже утричі (з 32,10 до 10,37 на 1000 жінок фертильного віку). Дані офіційної статистики доповнює інформація, отримана під час опитування, проведеного у 2012 році: 13,9% вагітностей, що мали місце протягом попередніх трьох років, закінчилися абортами⁷, що свідчить про певний прогрес порівняно з даними попереднього дослідження, проведеного у рамках Медико-демографічного обстеження України у 2007 році⁸ (25,3%). Більше половини респонденток (58,2%) мали одноразовий досвід здійснення абортів, 37,2% вдавалися до нього 2–3 рази і дещо менше ніж 5% – 4 і більше разів.

Тенденція до зниження кількості абортів притаманна всім віковим групам, у тому числі й групі дівчат-підлітків віком 15–17 років. Показник підліткової вагітності знизився з 17,76 у 2001 році (на 1000 дівчат 15–17 років) до 11,83 у 2014 році. Показник штучного переривання вагітності знизився з 7,74 на 1000 дівчат-підлітків у 2001 році до 1,83 у 2013 році, тобто молоді дівчата частіше вирішують народжувати дитину, а не переривати вагітність. Попри помітне зниження рівня абортів проблема підліткової вагітності залишається суттєвою.

У 2014 році було зареєстровано 109 358 абортів (10,4 на 1000 жінок фертильного віку, або 24,7 на 100 пологів). З них за

⁵ Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition, World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Geneva, 2012.

⁶ Українсько-Швейцарська програма «Здоров'я матері та дитини» www.mch.org.ua

⁷ Ukraine Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2012 / Statistics Service of Ukraine, Ukrainian Institute for Social Reforms, Statinformconsulting UNICEF, USAID. – Kyiv, 2013.

⁸ Медико-демографічне обстеження України 2007 року: Основні результати. Український центр соціальних реформ (УЦСР), Державний комітет статистики України і агентство «Macrolnternational, Inc.» 2008.



бажанням жінки проведено 63 281 (57,9%) абортів, або 6,3 на 1000 жінок фертильного віку; інші майже 42% становлять переривання за медичними показаннями, самовільні аборти, завмерлі вагітності тощо.

Для попередження материнської смертності та післяабортних ускладнень протягом 2009–2013 років було удосконалено нормативно-правову базу щодо надання комплексної медичної допомоги у випадках небажаної вагітності⁹. Упроваджено відповідний клінічний протокол та затверджено організаційний наказ, який базується на рекомендаціях ВООЗ щодо безпечного переривання вагітності. Застосування безпечних методик, обов'язкове до- та післяабортне консультування, включаючи післяабортний підбір засобів контрацепції, дозволяють зберегти репродуктивну функцію жінки та попередити повторні випадки незапланованої вагітності. Переривання вагітності у другому триместрі є одним з найбільш загрозливих чинників ризику материнської смертності. У 2013 році всі випадки МС від абортів якраз були спричинені перериванням вагітності у другому триместрі. Тому проблема безпечного переривання вагітності у другому триместрі має стати предметом додаткових досліджень, що передбачають облік та ретельний аналіз таких випадків переривання вагітності. Це дозволить визначити заходи, спрямовані на підвищення якості надання медичних послуг у таких ситуаціях.

Зниженню рівня абортів сприяла діяльність служби планування сім'ї та активізація освітньо-профілактичної роботи з населенням та молоддю. Значний внесок у покращання ситуації було зроблено шляхом підвищення поінформованості про засоби контрацепції та створення системи надання медичних послуг на засадах дружнього до молоді підходу. Станом на 2014 рік в Україні функціонує понад 150 «Клінік, дружніх до молоді». За результатами опитування «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді», проведеного у 2014 році Українським інститутом соціальних досліджень імені О. Яременка за підтримки ЮНІСЕФ, зменшилася частка дітей підліткового віку, які мають досвід статевого життя (24% у віковій групі 13–17 років). Про застосування презерватива як засобу кон-

трацепції та захисту при останньому статевому контакті повідомляє більшість підлітків з тих, хто вже має статеві стосунки (від 51,6% 13-річних до понад 78,7% 15-річних). Водночас збільшилася частка підлітків, які починають статеве життя у віці до 15 років. Однією з причин такої тенденції може бути недостатнє охоплення інформаційно-просвітницькими заходами дітей цього віку та їх батьків.

Зниження рівня абортів відбувається на тлі підвищення частоти використання сучасних методів контрацепції та зниження рівня незадоволених контрацептивних потреб українських жінок. Згідно з даними МОЗ України, рівень використання внутрішньоматкових та гормональних контрацептивів станом 2013 рік складав 342,9 на 1000 жінок фертильного віку. Рівень використання контрацептивів ілюструють дані опитування жінок репродуктивного віку у рамках Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС-2012), згідно з яким кожна друга опитана жінка (53,6%) повідомила, що користувалася певним методом запобігання вагітності у своєму житті, причому 48,9% із них практикували сучасні методи і 31,9% – традиційні¹⁰.

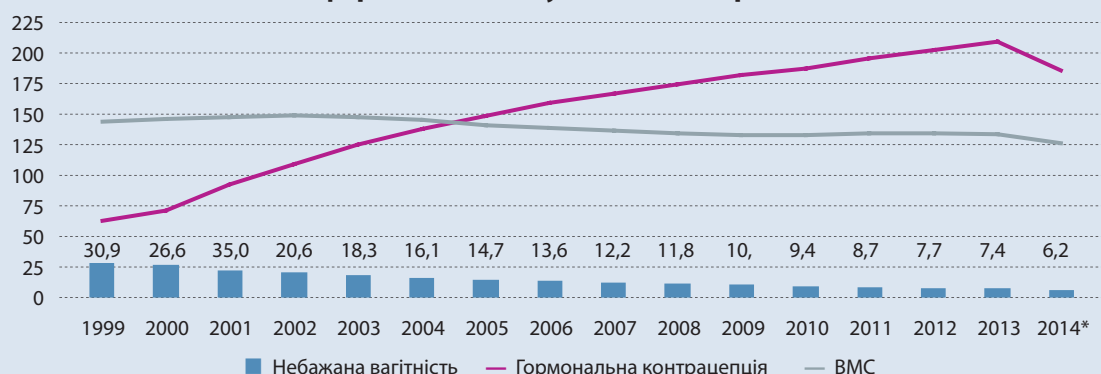
Дані МОЗ України за 2014 рік демонструють зниження частоти використання гормональної контрацепції та внутрішньоматкових контрацептивів (рис. 2.5.4). У 2014 році виникла нова тенденція до зменшення застосування гормональної контрацепції. Це викликає занепокоєння та потребує подальшого аналізу для з'ясування того, чи зменшилося застосування цих методів контрацепції (з можливим збільшенням використання інших, таких як сперміциди, пластири, презервативи тощо), чи має місце загальне зниження рівня використання всіх видів контрацепції. Необхідно зазначити, що більшість контрацептивів, наявних на ринку України, імпортного виробництва, тому їх ціна зросла пропорційно зростанню курсу гривні до долара США та євро. Значне подорожчання контрацептивів може зробити їх менш доступними для споживачів, що є однією з вірогідних причин зменшення випадків їх використання. Водночас доступність і забезпеченість контрацептивами жінок з тяжкими екстрагенітальними патологіями є ключовим чинником попередження материнської смертності.

⁹ Наказ №423 від 24 травня 2013 року «Про затвердження Порядку надання комплексної медичної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення».

¹⁰ Ukraine Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2012 / Statistics Service of Ukraine, Ukrainian Institute for Social Reforms, Statinformconsulting UNICEF, USAID. – Kyiv, 2013.



Рис. 2.5.4 Показники небажаної вагітності та її профілактики (на 1000 жінок фертильного віку), 1999–2014 роки



Джерело: Міністерство охорони здоров'я України.

* Див. зауваження на с. 2.

ПРОБЛЕМИ ТА НОВІ ВИКЛИКИ

Загальний стан здоров'я дівчат та жінок репродуктивного віку зумовлює перебіг та можливі ускладнення під час вагітності та пологів. На жаль, протягом останніх років спостерігається погіршення стану здоров'я та підвищення рівня захворюваності на неінфекційні хвороби. Стан здоров'я вагітних жінок також не можна назвати задовільним: серед кожних 100 жінок, які перебували під наглядом жіночих консультацій МОЗ України під час вагітності, анемію зареєстровано у 25 осіб, хвороби сечостатевої системи – у 14, хвороби системи кровообігу – у 6, дисфункцію щитовидної залози – у 9 жінок¹¹.

На здоров'я матерів також впливають поведінкові чинники, насамперед тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків, ризикова сексуальна поведінка, недбале ставлення до перебігу вагітності тощо. Як свідчать соціологічні дослідження, значна частка жінок в Україні палить (постійно або епізодично). Проте позитивним фактом є те, що поширеність тютюнопаління серед жінок наймолодшого віку скорочується. За даними репрезентативного національного дослідження, проведеного у 2013 році Київським міжнародним інститутом соціології серед дорослого населення України, 12,8% жінок повідомили, що курять, серед них 22,6% жінок – віком молодше 30 років (у 2000 році – 38,7%)¹². Ця тенденція підтверджується даними Мультиіндикатор-

ного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС-2012): серед дівчат віком 15–19 років поширеність тютюнопаління є суттєво меншою, ніж серед їх одноліток у 2007 році (МДОУ-2007). Однак турбує те, що серед жінок, які курять, поступово збільшується частка тих, хто викурює 5–10 сигарет на добу – з 40% на початку 2000-х років до 60–70% у 2010–2013 роках.

Такі негативні аспекти способу життя, як депресія, насильство з боку статевого партнера і стрес також є факторами ризику розвитку ускладнень вагітності, передчасних пологів та материнської смертності (особливо серед вагітних жінок із соціально незахищених верств населення або з груп ризику). У зв'язку з військовим конфліктом у 2014 році в Україні виникла нова категорія населення – внутрішньо переміщені особи (ВПО), серед яких найбільшу частку складають саме жінки та діти. Жінки з цієї групи можуть стикатися з обмеженим доступом до якісних послуг антенатального та пренатального догляду, що також підвищує ризики ускладнень під час вагітності й пологів.

Таким чином, незважаючи на значний прогрес у досягненні визначених на 2015 рік цільових показників, сталість результатів не може бути гарантованою у зв'язку з ускладненням економічної та соціальної ситуації в країні, а також низкою загальних проблем у системі охорони здоров'я, зокрема неадекватністю системи фінансування галузі.

Не всі нововведення, що покращили якість пренатальної допомоги на рівні окремих пілотних регіонів, отримали організаційне

¹¹ Стан здоров'я жіночого населення у Україні за 2013 рік, Статистично-аналітичний довідник, ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України», Київ, 2014.

¹² Контроль над тютюном в Україні. Другий Національний звіт, МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Київ, 2014.



та методологічне підкріплення для національного поширення. Існують ризики, що багато успішних напрацювань, створених та апробованих завдяки міжнародній технічній допомозі, можуть бути втраченими, якщо вони не будуть інтегровані у загальну систему надання медичних послуг.

Створена нормативно-правова база надання перинатальної допомоги. Проте процес регіоналізації відбувається нерівномірно. Для поліпшення якості та доступності перинатальної допомоги, необхідно прискорити цей процес (з охопленням усіх регіонів України).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Для забезпечення сталості досягнутих результатів у сфері безпечного материнства та збереження репродуктивного здоров'я **необхідно забезпечити послідовну політичну підтримку** та визначити напрями відповідної державної стратегії (з програмними заходами).

Для зниження частоти абортів, передчасних пологів, ускладнень при пологах та випадків материнської смерті необхідно підвищити ефективність служби планування сім'ї та на практиці забезпечити дотримання прав жінок з одночасним покращанням якості допомоги до вагітності, під час вагітності та між вагітностями.

Процес **реформування системи охорони здоров'я** потребує інтеграції послуг з планування сім'ї, антенатального догляду, профілактики та терапії хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ) в діяльність первинної ланки надання медико-санітарної допомоги. Зростання поширеності ХНІЗ, таких як хвороби серцево-судинної, ендокринної системи, органів дихання, а також пов'язаного з ними підвищеного ризику материнської смерті, потребує вдосконалення їх антенатальної діагностики та терапії. Важливим є процес консультування щодо використання ефективних методів контрацепції для жінок з екстрагенітальною патологією. Проте не менш важливим є підготовка до вагітності жінок цієї категорії, удосконалення спостереження під час вагітності та підвищення поінформованості жінки про ознаки ускладнень, що вимагають негайної медичної допомоги.

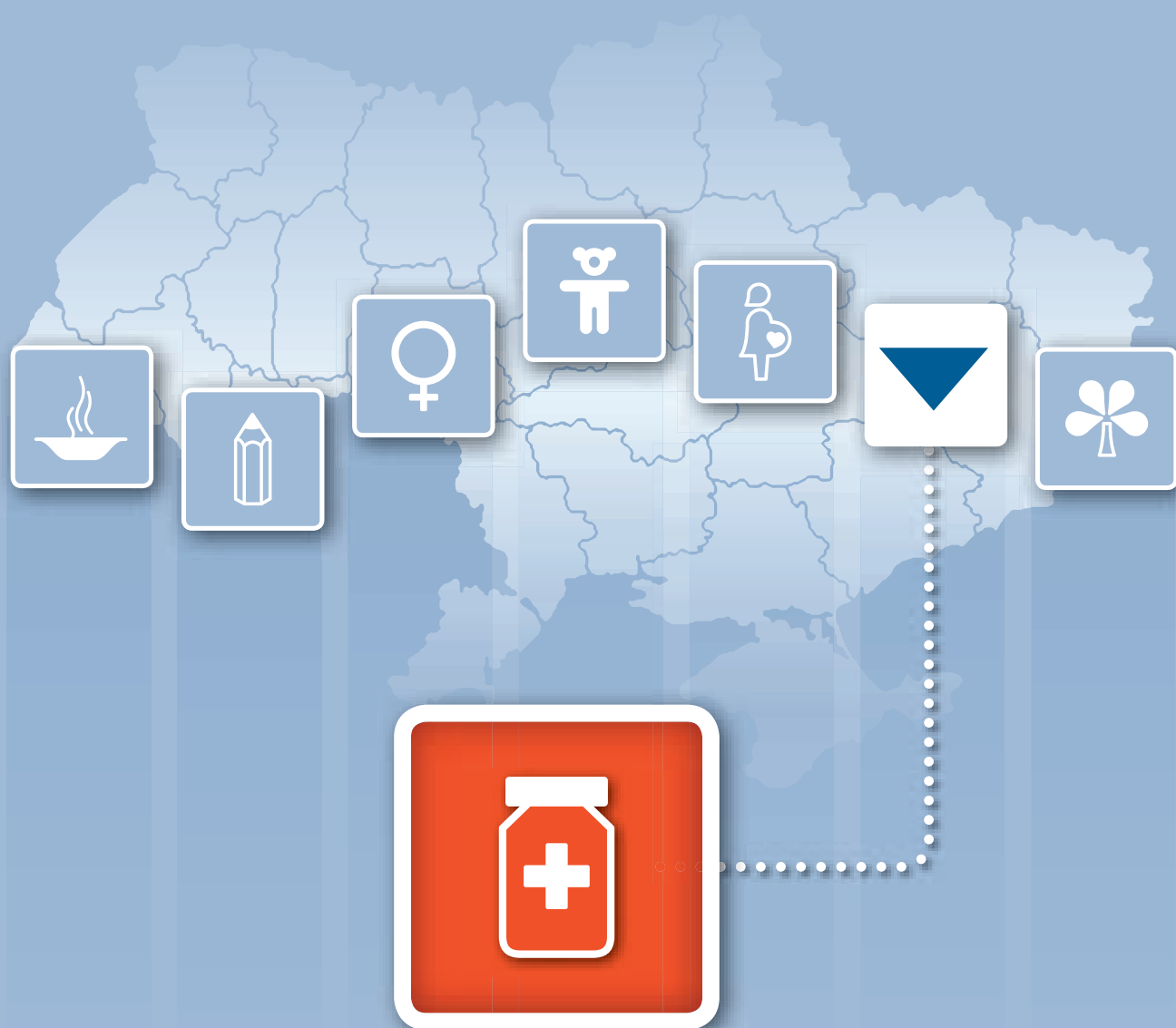
Загальне погіршення економічної ситуації та зниження купівельної спроможності населення зумовлює зменшення доступності контрацепції для більшості категорій населення. Це породжує ризики зростання кількості абортів та випадків материнської смертності серед жінок, насамперед жінок з екстрагенітальною патологією. Таким чином, необхідно забезпечити доступність сучасних контрацептивів для цієї групи жінок.

Необхідно вжити належні заходи для **забезпечення доступності послуг з питань планування сім'ї та перинатальної допомоги для жінок з інвалідністю**. Ураховуючи нозологічні особливості, слід забезпечити інфраструктурну та архітектурну доступність послуг, забезпечених відповідним обладнанням та роботою закладів охорони здоров'я.

Крім того, необхідна **інтеграція просвітницьких заходів у систему антенатального догляду** з метою зниження частоти передчасних пологів і поліпшення здоров'я матері та дитини. Такий інтегрований підхід включає реалізацію програм, спрямованих на підвищення уваги вагітних жінок до власного здоров'я, контроль за умовами праці вагітних, запобігання насильству в сім'ї тощо.

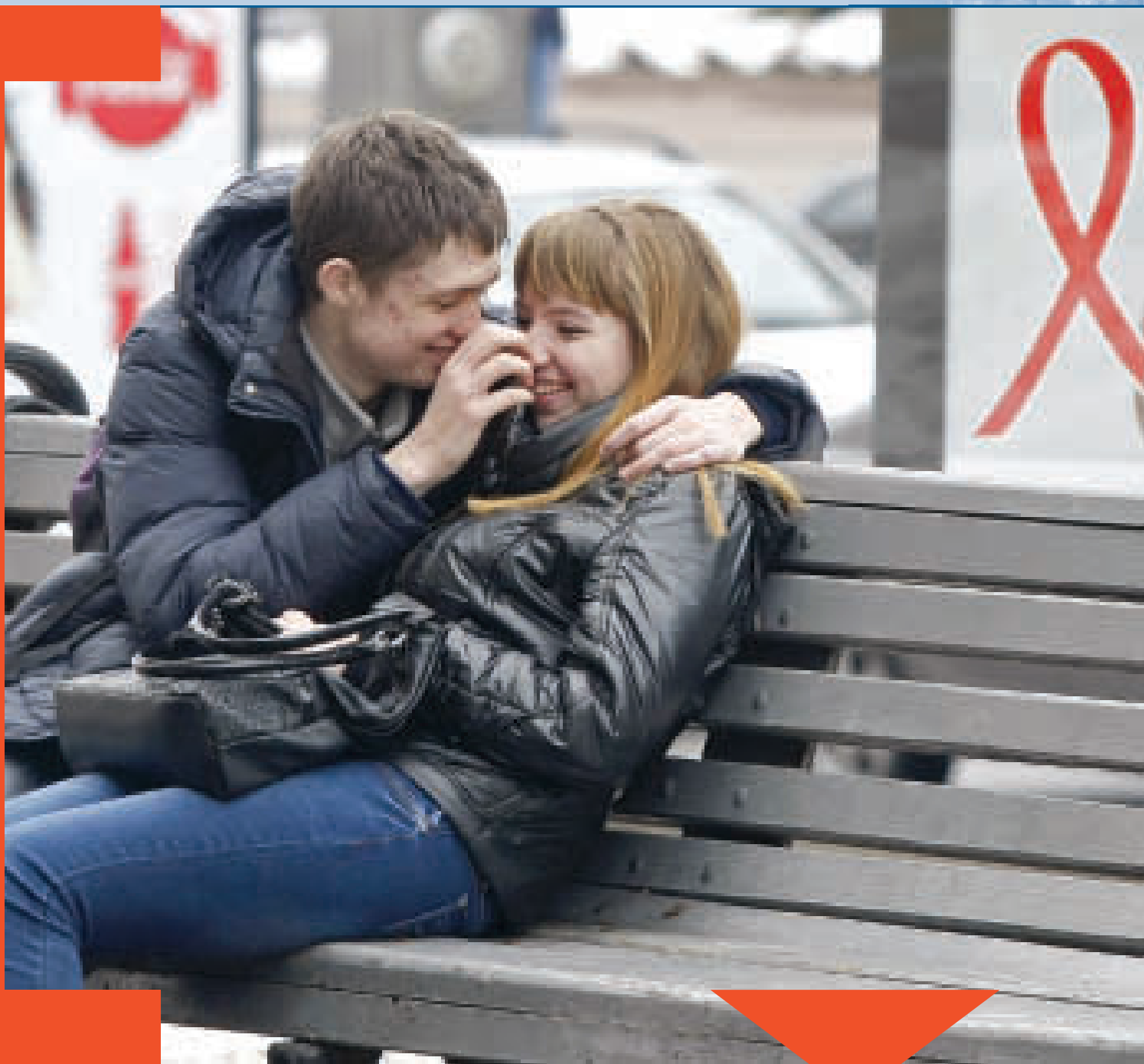
Продовження військових дій та руйнування інфраструктури, включаючи заклади охорони здоров'я в густонаселених регіонах України, вимагають розроблення заходів, спрямованих на забезпечення надання послуг з перинатальної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій. Також необхідно гарантувати доступність та якість послуг для внутрішньо переміщених осіб і постраждалих від бойових дій.

Нагальною необхідністю є реалізація профілактичних програм для формування відповідального ставлення до власного здоров'я (як загального, так і репродуктивного) та батьківства, а також для поширення практики відмови від ризикованої сексуальної поведінки та шкідливих звичок, особливо серед малозабезпечених груп населення, сільських мешканців, мігрантів, представників етнічних меншин. Доцільно також привернути суспільну увагу до впровадження комплексних профілактичних програм та програм статевого виховання для підлітків і молоді на всіх етапах загальної освіти (початкової, середньої, професійної освіти).



ЦІЛЬ 6

ОБМЕЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ
ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ
ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ
І ЗАПОЧАТКУВАННЯ
ТЕНДЕНЦІЇ ДО СКОРОЧЕННЯ
ЇХ МАСШТАБІВ



**РІВЕНЬ ДОСТУПНОСТІ
АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ПІДВИЩЕНО**

(З **3,056** ПАЦІЄНТІВ У 2005 РОЦІ ДО **66,409** ПАЦІЄНТІВ В 2014 РОЦІ)

В УКРАЇНІ **223 ТИС. ЛЮДЕЙ** Є ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ

РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ
ЗНИЖЕНО НА ЧВЕРТЬ ПОРІВНЯНО З 2005 РОКОМ –
З **84** ДО **60** ВИПАДКІВ НА 100 ТИС. НАСЕЛЕННЯ

РІВЕНЬ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ВІД
МАТЕРІ ДО ДИТИНИ **ЗМЕНШЕНО**
З **27,8%** У 2001 РОЦІ ДО **4,3%**



ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

ЗАВДАННЯ	ІНДИКАТОРИ
Завдання 6.А: Зменшити на 13% темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІДУ	6.1. Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення
	6.2. Темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІДУ, %
	6.3. Кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, на 100 тис. населення
	6.4. Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, %
Завдання 6.В: Зменшити на 20% рівень захворюваності на туберкульоз (порівняно з 2005 роком)	6.5. Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом туберкульозу (у тому числі органів дихання) на 100 тис. населення
	6.6. Кількість померлих від туберкульозу на 100 тис. населення

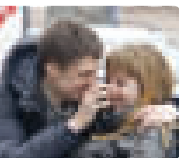
ДИНАМІКА ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ В УКРАЇНІ

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015
Індикатор 6.1. Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення															
12,9	14,4	18,2	21,0	25,7	29,3	34,5	38,1	41,2	43,2	44,7	46,2	45,5	47,2	...	49,1
Індикатор 6.2. Темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІДУ, %															
...	+11,6	+26,4	+15,4	+22,4	+14,0	+17,7	+10,4	+8,1	+4,9	+3,3	+3,6	-1,6	+4,6**	...	+4,0
Індикатор 6.3. Кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, на 100 тис. населення															
1,0	1,5	2,3	3,8	5,5	7,7	8,8	9,8	11,2	11,7	12,3	12,6	12,5	11,5	10,2	8,0
Індикатор 6.4. Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, %**															
...	27,80	10,00	10,00	8,20	7,70	7,10	6,20	6,30	4,70	4,90	3,73	4,31	...	...	2,00
Індикатор 6.5. Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом туберкульозу (у тому числі органів дихання) на 100 тис. населення															
60,4	69,5	76,0	77,8	81,2	84,4	83,4	80,1	78,0	72,7	68,4	67,2	68,1	67,9	59,5	67,5
Індикатор 6.6. Кількість померлих від туберкульозу на 100 тис. населення															
22,3	22,7	20,5	21,8	22,7	23,5	22,3	22,6	22,4	18,2	16,6	15,2	15,2	14,1	11,2	15,0

У таблиці наведені наявні фактичні дані Державної служби статистики України та Українського центру контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України до 2013 року включно та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).

* Див. зауваження на с. 2.

** За індикатором 6.4 наведено фактичні дані до 2012 року включно (оскільки встановлення наявності ВІЛ-інфекції, тобто підтвердження або виключення діагнозу, триває 18 місяців після народження дитини, тому національний показник визначається лише через два роки після народження дитини).



ЗАВДАННЯ 6.А: ЗМЕНШИТИ НА 13% ТЕМПИ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Масштаби епідемії ВІЛ-інфекції в Україні продовжували зростати протягом 2000–2014 років. Частота ВІЛ-інфекції знизилася з 11,6% вище показника 2000 р. у 2001 році до 4,6% у 2013 році¹. За оцінками «Spectrum», у 2014 році в Україні проживало 223 000 людей, що живуть з ВІЛ (усі вікові категорії). З початку епідемії у понад 75,5 тисяч громадян України було діагностовано кінцеву стадію інфекції ВІЛ/СНІД і понад 35 тисяч осіб померли від хвороб, зумовлених ВІЛ. Протягом останніх років епідемія продовжувала поширюватися серед населення загалом значною мірою за рахунок збільшення ролі статевого шляху передачі ВІЛ. Завдяки реалізації комплексу заходів, передбачених Загальнодержавною програмою боротьби з ВІЛ-інфекцією на 2009–2013 роки, а також підтримці Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та інших міжнародних організацій у країні з'явилися перші ознаки стабілізації епідемії ВІЛ-інфекції.

Наразі, найбільш значимими досягненнями є зменшення числа випадків ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, розширення доступу до антиретровірусної терапії (АРТ), зниження смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, розширення участі неурядових організацій (НУО) у забезпеченні догляду та поліпшення підтримки людей, що живуть з ВІЛ.

Незважаючи на те, що Україна переживає другу за масштабом епідемію в регіоні Східної Європи та Центральної Азії, а рівень смертності від СНІДу становить 25%, вона стала регіональним чемпіоном у запровадженні важливих програм протидії ВІЛ: темпи передачі ВІЛ від матері до дитини знизилися, охоплення лікуванням ВІЛ зросло у 20 разів і зараз охоплює 66 000 осіб, які живуть із ВІЛ, масштаби опіоїдної замісної терапії збільшилися від 160 осіб, які вживають наркотики, до понад 8 500.

Якраз тоді, коли Україна вступила у складний етап боротьби з епідемією ВІЛ, у країні почалася глибока соціально-економічна криза та військові дії на сході. Ці події прогнозовано сприятимуть негативний вплив на стан справ із ВІЛ, причому стосовно всієї території України й особливо – території, що тимчасово не контролюється урядом.

Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки передбачає реалізацію широкого пакету заходів з метою стабілізації епідемії шляхом забезпечення доступу населення до широкомасштабних профілактичних заходів та підвищення якості існуючої системи лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ/СНІД.

КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

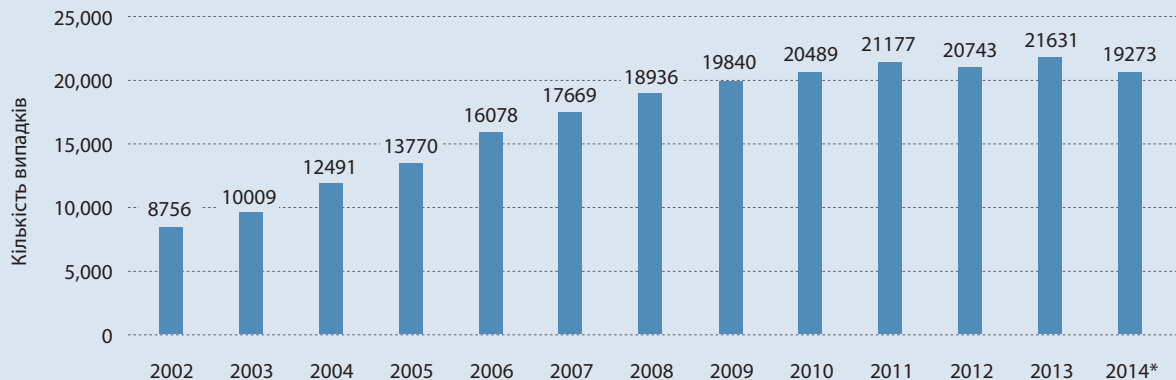
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію загалом. Починаючи з 1999 року і до 2011 року включно, кількість випадків ВІЛ-інфекції щорічно збільшувалася (рис. 2.6.1), проте за останні п'ять років вона залишалася в середньому на рівні 20 000 випадків. Показник захворюваності, тобто кількість осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, у 2012 році порівняно з попереднім роком зменшився з 46,5 до 45,5 на 100 тис. населення (цільовий показник 2015 року – 49,1). Таке зниження було розцінене як свідчення зменшення інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.

У 2013 році показник захворюваності знову зріс до 47,6 на 100 тис. населення, а в 2014 році знизився порівняно з 2013 роком до рівня 44,8 на 100 тис. населення, або на 5,0%, насамперед через ненадання відповідних даних із закладів охорони здоров'я АР Крим та м. Севастополя. Прогнозований показник на 2015 рік, розрахований на підставі даних 2012–2014 роки й без урахування даних для АР Крим та м. Севастополя, складатиме орієнтовно 45,5 випадків на 100 тис населення, тобто темп приросту складатиме +1,6%. Таке зростання очікується внаслідок продовження бойових дій на сході країни і збільшення кількості вимушених переселенців з Донецької та Луганської

¹ Міністерство охорони здоров'я України, «ВІЛ-інфекція в Україні», Інформаційний бюлетень № 41, МОЗ, Київ, 2014 р.



Рис. 2.6.1 Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, 2002–2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України, Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України.

* Див. зауваження на с. 2.

областей – регіонів, найбільш уражених епідемією ВІЛ-інфекції. Окрім того, в 2014 році вже сформувався дефіцит тест-систем для обстеження на ВІЛ-інфекцію. Це може призвести до збільшення у наступні роки кількості ВІЛ-позитивних осіб, яких потім може бути виявлено за умови постачання діагностичних тест-систем у запланованих обсягах.

Оцінка кількості нових випадків інфікування ВІЛ за даними офіційної статистики залишається проблематичною, оскільки до цього часу в Україні не впроваджені сучасні достовірні методи лабораторної діагностики, що дозволяють визначити так зване «раннє» інфікування на відміну від випадків зараження, що сталося за декілька років до моменту виявлення випадку ВІЛ-інфекції. Тому, відповідно до рекомендацій ЮНЕЙДС і ВООЗ, для оцінки числа нових випадків застосовується непрямий підхід, що базується на аналізі тенденцій інфікованості ВІЛ серед осіб молодших вікових груп (15–19 та 20–24 років).

У цьому контексті в Україні спостерігається стала тенденція до зниження частки молодих осіб віком 15–24 років серед загальної кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (з 12,0% у 2009 році до 6,7% у 2014 році) і, відповідно, показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення цієї вікової групи (з 35,5 на 100 тис. населення 15–24 років у 2009 році до 25,5 у 2014 році).

Профілі випадків ВІЛ-інфекції. Протягом 2005–2014 років в Україні спостерігалася стала тенденція до збільшення частки ВІЛ-

інфікованих осіб старше 30 років серед загальної кількості випадків ВІЛ – з 71,9% до 82,5% серед чоловіків та з 51,4% до 65,2% серед жінок. Це означає, що хвороба продовжує вражати найбільш працездатне та репродуктивне населення країни, що поступово призводить до загострення вже існуючих негативних демографічних і соціально-економічних тенденцій. В Україні серед ВІЛ-інфікованих осіб, як і раніше, переважають чоловіки, але постійно зростає частка жінок – у 2014 році вона склала майже 44,2%. Динаміка реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції з огляду на місце проживання хворих свідчить, що епідемія повільно поширюється серед сільського населення країни. Відсоток осіб, які проживають у сільській місцевості, від загальної кількості вперше зареєстрованих хворих на ВІЛ-інфекцію, протягом 2009–2014 роки зріс з 21,0% до 24,4%.

Починаючи з 2008 року, в Україні відбувається зміна двох домінуючих шляхів передачі збудника ВІЛ-інфекції – з передачі при вживанні ін'єкційних наркотиків на статевий, переважно при гетеросексуальних контактах (рис. 2.6.2).

Групи підвищеного ризику ВІЛ-інфікування. Як і в попередні роки, у поширенні епідемії ВІЛ-інфекції в Україні провідну роль відіграють представники груп підвищеного ризику, зокрема споживачі ін'єкційних наркотиків (СН), чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), працівники комерційного сексу (ПКС) та їх партнери.

Реалізація масштабних заходів профілактики серед споживачів ін'єкційних нарко-

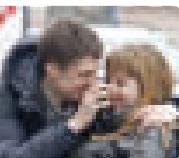
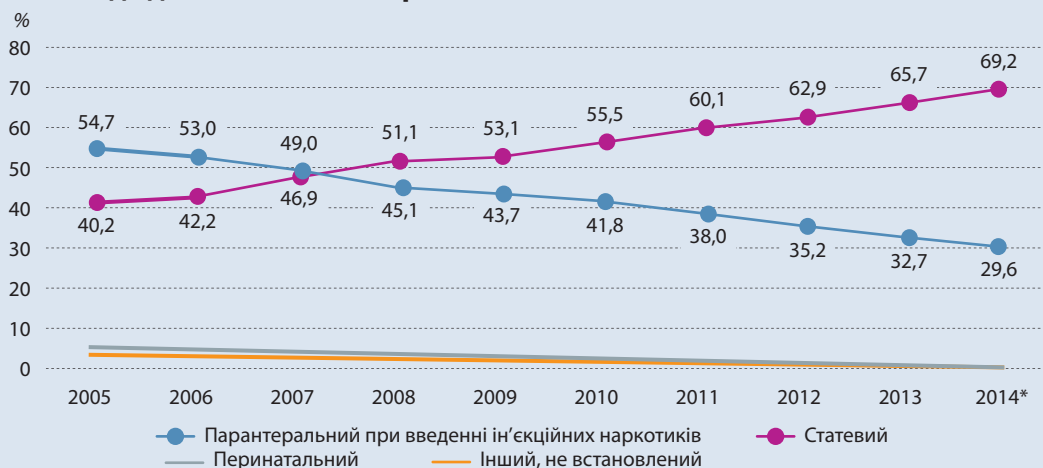


Рис. 2.6.2 Зміна структури шляхів передачі ВІЛ серед уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, з урахуванням показника передачі ВІЛ від матері до дитини, 2005–2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України, Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України.

* Див. зауваження на с. 2.

тиків, яку було розпочато близько 12 років тому, суттєво вплинула на уповільнення епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. За даними рутинного епідеміологічного нагляду, в Україні відбувалося поступове зменшення кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед СІН. Ця тенденція виникла у 2006 році і триває досі. Упродовж останніх восьми років число зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед СІН знизилось на 34,5% (з 7 127 у 2006 році до 4 670 у 2014 році), при цьому частка ВІЛ-інфікованих СІН серед усіх зареєстрованих за рік випадків зменшилася з 44,3% до 24,2%. Це є свідченням реального зниження інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції серед групи високого ризику.

За результатами інтегрованого біоповедінкового дослідження (ІБПД), проведеного в 2013 році у 29 містах країни, поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН становила 19,7%. Це дещо нижче за показники 2011 та 2009 років (21,6%). Рівень поширеності ВІЛ відрізняється за статтю, віком і стажем вживання ін'єкційних наркотиків. Так, серед жінок СІН позитивний результат тесту отримали 22,4%, а серед чоловіків – 18,8%. Поширеність ВІЛ зростає з віком. Показник ВІЛ-інфікування у групі підлітків (18–19 років) становить 2,3%. Серед 20–24-річних питома вага ВІЛ-інфікованих збільшується до 7,2%. У групі 25–34-річних СІН отримано 16,1% позитивних тестів на ВІЛ, а серед СІН віком від 35 років і старше позитивний результат тесту на ВІЛ вже мали більше чверті опитаних (27,6%). Подібний тренд характеризує

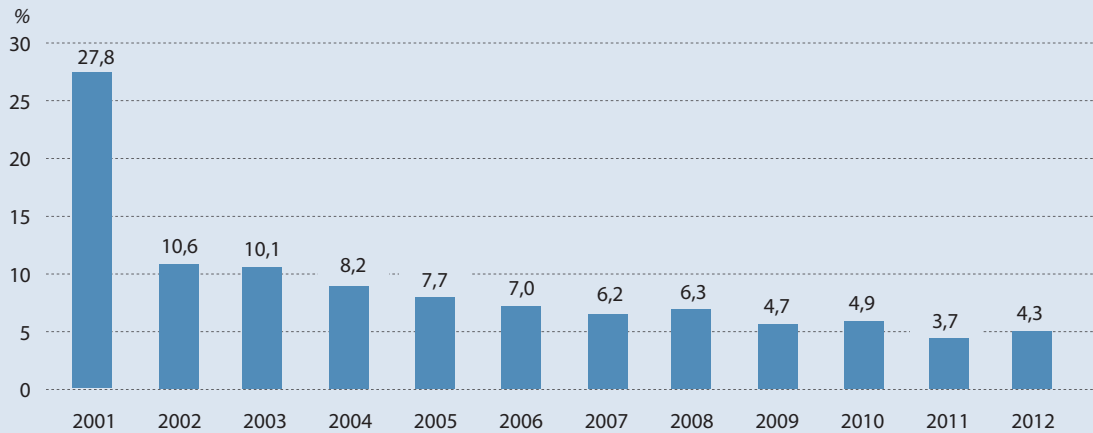
й відмінності в рівні поширеності ВІЛ за стажем вживання наркотиків. Якщо серед СІН, які вживають ін'єкційні наркотики до 2-х років, питома вага ВІЛ-інфікованих становить 3,5%, то серед СІН зі стажем від 11 років та більше – 26,6%.

Все більшого епідемічного значення набуває група, яка має підвищений ризик інфікування ВІЛ статевим шляхом, а саме, **чоловіки, які мають секс із чоловіками**. Кількість офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи в країні збільшується щороку – з 20 осіб у 2005 році до 277 у 2014 році, без урахування даних АР Крим та м. Севастополь. Водночас офіційні дані не відображають фактичний рівень поширення ВІЛ у цій групі населення, адже такі особи досі зазнають стигматизації та приховують свою сексуальну орієнтацію. За результатами того ж ІБПД, проведеного у 2013 році у 28 містах України 5,9% серед досліджених ЧСЧ виявилися ВІЛ-позитивними, що нижче, ніж у минулі роки – у 2007, 2009 та 2011 роках таких було, відповідно, 11,0%, 9,0% та 6,4%. Дані поведінкових досліджень щодо практикування ЧСЧ бісексуальних контактів та недостатнього рівня використання ними презервативів свідчать про те, що ця група відіграє все ще приховану, але суттєву роль у поширенні ВІЛ серед загального населення.

В Україні випадки ВІЛ-інфекції серед **працівників комерційного сексу** не реєструються офіційною статистикою, проте результати



Рис. 2.6.3 Динаміка частоти передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні за результатами серологічних досліджень, 2001–2012 роки



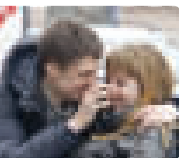
Джерело: Державна служба статистики України, Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України.

дозорних епідеміологічних досліджень вказують на достатньо високий рівень поширення ВІЛ серед представників цієї групи ризику. За результатами ІБПД, проведених серед працівників комерційного сексу у 2013 році у 27 містах України, поширеність ВІЛ-інфекції серед ПКС становить 7,3%. У групі ПКС, які вживали ін'єкційні наркотики за останні 30 днів, питома частка ВІЛ-інфікованих становить більше чверті (27,7%), що майже в п'ять разів вище за показник у групі ПКС без такого досвіду. Активна участь жінок-СІН у наданні сексуальних послуг за плату є вагомим чинником можливої генералізації епідемії через залучення у процес чоловіків-клієнтів ПКС-СІН, які представляють загальне населення.

Рівень поширеності ВІЛ серед ув'язнених за результатами ІБПД складає 11%. Ув'язнені – це група найвищого ризику, яку можна легко охопити комплексними програмами з профілактики. Незважаючи на те, що послугами з профілактики у 2014 році було охоплено майже 50 000 ув'язнених (загальна чисельність ув'язнених скоротилася зі 120 000 до 80 000 осіб), вони в основному зосереджувалися на забезпеченні інформації, навчання та комунікації, а також тестуванні на ВІЛ і консультуванні. Керівні органи пенітенціарної системи не забезпечують достатньої підтримки реалізації програм обміну голоч і шприців (ПОШ) та опіоїдної замісної терапії (ОЗТ), незважаючи на те, що близько 37% ув'язнених мають досвід вживання ін'єкційних наркотиків, а ці програми є частиною державної політики та доступні на місцевому рівні.

Передача ВІЛ від матері до дитини. На сьогодні в Україні впровадження заходів програми запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини надало змогу досягти значних успіхів. Починаючи з 2003 року, рівень охоплення добровільним тестуванням на ВІЛ серед вагітних жінок постійно перевищує 95%. Рівень охоплення профілактичною АРТ жінок, у яких під час вагітності було діагностовано ВІЛ-інфекцію, збільшився з 9% у 1999 році до 94,0% у 2010 році. Результатом цієї діяльності стало суттєве зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини: з 27,8% у 2001 році до 3,7% у 2011 році (рис. 2.6.3). У 2012 році зареєстровано збільшення показника до 4,31%.

У 2015 році відмічена затримка із забезпеченням регіонів тест-системами для обстеження на ВІЛ-інфекцію вагітних за рахунок державного бюджету. Тест-системи закуповували за кошти місцевого бюджету, а в разі їх відсутності зразки крові накопичували до моменту отримання необхідної кількості тест-систем та витратних матеріалів. Як наслідок, понад 20% ВІЛ-позитивних жінок виявлені у пізні терміни – після 26 тижнів вагітності, під час пологів та після пологів. У 2012 році показник охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних вагітних складав лише 85,7%, тобто у 387 вагітних було вперше у житті встановлено ВІЛ-позитивний статус і їх не було своєчасно зареєстровано. Тому профілактичні заходи щодо жінок та їх дітей було проведено із запізненням, що негативно вплинуло на показник ефективності



профілактики вертикальної передачі ВІЛ від матері до дитини.

За останніми даними, кількість дітей з остаточно встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції серед когорти дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками у звітному 2012 році (3 457 дітей, за винятком тих, статус яких через 18 місяців спостереження залишився на стадії підтвердження, померлих із невідомим ВІЛ-статусом та мертвонароджених) та які пройшли через повний цикл діагностичних процедур відповідно до існуючих нормативних документів МОЗ України, становила 149 осіб, або 4,31%.

Для зниження показника вертикальної передачі ВІЛ та досягнення рівня європейських країн (2%) необхідно насамперед дієво впливати на групу вагітних жінок-СІН. Так, за результатами епідеміологічних досліджень, рівень передачі ВІЛ від матері до дитини у групі жінок-СІН сягає 11%. Це визначає необхідність інтегрованого підходу до упровадження профілактичних програм для вагітних зазначеної групи ризику, що включає покращання соціального супроводу та заходів зі зниження шкоди, поєднуючи програми замісної підтримуючої терапії зі спеціальними медичними інтервенціями

У цілому частота передачі ВІЛ від матері до дитини істотно залежить від застосування різних комбінацій комплексних заходів програми ППМД. За умови проведення повного курсу антиретровірусної профілактики ВІЛ-позитивним вагітним та їх дітям у поєднанні з виключенням грудного вигодовування частота передачі ВІЛ від матері до дитини у 2012 році в Україні могла б знизитися до 1,2%.

Смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ, та стан забезпечення хворих АРТ. У 2014 році в Україні померло 5 893 ВІЛ-інфікованих осіб, серед них чоловіки становили 64,6%, жінки – 35,4%. Переважну більшість померлих становили особи віком 25–49 років (83,2%) та 50 років і старше (14,5%). З загального числа померлих 3 742 особи (або 63,5%) померли від хвороб, зумовлених ВІЛ, і 2 127 – від інших захворювань та причин, не пов'язаних безпосередньо з ВІЛ-інфекцією. Причина смерті 24 осіб була невідома.

Без урахування даних щодо АР Крим та м. Севастополя, щодо періоду 2012–2014 роки встановлено таке: у 2012 році

показник смертності складав 12,5 на 100 тис. населення (темپ приросту –0,8%); у 2013 році зафіксовано подальше зниження цього показника до 11,5 на 100 тис. населення (темп приросту –8,0%), а у 2014 році рівень смертності становив 10,2 на 100 тис. населення, що на 11,3% менше, ніж у 2013 році. Прогнозований показник у 2015 році орієнтовно може складати 9,4%, тобто цільовий індикатор 8,0 на 100 тис. населення швидше за все не буде досягнутий, хоча має місце суттєве наближення до нього фактичного значення показника смертності.

Основною причиною смерті серед людей, які живуть з ВІЛ залишається туберкульоз. У 2014 році частка смертей, зумовлених ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, серед загальної кількості померлих ВІЛ-позитивних осіб становила 63,7% (у 2013 році – 62,7%). Рівень смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, залишається важливим інтегральним показником доступу населення до ранньої діагностики, своєчасного початку АРТ та лікування супутніх захворювань, доступності терапії окремим групам населення, налагодження ефективного догляду та підтримки ЛЖВ з боку неурядових організацій. Він є базовим для складання прогнозів та визначення соціально-економічних наслідків впливу епідемії ВІЛ-інфекції на суспільство в цілому.

Встановлено, що у 2014 році при взятті під медичний нагляд 75,0% ВІЛ-позитивних осіб були обстежені на наявність маркерів гепатиту В та 75,4% осіб – на наявність маркерів гепатиту С. За результатами досліджень у 8,9% осіб були виявлені маркери гепатиту В, у 38,4% осіб – маркери гепатиту С. На наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом, обстежено 78,8% осіб, з них 18,4% мали позитивні результати; виявлено 129 осіб з маркерами збудника сифілісу. У 2014 році частка осіб з вперше діагностованим туберкульозом серед нових випадків СНІДу залишалася високою та мала тенденцію до збільшення – 74,4% проти 71,1% у 2013 році. Близько 50,5% хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ отримують АРТ.

З огляду на вищезазначене у 2014 році спостерігалася тенденція до пізнього виявлення хвороби у осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції. Так, у 53,5% ВІЛ-позитивних осіб віком від 15 років і старше хвороба була виявлена на III та IV клінічних стадіях (СНІД), і ці хворі



потребували невідкладного призначення АРТ відповідно до міжнародних стандартів. Зіставлення частки осіб з III–IV клінічними стадіями ВІЛ-інфекції з часткою осіб, у яких рівень CD4 нижче за 350 кл/мкл (49,7%) свідчить, що значення цих показників наближені один до одного.

Існуючі тенденції до пізнього виявлення та пізнього залучення ЛЖВ до медичного нагляду і відповідних послуг з лікування, догляду й підтримки зумовлюють невпинне зростання кількості пацієнтів, які потребують АРТ. Станом на 01.01.2015 р. АРТ отримували 66 409 осіб. У закладах МОЗ та НАМН України її отримувало 64 405 пацієнтів, у т. ч. за кошти державного бюджету – 51 754, за кошти ГФ – 12 569, за кошти АНФ (AIDS Healthcare Foundation) – 82 особи. У закладах Державної пенітенціарної служби України 2 004 особи отримували АРТ за кошти ГФ.

Незважаючи на істотний приріст числа хворих, які отримують АРТ (з 3 056 осіб у 2005 році до 66 409 осіб у 2014 році), темпи розширення програми АРТ все ще відстають від темпів збільшення кількості осіб, які потребують цього лікування – Загальнодержавною цільовою соціальною програмою протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на 2014–2018 роки передбачено охоплення 85 698 хворих у 2015 році. Відповідно, обмеження доступу до АРТ негативно впливає як на показники захворюваності на СНІД та смертності від

СНІДУ, так і на рівень поширеності ВІЛ серед загального населення.

Згідно даних за Показником 4.1 Звіту про досягнутий прогрес у здійсненні глобальних заходів протидії СНІДУ, показник охоплення антиретровірусною терапією в Україні не досягає індикативних 80% (у 2014 році він становив лише 30,5%).

Спостерігаються певні позитивні зміни щодо надання медичних послуг СІН. У 2014 році частка СІН серед загальної кількості ВІЛ-позитивних померлих зменшилася до 45,7% проти 49,5% у 2013 році. Частка СІН, які отримували АРТ, від загальної кількості СІН, які її потребували, зросла до 47,9% проти 40,0% у 2013 році.

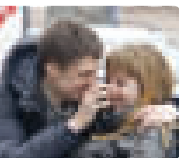
Зазначена позитивна динаміка покращання доступу до лікування хворих на ВІЛ-інфекцію (у тому числі СІН) та збільшення обсягу лікувальних послуг для цих хворих ще не досягла належного рівня для суттєвого впливу на показник смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, особливо для СІН. Рівень смертності ВІЛ-інфікованих осіб, які не перебували на АРТ, перевищував аналогічний показник серед тих, хто її отримував. Тобто сьогодні тенденції показника смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, на тлі збільшення доступу до АРТ можуть бути спричинені, насамперед, пізнім виявленням та несвоєчасним зверненням ЛЖВ за медичною допомогою.

ПРОБЛЕМИ ТА НОВІ ВИКЛИКИ

Недостатній рівень фінансування Програми протидії ВІЛ/СНІДУ в Україні. В Україні значно збільшився загальний обсяг фінансування програм протидії ВІЛ/СНІДУ. Значна частина, близько 31% загального бюджету Національної програми протидії ВІЛ/СНІДУ на 2009–2013 роки, була виділена на АРТ; станом на січень 2015 року 78% людей, що живуть з ВІЛ отримують АРТ за рахунок державного бюджету. Основну підтримку програми профілактики ВІЛ забезпечують зовнішні партнери з розвитку (Глобальний фонд та Надзвичайний план Президента США по боротьбі зі СНІДом). У 2014 році був прийнятий Верховною Радою України і затверджений Президентом України Закон про Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на 2014–2018 роки. Затримка прийняття нового закону призвела до обмеженого фінансу-

вання заходів Програми протягом 2014 року та мінімального бюджету на 2015 рік – 7 млн. грн. на управління впровадженням програми і понад 280 млн. грн. на закупівлю медикаментів для лікування.

В умовах бюджетного дефіциту зберігається залежність України від зовнішніх джерел фінансування для забезпечення адекватної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції. Бюджет Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на 2014–2018 роки передбачав, що майже 32,0% від загальної суми запланованих витрат мало бути забезпечено за рахунок Глобального Фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. У 2015 році ця частка мала складати 32,6%, але в дійсності вона майже на 46% більша за суму, що надійшла з державного бюджету на 2015 р.



Короткострокове прогнозування подальшої динаміки захворюваності на ВІЛ-інфекцію в масштабах країни, смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, та попередження передачі ВІЛ від матері до дитини ускладнюється й надалі поглиблюватиметься через кризові соціально-економічні явища та погіршення ситуації у східних регіонах України.

Слабке планування та недосконалі механізми організації й управління. При плануванні бюджету Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки розробники намагались урахувати реальні потреби населення у медичних послугах. Але щорічне планування та виділення ресурсів визначається рівнем наявних ресурсів, які є дефіцитними, і не враховує реально необхідного обсягу медичних послуг. Оскільки постачальники послуг є бюджетними установами, це накладає на них певні обмеження щодо прийняття самостійних управлінських та фінансових рішень. Діяльність установ, що надають медичні послуги, регулюється низкою процедур, пов'язаних з цими обмеженнями, які при цьому не враховують різний рівень поширеності ВІЛ за регіонами. Вимоги щодо кадрового складу, інфраструктури й обладнання медичних закладів і установ передбачають необхідність виділення значних коштів на їх утримання, що часто є неможливим з огляду на обмеженість коштів у місцевих бюджетах.

Ситуацію з управління та впровадження Програми у 2015 році ускладнило рішення Уряду про ліквідацію Державної служби з питань протидії ВІЛ/СНІД та іншим соціально небезпечним хворобам, що мала статус центрального органу виконавчої влади. Питання наступності та передачі функцій служби до МОЗ України та визначення структури, уповноваженої виконувати функції ліквідованої служби, залишається наразі невизначеним.

Управління державними закупівлями на неналежному рівні у 2014 році призвело до систематичних перебоїв у постачанні антиретровірусних препаратів, препаратів для лікування опортуністичних інфекцій, засобів діагностики та лабораторного моніторингу ефективності лікування. Це створює значні ризики для пацієнтів, які потребують безперервного лікування. Процедури закупівель не враховують потребу у постійному та стабільному по-

стачанні антиретровірусних препаратів та інших засобів, до яких групам підвищеного ризику важко отримати доступ (наприклад, презервативів), у тест-системах тощо.

Проблема ВІЛ/СНІДу в Україні в умовах бойових дій на сході країни та пов'язаної з ними гуманітарної кризи. Сьогодні в Україні дуже гостро постала проблема погіршення ситуації з ВІЛ/СНІДу через бойові дії на сході країни зі складною гуманітарною ситуацією. Останнє проявляється в збільшенні кількості вимушених переселенців з Донецької та Луганської областей, що є одними з найбільш уражених епідемією територій країни: 24% усіх зареєстрованих людей, що живуть з ВІЛ, 20% хворих, що отримують АРТ та найбільша частка СН проживали в зоні конфлікту у Донецькій та Луганській областях. Крім того, 40% людей, що живуть з ВІЛ та отримують лікування в умовах диспансеру, залишаються на неконтрольованій/окупованій території.

Нові загрози виникли через те, що хворі, які перебувають у тимчасово окупованих районах цих областей, не можуть отримати доступ до життєво необхідних ліків, діагностичних та профілактичних інтервенцій. Серед переселенців зростає ризик повернення до вживання наркотичних речовин через тяжкий психологічний стан та складні життєві обставини.

За даними Українського Центру контролю за соціально небезпечними хворобами (УЦКС) у 2014 році порівняно з 2013 роком спостерігалось зменшення кількості осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції – у Донецькій області на 17% (з 3 640 до 3 043 осіб), у Луганській області – на 43% (з 910 до 518 осіб). Це пов'язано з ускладненням, а подекуди і взагалі неможливим, доступом населення цих територій до послуг з КіТ на ВІЛ-інфекцію та складнощами щодо звернення до медичних закладів в умовах воєнних дій. Так, кількість тестувань на ВІЛ-інфекцію у 2014 році, у порівнянні з попереднім роком, зменшилась на 24% у Донецькій області та на 33% у Луганській.

В умовах бойових дій на сході країни очікуваним стало збільшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які були зняті з обліку у закладах служби СНІДу за причиною «зміна місця проживання» протягом 2014



року порівняно з 2013 роком: у Донецькій області – на 149% (з 194 до 486 осіб), у Луганській – на 54% (з 232 до 358 осіб). В цих умовах порушена взаємодія між закладами служби СНІДу, розташованими на сході України, особливо на непідконтрольних Урядові України територіях, та закладами служби СНІДу в інших регіонах. На додаток, частина ВІЛ-інфікованих мешканців Донецької та Луганської областей переміщуються в інші регіони і не інформують місцеві заклади охорони здоров'я про зміну свого місця проживання. Таким чином, вони по факту залишаються на обліку у своєму регіоні, через що наражаються на загрозу переривання лікування з усіма негативними наслідками цього.

У Донецькій та Луганській областях різко скоротилися можливості надання АРТ. Так, із 46 сайтів АРТ у Донецькій області станом на 5 січня 2015 року функціонував лише 21, розташований на територіях, підконтрольних Урядові України. В області продовжують функціонувати 5 закладів Державної пенітенціарної служби України (ДПСУ), де отримують лікування 57 ВІЛ-інфікованих осіб. Питання щодо інших 14 закладів поки не вирішено. У Луганській області функціонувало 9 сайтів АРТ, з них 4 залишаються на підконтрольних територіях. В області функціонують усі заклади ДПСУ, АРТ отримує 91 ВІЛ-інфікована особа.

Проблемні питання у сфері лікування ВІЛ/СНІДу. Завдяки впровадженню АРТ протягом останніх трьох років в Україні реєструється практично однакова кількість померлих від хвороб, зумовлених ВІЛ, а саме: у 2012 році – 8,6 на 100 тисяч населення; у 2013 році – 7,8 та у 2014 році – 8,0 на 100 тисяч населення. Разом з тим, незважаючи на значний приріст кількості пацієнтів, які отримують АРТ (у 2014 році вона склала 66 409 пацієнтів), темпи розширення програми антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих осіб не відповідають темпам приросту кількості осіб, які його потребують. Обсяги забезпечення АРТ є недостатніми для того, щоб знизити кількість захворювань на СНІД, а відтак, і показник смертності.

Доведено, що рівень смертності ВІЛ-інфікованих осіб, які не перебували на АРТ, значно перевищує аналогічний показник серед тих, хто її отримував. Тобто сьогодні відсутність сталої тенденції до зниження показника смертності від хвороб, зумовле-

них ВІЛ, на тлі збільшення доступу до АРТ може бути зумовлена, насамперед, пізнім виявленням і несвоєчасним зверненням ВІЛ-інфікованих осіб за медичною допомогою та призначенням їм специфічного лікування.

Недостатній рівень охоплення молоді просвітницькою та профілактичною роботою. Уразливість до інфікування ВІЛ дітей та молоді зумовлена високим рівнем застосування ризикованих практик, у тому числі на фоні споживання алкогольних напоїв. Для значної кількості молодих людей із груп ризику доступ до профілактичних і лікувальних послуг, що надаються державними та громадськими організаціями, є обмеженим, оскільки ці послуги, в основному, спрямовані на доросле населення. За даними соціологічних опитувань, у цілому молодь України демонструє невисокі знання про ВІЛ/СНІД і способи його передачі: частка населення віком 15–24 роки, які мають повне та правильне уявлення про ВІЛ/СНІД, у 2011 році становила 39,9%. Відповідно до Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, цільове значення цього показника у 2010 році мало становити 95%.

Недостатній рівень охоплення підлітків груп ризику (ПГР). Система надання послуг для молоді не враховує потреби деяких груп молоді, а саме: сиріт або бездомних дітей, які живуть чи працюють на вулиці, дітей, залежних від алкоголю та наркотиків, у тому числі тих, хто починає вживати ін'єкційні наркотики. Такі молоді люди не можуть отримати належні послуги. Організації, що надають спеціальні послуги для ПГР, не мають змоги відповідати потребам наймолодшої частини цієї цільової групи, оскільки фахівці закладів необізнані щодо правових обмежень, які накладаються на роботу з неповнолітніми, та не мають навичок надання таких послуг. Нарешті, ПГР часто притягують до кримінальної відповідальності та до багатьох із них застосовуються неналежні кримінально-процесуальні заходи, що знижує і без того низький рівень охоплення цих молодих людей з груп ризику медичними і соціальними послугами, а також послугами зі зниження шкоди для здоров'я. Мережа клінік, дружніх до молоді, наразі не спроможна надати медичні та соціальні послуги ПГР, оскільки цим клінікам бракує навичок залучення найбільш маргіналізованих груп молоді.



Недостатній рівень охоплення груп підвищеного ризику профілактикою. Більшість профілактичних втручань серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ підтримується за рахунок зовнішніх донорів і реалізується неурядовими організаціями. Наразі, незважаючи на велику кількість державних і неурядових установ, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу, обсяги, масштаби, якість та інтенсивність здійснюваних ними заходів є недостатніми для зупинення поширення ВІЛ-інфекції. Так, хоча СН стан залишаються основним рушійним чинником поширення епідемії, їм ще досі не забезпечено універсальний доступ до замісної підтримуючої терапії (ЗПТ), а це не дає змоги підвищити рівень їх охоплення профілактикою та лікуванням. Наприклад, кількість розданих шприців на одного СН за програмами обміну голок та шприців у 2013 році становила лише 77 для оціночного числа СН, тоді як програма вважається ефективною за умови надання понад 200 шприців для одного СН за рік. Це означає, що представники цієї групи підвищеного ризику все ще мають обмежений доступ не лише до ЗПТ та АРТ, а і до профілактичних і медичних послуг взагалі. Окрім того, низьким та нестабільним є рівень охоплення тестуванням на ВІЛ представників груп підвищеного ризику. За даними програмного моніторингу Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні у 2013 році частка СН, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців і знають свої

результати, становила 33,7%. Серед працівників комерційного сексу ця частка становила 58,5%, а серед ЧСЧ – 37,8%. Станом на кінець 2013 року частка охоплених профілактичними програмами СН становила 63,4%, працівників комерційного сексу – 46,7%, а ЧСЧ – лише 12,5%.

Порушення основних прав людини. В Україні розроблено належні засади захисту прав ЛЖВ, запроваджено зміни до законодавства та прийняті нові акти, зокрема Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ». Проте, незважаючи на ці позитивні зміни в законодавстві, серед населення в цілому, постачальників медичних послуг та співробітників правоохоронних органів зберігається високий рівень стигматизації та дискримінації щодо ЛЖВ та груп підвищеного ризику. Це створює суттєві перешкоди доступу до послуг з профілактики та лікування ВІЛ. Подвійна та потрійна дискримінація (через ВІЛ/СНІД, наркозалежність, туберкульоз, гомосексуальність тощо) накладає обмеження на уразливі групи, особливо у селах та маленьких містечках. Крім того, у суспільстві домінують сильні стереотипи щодо гендерних ролей та нетерпимість до тих, хто виходить за рамки традиційних гендерних норм. Це є додатковою перешкодою до надання послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Посилення політичної волі щодо протидії ВІЛ/СНІДу стосується однаковою мірою і національного рівня, і місцевих органів влади. Урядові інституції та Верховна Рада України мають приділяти більше уваги проблемам поширення ВІЛ/СНІДу, забезпечувати належний рівень фінансування програм та якісне управління на національному рівні. Місцеві органи влади мають забезпечувати достатнє фінансування та краще організовувати надання потрібних послуг на місцях за рахунок їх інтегрування у загальну систему медичного догляду, організації, фінансового забезпечення та надання соціальних послуг ЛЖВ, а також сприяння координації між органами соціальної та медичної сфери.

Поліпшення організації та управління. Необхідно: встановити зв'язки між ресур-

сами, заходами й результатами; визначити обсяги фінансування та статті бюджету, потрібні для кожного напрямку діяльності із зазначенням джерела фінансування; визначити найбільш пріоритетні напрями діяльності, за якими з високою ймовірністю можна досягти очікуваних результатів; оптимізувати кількість установ, відповідальних за протидію ВІЛ/СНІДу; зміцнювати координаційні механізми на національному рівні, а також між національним і регіональним рівнями. Вкрай важливим є внести зміни до законодавчих актів для вдосконалення процедур закупівель та постачання лікарських препаратів та засобів діагностики у цій сфері. Правила, що регулюють надання спеціалізованих послуг, мають сприяти гнучкості та інноваціям, таким чином дозволяючи адаптувати послуги до місцевого, епідемічного, соці-



ально-культурного, бюджетного та іншого контексту.

Удосконалення системи надання медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ. Подальше розширення надання АРТ для ВІЛ-позитивних осіб неможливе без децентралізації медичної допомоги та інтеграції необхідних послуг у місці їх надання. Таким чином, стратегія децентралізації є обов'язковою та повинна бути здійснена у межах загального реформування сфери охорони здоров'я в Україні. Це може потенційно посилити позитивний вплив на епідемію ВІЛ-інфекції та, що не менш важливо, скоротити витрати на підтримку системи охорони здоров'я, оптимізувати матеріальні, кадрові й управлінські ресурси.

Основна мета децентралізації полягає в забезпеченні універсального доступу до послуг з лікування ВІЛ-інфекції та опортуністичних інфекцій, а також догляду й підтримки шляхом використання вже наявних ресурсів системи охорони здоров'я з метою забезпечення сталості програм. Таким чином, упровадження децентралізації дозволяє відтворювати безперервність послуг та отримувати їх у найближчому до пацієнта медичному закладі. Крім того, впровадження такої моделі управління повинно сприяти активному залученню місцевих громад та спільноти людей, які живуть з ВІЛ, до процесу прийняття управлінських рішень, мінімізації стигми та дискримінації, підвищенню рівня прихильності пацієнтів до антиретровірусної терапії, раціональному використанню наявних ресурсів.

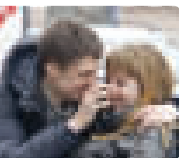
Посилення профілактики, лікування, догляду та підтримки. Необхідно продовжувати профілактичну роботу серед груп підвищеного ризику та забезпечити перехід від зовнішнього фінансування профілактичних програм до фінансування з державного й місцевого бюджетів. У рамках політики з первинної профілактики ВІЛ серед молоді потрібно розробити Національну стратегію просування здорового способу життя. Також доцільно впровадити соціально-медичну модель, що передбачає посаду соціального працівника в усіх установах, які надають спеціалізовані послуги. Важливим є розроблення, адаптація та впровадження моделей охоплення послугами маргіналізованих груп молоді, вдосконалення послуг для ПГР і поліпшення їх доступу до клінік, дружніх до молоді, а також посилення спроможності відповід-

них фахівців працювати з наймолодшими споживачами послуг.

Також важливо посилити діяльність з охоплення тестуванням на ВІЛ, раннього початку лікування та догляду для представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, у тому числі ув'язнених, пацієнтів, хворих на гепатити В, С або туберкульоз в активній формі. Нагальною є потреба забезпечення сталого та достатнього обсягу фінансування з державного бюджету на закупівлю необхідних засобів: антиретровірусних препаратів, тест-систем, засобів профілактики тощо. Необхідно спростити процедури виділення коштів з місцевих бюджетів та передачі цих коштів громадським організаціям, які надають послуги ПГР і ЛЖВ.

Зниження частоти передачі ВІЛ від матері до дитини. Ураховуючи негативні тенденції до зростання показника ЧПМД, відмічені у 2014 році, та існуючі ризики вертикальної трансмісії ВІЛ, важливу роль у цій сфері може зіграти впровадження міжнародної стратегії ППМД, яка фокусується на довічному проведенні АРТ для ВІЛ-інфікованих жінок, які народили дитину. Актуальним також є удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції у дітей з невизначеним ВІЛ-статусом шляхом застосування методу «сухої краплі», вивчення потенційних ресурсів, а також упровадження заходів, необхідних для ефективної децентралізації ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей.

Забезпечення захисту та дотримання прав людини. Необхідно зменшити стигматизацію, дискримінацію та гендерну нерівність у суспільстві взагалі й особливо серед постачальників послуг, у тому числі медичних працівників, співробітників правоохоронних органів, соціальних працівників тощо. Також доцільно розвивати та забезпечувати дотримання законодавства про права людини, внести зміни до порядку надання послуг, зробити їх більш дружніми до груп підвищеного ризику та ЛЖВ. Мають бути розроблені та впроваджені механізми моніторингу порушень прав людини й оцінки рівня стигматизації як у суспільстві, так і серед вищезазначених постачальників послуг. Нарешті, для зниження дискримінаційної поведінки необхідним є проведення національних інформаційних та освітніх кампаній і включення цих питань до відповідних систем підготовки та підвищення кваліфікації.



ЗАВДАННЯ 6.В: ЗМЕНШИТИ НА 20% РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ (ПОРІВНЯНО З 2005 РОКОМ)

СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

В Україні досягнуто певного прогресу у напрямі протидії туберкульозу. Кількість нових випадків з 2005 року постійно зменшувалась і наблизилася до цільового значення, встановленого на 2015 рік. З 2007 року відмічається зниження та стабілізація показників захворюваності та смертності від туберкульозу (рис. 2.6.4). За період 2004–2014 років показник захворюваності знизився майже на чверть, а смертності – вдвічі.

Суттєве зниження показників захворюваності та смертності від туберкульозу у 2014

році порівняно з 2013 роком (відповідно, на 12,4% і 20,6%) пов'язано з тим, що не було враховано дані з частини території України (див. зауваження на стор. 2).

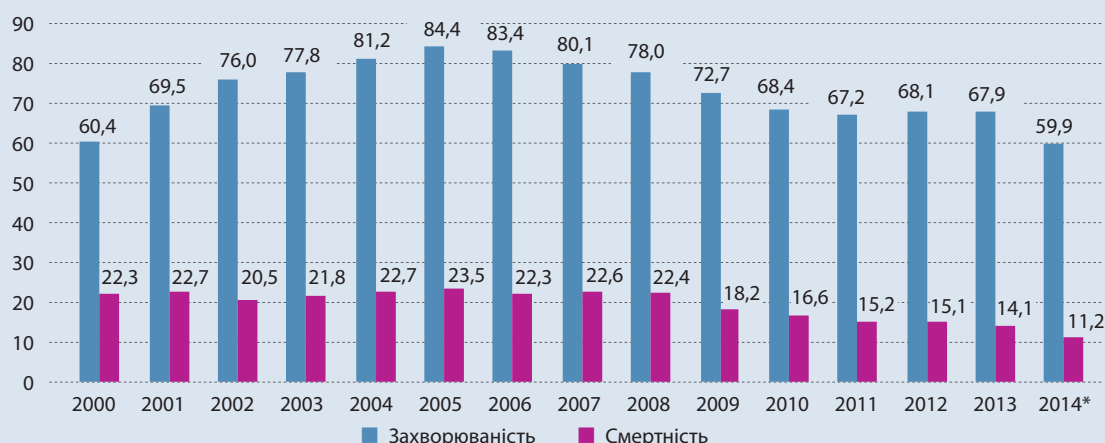
Проте зниження показника захворюваності на туберкульоз в Україні є реальним: з 25 регіонів України в 19 спостерігається зниження показника і лише у 6 регіонах – незначне збільшення (від 1,4% до 8,3%). Така сама тенденція за показником смертності: зниження у 18 регіонах, незначне збільшення – у 7.

КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

Поширення туберкульозу. З 2014 року ВООЗ рекомендувала країнам світу надавати звіти про захворюваність на туберкульоз разом з рецидивами туберкульозу. Показник захворюваності разом з рецидивами у 2014 році становив 71,2 на 100 тис. населення. За останні п'ять років відбулося зниження його значення на 16% (з 84,6 на 100 тис. населення), тобто спостерігається стійка тенденція до покращання епідемічної ситуації щодо туберкульозу в Україні, що стосується як захворюваності на туберкульоз, так і рецидивів захворювання.

Ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ. За 2005–2014 роки рівень захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ зріс у 4,3 раза, а смертність від неї – в 1,5 раза. Незважаючи на це, відмічається стабілізація показників захворюваності (рис. 2.6.5) і зниження показника смертності від ко-інфекції ВІЛ/ТБ протягом останніх 3-х років (рис. 2.6.6). Загалом по країні за 2014 рік ко-інфекцію ВІЛ/ТБ було діагностовано у 4441 особи (проти 4783 осіб у попередньому році), а рівень смертності за останній рік знизився на 17,9%. Це свідчить про покращання діагностики туберкульозу

Рис. 2.6.4 Захворюваність і смертність від туберкульозу (на 100 тис. населення), 2000–2014 роки

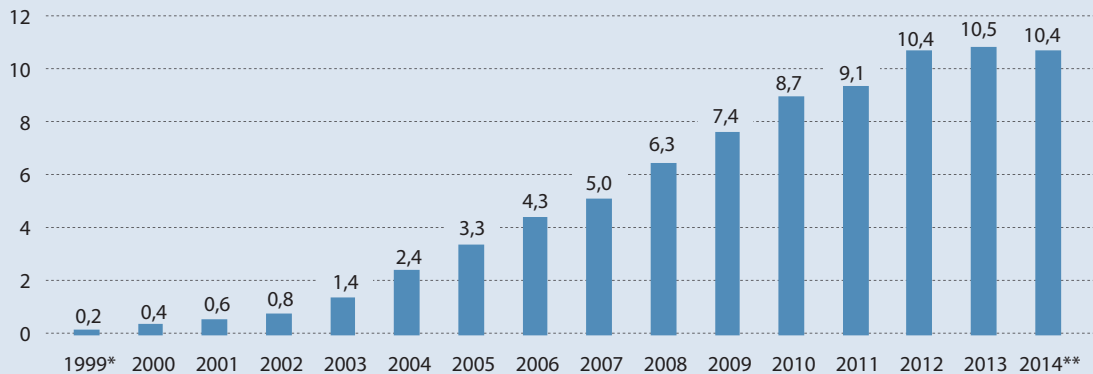


Джерело: Державна служба статистики України, Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України.

* Див. зауваження на с. 2.



Рис. 2.6.5 Захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ (на 100 тис. населення), 1999–2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України, Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України.

* Офіційні статистичні дані щодо захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ уведені в Україні з 1999 року за формою № 08.

** Див. зауваження на с. 2.

у ВІЛ-інфікованих осіб та успіхи у широко-масштабному консультуванні й тестуванні хворих на туберкульоз і на ВІЛ-інфекцію (до 85% уперше виявлених хворих на ТБ охоплені тестуванням на ВІЛ-інфекцію). Також запроваджено надання антиретровірусної терапії (65% хворих з ко-інфекцією отримують АРТ) та налагоджено співпрацю між протитуберкульозною службою та Центрами боротьби та профілактики ВІЛ/СНІДу (у 17 регіонах країни в штатній структурі протитуберкульозних закладів наявна ставка лікаря-інфекціоніста).

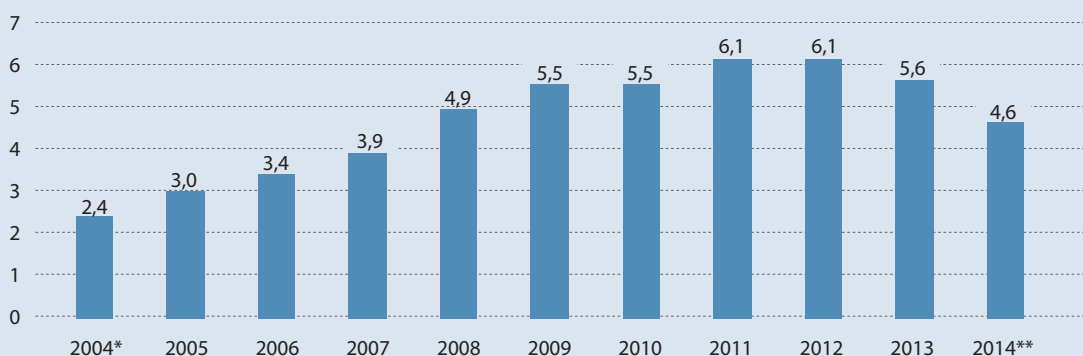
Усі форми активного ТБ. Знижується показник поширеності всіх форм активного ТБ. Так, у 2014 році порівняно з 2013 роком він скоротився на 14% (з 135,9 на 100 тис. населення у 2012 році до 104,9 у 2013 році та до 90,2 у 2014 році). Усі статистичні дані фор-

муються в електронному реєстрі хворих на ТБ «e-TB Manager».

За оцінками міжнародних експертів, запровадження електронного реєстру хворих на ТБ є прикладом найбільш успішних запроваджень комплексних інформаційних систем в Європейському регіоні ВООЗ. Він забезпечив майже повну (98%) відповідність паперових та електронних звітних даних про загальну кількість випадків ТБ за 2014 рік.

Прогрес у досягненні цілі у частині виконання цього завдання досягнуто завдяки дотриманню зобов'язань щодо протидії туберкульозу, у тому числі завдяки стабільному фінансуванню відповідних програм, перегляду й затвердженню важливих регуляторних і нормативних актів та постійному контролю за їх виконанням.

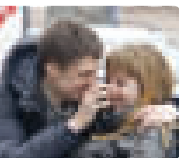
Рис. 2.6.6 Смертність від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ (на 100 тис. населення), 2004–2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України, Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України.

* Офіційні статистичні дані щодо смертності від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ уведені в Україні з 2004 року за формою № 033-здоров.

** Див. зауваження на с. 2.



Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України впроваджує державну політику в сфері туберкульозу. Центр здійснює регулярний моніторинг виконання протитуберкульозних заходів на центральному та регіональному рівнях, розглядає проблемні питання щодо контролю за туберкульозом на Національній і регіональних радах з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу.

Мультирезистентний туберкульоз (МР ТБ). У 2011 році Україна отримала грант Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФ) для посилення спроможності протидіяти проблемі мультирезистентного туберкульозу. Реалізація гранту в рамках упровадження загальнодержавної програми протидії ТБ дозволила не лише провести комплексну оцінку стану надання медичної допомоги, а й отримати додаткові ресурси для розбудови ефективної системи подолання ТБ. В Україні впроваджено сучасні методи діагностики ТБ, які дозволяють швидко діагностувати мультирезистентний туберкульоз, сприяючи таким чином зменшенню рівня захворюваності на цю форму ТБ, що підтверджують дані 2014 року.

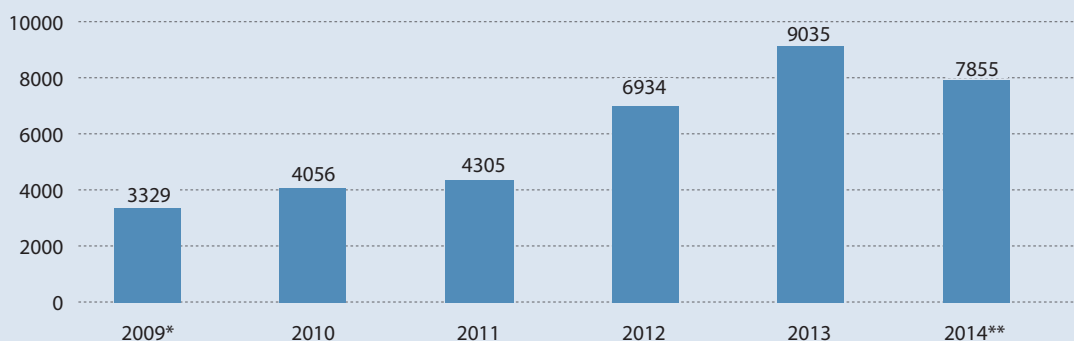
3 жовтня 2012 року 4250 хворих на МР ТБ розпочали лікування за рахунок коштів Глобального фонду. Станом на 1 березня 2015 року по країні отримують лікування 12675 хворих на МР ТБ. Закупівля протитуберкульозних препаратів за кошти Державного бюджету здійснена на суму 152,9 млн грн, що складає 90% від загального обсягу видатків для закупівлі зазначених препаратів за кошти Державного бюджету на 2014 рік.

Незважаючи на ці досягнення, спостерігається зміна епідеміологічного профілю захворюваності на туберкульоз у бік збільшення кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз. Це призвело до зростання кількості інфекційно небезпечних та невиліковних випадків захворювання. Така тенденція може викликати зростання рівнів захворюваності та смертності від туберкульозу у наступних роках. Кількість випадків мультирезистентного туберкульозу в країні зросла з 3329 у 2009 році до 9035 у 2013 році (рис. 2.6.7). Поширення МР ТБ, посилює ризики послаблення здоров'я населення України, втрати працездатності, підвищення рівня інвалідності та смертності, що становить загрозу національній безпеці країни й потребує постійного збільшення видатків із державного бюджету.

Суттєве збільшення кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз відбулося завдяки налагодженню своєчасного виявлення таких випадків за допомогою сучасних методів діагностики. До 2013 року переважна більшість таких пацієнтів не виявлялася, що зумовлювало низькі показники ефективності лікування нових і повторних випадків туберкульозу. За даними епіднагляду за хіміорезистентним туберкульозом в Україні, 24% хворих з новими і 60% хворих з повторними випадками туберкульозу мають мультирезистентну форму захворювання. У 2014 році кількість хворих з уперше виявленими випадками мультирезистентного туберкульозу зменшилася на 1180 осіб, або на 13%.

З метою ефективної діагностики ТБ в рамках реалізації Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії захворюванню

Рис. 2.6.7 Захворюваність на мультирезистентний туберкульоз
(абсолютна кількість), 2009–2014 роки



Джерело: Державна служба статистики України, Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України.

* Офіційні статистичні дані щодо захворюваності на мультирезистентний туберкульоз уведено в Україну з 2009 року за формою звітності «Звіт про кількість хворих, які були зареєстровані у 4 категорії (ТБ 07-МР ТБ)».

** Див. зауваження на с. 2.



на ТБ та гранту ГФ в Україні впроваджено сучасні методи діагностики ТБ: автоматизовані системи BD BASTEC™ MGIT™ 960 для виявлення мікобактерій ТБ та встановлення їх чутливості до протитуберкульозних препаратів; молекулярно-генетичні методи швидкої діагностики ТБ за допомогою апаратів «Джин Експерт» в усіх регіонах України та тест-системи гібридизації з типоспецифічними зондами (Hain) у Миколаївській та Харківській областях. Це дозволило суттєво скоротити строки виявлення хворих на рифампіцин-резистентні форми ТБ з 45–60 діб до 3–5 діб. Швидка діагностика мультирезистентного туберкульозу сприятиме зниженню показника захворюваності на цю

форму туберкульозу, що спостерігалось вже у 2014 році.

Розвиток і поширення мультирезистентного туберкульозу відбувається через низьку прихильність до лікування, збільшення вогнища мультирезистентної інфекції через велику кількість невиліковних хворих, яких переводять на паліативне лікування, та поширення внутрішньолікарняної інфекції, спричиненої незадовільним матеріально-технічним станом значного числа протитуберкульозних закладів, невідповідністю приміщень та їх обладнання специфіці закладу (у т. ч. недостатньою забезпеченістю засобами інфекційного контролю).

ПРОБЛЕМИ ТА НОВІ ВИКЛИКИ

Лікування хворих на туберкульоз. Через розповсюдження мультирезистентного туберкульозу і ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ показник ефективного лікування вперше діагностованих на туберкульоз хворих із бактеріовиділенням в Україні на 15% нижче індикативного, визначеного ВООЗ, – 85%. Ефективність лікування хворих на вперше діагностований ТБ легень з позитивним мазком за підсумками 2014 року склала 67,6% (у 2013 році – 63,0%). Цей показник було обрховано відповідно до рекомендацій ВООЗ за виключенням із загальної кількості хворих осіб з 4 категорією. На показник ефективності лікування впливають: високий рівень смертності у когорті (12,1%); значні частки випадків з невдалим лікуванням за мазком (11,3%) і перерваним лікуванням (6,0%). З метою підвищення прихильності до дотримання режиму лікування шляхом інтенсивної підтримки (видача продуктивних наборів, закуплених за кошти ГФ) у 2012–2014 роках фахівцями Товариства Червоного Хреста забезпечено соціальний супровід хворих на ТБ з високим ризиком переривання лікування для 17117 осіб. За даними когортного аналізу, ефективність лікування цих хворих склала 90%, що на 27% вище, ніж відповідний показник по країні загалом.

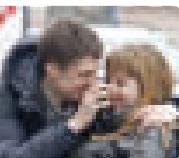
Хворі, яких не виліковано та лікування яких перервано, поширюють інфекцію серед населення, що в найближчому майбутньому може знову призвести до збільшення рівня захворюваності на туберкульоз.

Доступ до медичних послуг. Існуючий підхід до надання медичної допомоги, що орієнтований на стаціонарне лікування, перешкоджає багатьом пацієнтам звертатися за

медичною допомогою через побоювання втратити суспільні та професійні зв'язки. Перешкодою для доступу пацієнтів до медичної допомоги є фінансові питання, що пов'язані з вартістю проїзду, оплатою за додаткові обстеження й медичні препарати для лікування супутніх захворювань та усунення побічних реакцій від протитуберкульозної хіміотерапії. У 2014 році серед уперше зареєстрованих хворих на ТБ 12,1% склали ті, які зловживають алкоголем, та 7,0% – споживачі ін'єкційних наркотиків, що свідчить про нагальну потребу подальшого розвитку в країні програм соціальної підтримки пацієнтів, до яких необхідно активно залучати інститути громадянського суспільства.

Закупівля протитуберкульозних препаратів. Нерівномірне фінансування заходів Загальнодержавної програми протидії туберкульозу, а також особливості тендерних процедур (тривалість процесу та нерівномірність закупівель) створюють ризики щодо перебоїв із закупівлею або поставками тих чи інших протитуберкульозних препаратів, що може призвести до перерви лікування та призначення неповноцінної схеми хіміотерапії. З 2014 року реєстр хворих на ТБ «e-TB Manager» використовують для фармакологічного менеджменту ліків, що закуплені за кошти Глобального фонду, водночас ліки, закуплені за кошти державного бюджету, заплановано обліковувати в реєстрі з 2015 року.

Система охорони здоров'я. Реформування протитуберкульозної служби та оптимізація мережі протитуберкульозних закладів є нагальним завданням. Наразі розпочинається впровадження амбулаторної системи надання медичної допомоги хворим на



туберкульоз з метою запобігання внутрішньолікарняній передачі інфекції та дотримання принципів інфекційного контролю ТБ. При цьому відбувається перерозподіл ресурсів на проведення заходів інфекційного контролю ТБ, зміцнення системи соціальної підтримки хворих на етапах амбулаторного лікування.

Вартість курсу лікування одного ТБ пацієнта в амбулаторній моделі є у п'ятеро нижчою, ніж у стаціонарно-амбулаторній. Вартість організації медичної допомоги ТБ пацієнтам у ДОТ-кабінетах ТБ служби та закладах первинної медико-санітарної допомоги є у середньому у 16 разів нижчою, ніж у терапевтичному стаціонарі ТБ служби. Організація медичної допомоги ТБ пацієнтам у денному стаціонарі утричі дорожча, ніж у ДОТ-кабінетах. Це обґрунтовані та досить економічні альтернативні форми амбулаторного лікування. Прихильність ТБ пацієнтів до ДОТ-лікування є вищою за амбулаторною моделлю.

Бідність і уразливі групи населення. Серед тих, хто захворів на туберкульоз, більшість (понад 70%) становлять представники соціально незахищених верств населення. Аналіз соціальної структури вперше виявлених хворих на туберкульоз у 2013 році свідчить, що серед них 56,0% становили безробітні особи працездатного віку, 12,9% – пенсіонери, 3,0% – особи без постійного місця проживання; 1,0% – особи, які повернулись з місць позбавлення волі. Серед уперше зареєстро-

ваних хворих на туберкульоз I та III категорій обліку 15,1% склали хворі, які зловживають алкоголем, та 4,5% – хворі, які є споживачами ін'єкційних наркотиків. За таких умов необхідним є ґрунтовний аналіз можливих наслідків реформування протитуберкульозної служби у частині скорочення кількості ліжок у протитуберкульозних закладах України.

Окрім того, Україна переживає складні часи, пов'язані з нестабільністю політичної та соціально-економічної ситуації: збільшується кількість громадян, що підпадають під визначення «соціально-незахищені верстви населення», рівень життя таких груп є низьким. Наразі активізуються міграційні процеси, збільшується кількість внутрішньопереміщених осіб, насамперед із зони АТО, руйнується інфраструктура у східних областях країни. Всі ці чинники справляють негативний вплив на ситуацію з епідемією туберкульозу.

Інфекційний контроль туберкульозу в медичних закладах. Незадовільний матеріально-технічний стан багатьох протитуберкульозних закладів і застарілі приміщення, які потребують капітального ремонту, не дозволяють дотримуватися стандартів інфекційного контролю у медичних закладах, що спричинює розповсюдження внутрішньолікарняної інфекції. Протитуберкульозні заклади недостатньо забезпечені інженерними засобами інфекційного контролю (лампами ультрафіолетового опромінення, механічною вентиляцією тощо).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Захворювання на туберкульоз значною мірою зумовлено соціально-економічними чинниками та бідністю, тому зусилля Уряду та державних адміністрацій мають бути спрямовані на постійне підвищення добробуту населення, подолання безробіття та бідності, підвищення санітарної культури населення.

Необхідно впровадити систему надання медичної допомоги хворим на туберкульоз з акцентом на амбулаторному етапі лікування з метою раціонального використання коштів у сфері контролю за туберкульозом.

Потрібно здійснювати перерозподіл ресурсів на користь проведення заходів інфекційного контролю ТБ, зміцнення системи соціальної підтримки хворих на етапах амбулаторного лікування.

Іншим важливим напрямом є розвиток фармакологічного менеджменту протитуберкульозних препаратів.

Також необхідно розробити та впровадити стратегію зміцнення кадрового потенціалу протитуберкульозної служби з формуванням єдиної національної концепції безперервного навчання медичних фахівців.

Завдяки впровадженню сучасних методів діагностики відбулося збільшення кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз. Їх повне охоплення безперервним лікуванням збільшить обсяги та вартість закупівель протитуберкульозних препаратів II ряду. Тому необхідно удосконалити систему державних закупівель для придбання препаратів за більш низькими цінами, запровадити ефективні форми роботи з пацієнтами для формування прихильності до лікування.



Вставка 2.6.1

За результатами оцінки заходів національної програми протидії захворюванню на туберкульоз (квітень 2015 року) були надані такі основні рекомендації щодо різних напрямів протитуберкульозної допомоги:

Система охорони здоров'я. Розробити амбулаторну модель надання допомоги, орієнтовану на хворого. Включити туберкульозні лікарні у загальну реформу галузі охорони здоров'я з метою запровадження нових механізмів фінансування за результатами. Об'єднати наразі окремі спеціальності «пульмонологія» та «фтизіатрія» в одну («спеціаліст із захворювань органів дихання»), включаючи додипломну та післядипломну освіту і спеціалізацію. Переглянути план забезпечення кадровими ресурсами та сфери обов'язків персоналу згідно з запланованими змінами. Підвищити оклади (стимули) персоналу туберкульозних закладів. Зменшити кількість туберкульозних санаторіїв і (або) закрити їх, а також розглянути питання про використання наявних ресурсів для реформування системи протитуберкульозної допомоги.

Виявлення осіб, хворих на туберкульоз. Переглянути Наказ МОЗ від 15 травня 2014 р. № 327 щодо загального обов'язкового флюорографічного обстеження працівників професій, які мають незначний вплив поширення повітряно-краплинної інфекції, більше зосередившись на чітко визначених групах ризику згідно з рекомендаціями ВООЗ. Кошти, що можуть бути зекономлені завдяки зменшенню навантаження та запровадженню уніфікованих діагностичних процедур слід реінвестувати у заходи з протидії туберкульозу на основі моделей надання допомоги, орієнтованих на хворого.

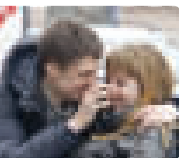
Лабораторна мережа. Продовжити оптимізацію лабораторної мережі, зокрема необхідно переглянути кількість і ефективність лабораторій першого та другого рівнів. Слід покращити географічний розподіл лабораторій другого та третього рівнів з урахуванням щільності населення та кількості осіб із груп ризику щодо захворювання на туберкульоз і туберкульоз із множинною лікарською стійкістю. Розширити доступ до діагностики туберкульозу, у тому числі за допомогою швидких молекулярних тестів, у віддалених районах шляхом удосконалення логістичного забезпечення транспортування зразків мокротиння. Переглянути і належним чином визначити нормативні документи стосовно ролі, задач і обов'язків усіх лабораторних рівнів, як-от навантаження, район обслуговування, кваліфікація та чисельність персоналу. Продовжити зміцнення існуючої в країні програми безперервного забезпечення контролю якості й підтримувати її фінансово.

Постачання лікарських засобів і управління. Запровадити метод Глобального лікарського Фонду щодо кількісного визначення потреб у лікарських засобах для державних закупівель, щоб забезпечити закупівлю та постачання лікарських засобів на всіх рівнях. Забезпечити наявність і розподіл лікарських засобів для повних схем лікування всіх хворих, особливо хворих на туберкульоз з прерозширеною і розширеною медикаментозною резистентністю. Необхідно посилити фармацевтичний менеджмент, особливо систему постачання лікарських засобів на всіх рівнях, щоб забезпечити постійний доступ до протитуберкульозних препаратів першого та другого ряду гарантованої якості. Інтегрувати управління постачанням лікарських засобів у цивільному секторі та пенітенціарній системі. Розробити протокол управління побічними реакціями ефектів для посилення їх лікування на всіх рівнях та забезпечити рапортування про серйозні побічні реакції. Реєструвати побічні ефекти у медичних картках і формах з фармнагляду і направляти їх до Експертного центру МОЗ.

Інфекційний контроль. Запровадити швидку лабораторну діагностику ТБ та завчасну ізоляцію інфекційних хворих на ТБ і застосовувати заходи адміністративного контролю. Розширити амбулаторне лікування хворих на ТБ та хіміорезистентний туберкульоз, особливо неінфекційних хворих. Посилити роль Національної програми протидії захворюванню на ТБ в моніторингу заходів інфекційного контролю на рівні протитуберкульозних закладів і регулярно проводити оцінки ризиків.

Лікування та ведення хворих на ТБ. Моделі допомоги на стаціонарній основі слід поступово замінювати спеціальною амбулаторною допомогою для всіх хворих на ТБ та хіміорезистентний ТБ, зокрема дітей. Кошти, зекономлені завдяки цій реформі, слід реінвестувати відповідним чином. Усі хворі, що лікуються амбулаторно, повинні отримувати ефективну підтримку для забезпечення дотримання режиму лікування, що дозволить звести до мінімуму ризик перерв у лікуванні, невдач і продовження передачі ТБ та хіміорезистентного ТБ. Стимулювання та мотивацію усіх хворих слід забезпечити на постійній основі.

Дитячий туберкульоз. Відкоригувати заходи щодо протидії захворюванню на ТБ серед дітей, зокрема збільшення охоплення вакцинацією БЦЖ при народженні з нинішніх 65 відсотків до 95 відсотків, скасування ревакцинації БЦЖ у семирічному віці, замінити масову щорічну туберкулінодіагностику дітей на адресним активним виявленням хворих у групах ризику, застосування рекомендованих ВООЗ схем профілактичного лікування дітей з латентною туберкульозною інфекцією. Чинну, застарілу стратегію госпіталізації дітей без захворювання (які перебували в контакті з хворими на ТБ тощо) та дітей з неважкими формами ТБ слід скасувати, тому що вона є величезним фінансовим тягарем для країни та підвищує ризик внутрішньолікарняної передачі ТБ (особливо для осіб, не хворих на ТБ); крім того, ця система є неетичною та посилює стигматизацію й завдання психоемоційних травм дітям та їх сім'ям. Протоколи діагностики, лікування і профілактики ТБ слід терміново оновити та запровадити згідно з найостаннішими міжнародними



стандартами, щоб забезпечити доступ до відповідних діагностичних засобів і використання належних схем лікування (зокрема відповідне дозування), а також профілактику ізоніазидом, визначаючи дозування і тривалість лікування науково-обґрунтованим шляхом.

ТБ/ВІЛ. Виконати рекомендації ВООЗ щодо початку антиретровірусного лікування хворих на ВІЛ-інфекцію (без ТБ) у випадку, якщо показник CD4 менше 500. Забезпечити безперебійне постачання протитуберкульозних препаратів усім хворим на ТБ/ВІЛ-інфекцію незалежно від їх реєстрації (включаючи профілактику ізоніазидом). Виділити з місцевих бюджетів і (або) централізованого державного бюджету спеціальні кошти на підтримку заходів з протидії ТБ (виявлення хворих на ТБ, підтримка відстеження контактів, забезпечення дотримання режиму лікування) серед основних уражених груп населення через механізми соціальних контрактів.

Хіміорезистентний ТБ та МРТБ. Забезпечити доступ до належного лікування (включаючи п'яту групу протитуберкульозних препаратів і застосування нових протитуберкульозних препаратів у терапії співчуття) усіх хворих на РРТБ для припинення подальшого розвитку стійкості та обмеження передачі туберкульозу із розширеною резистентністю. Запровадити нові, скорочені схеми лікування і нові протитуберкульозні препарати в умовах оперативного дослідження згідно з рекомендаціями ВООЗ, покращуючи в такий спосіб результати лікування, забезпечуючи наближення допомоги до хворого і зменшуючи витрати на лікування. Забезпечити надання паліативної допомоги у випадках невдачі лікування хіміорезистентного ТБ шляхом введення і розроблення національних настанов із паліативної допомоги та створення лікувальних закладів із належним веденням пацієнтів та відповідним інфекційним контролем.

Кадрові ресурси. Переглянути план кадрового забезпечення і сфери задач персоналу згідно з запланованими змінами (дитячий ТБ, зміцнення амбулаторної моделі надання допомоги, введення нових працівників для забезпечення дотримання режиму лікування хворими, наприклад, соціальних працівників, соціологів, патронажних медичних сестер).

Протидія захворюванню на ТБ у пенітенціарних закладах. Покращити координацію діяльності з протидії захворюванню на ТБ між пенітенціарною та цивільною системами охорони здоров'я на всіх рівнях, щоб забезпечити однакову якість надаваної медичної допомоги. Визначити механізми співробітництва між медичними та немедичними службами пенітенціарних закладів, щоб забезпечити оптимальну реалізацію заходів з протидії ТБ у пенітенціарній системі. Сприяти здійсненню стандартних заходів із протидії ТБ у всіх пенітенціарних закладах і забезпечити повну інтеграцію у Національну програму протидії захворюванню на ТБ на 2017–2021 рр.

Адвокація, комунікація і соціальна мобілізація. Розробити стратегію адвокації, комунікації та соціальної мобілізації згідно зі змінами у підходах, закладених у Національній програмі протидії захворюванню на ТБ на 2017–2021 рр., які передбачатимуть участь громад і соціальну мобілізацію.

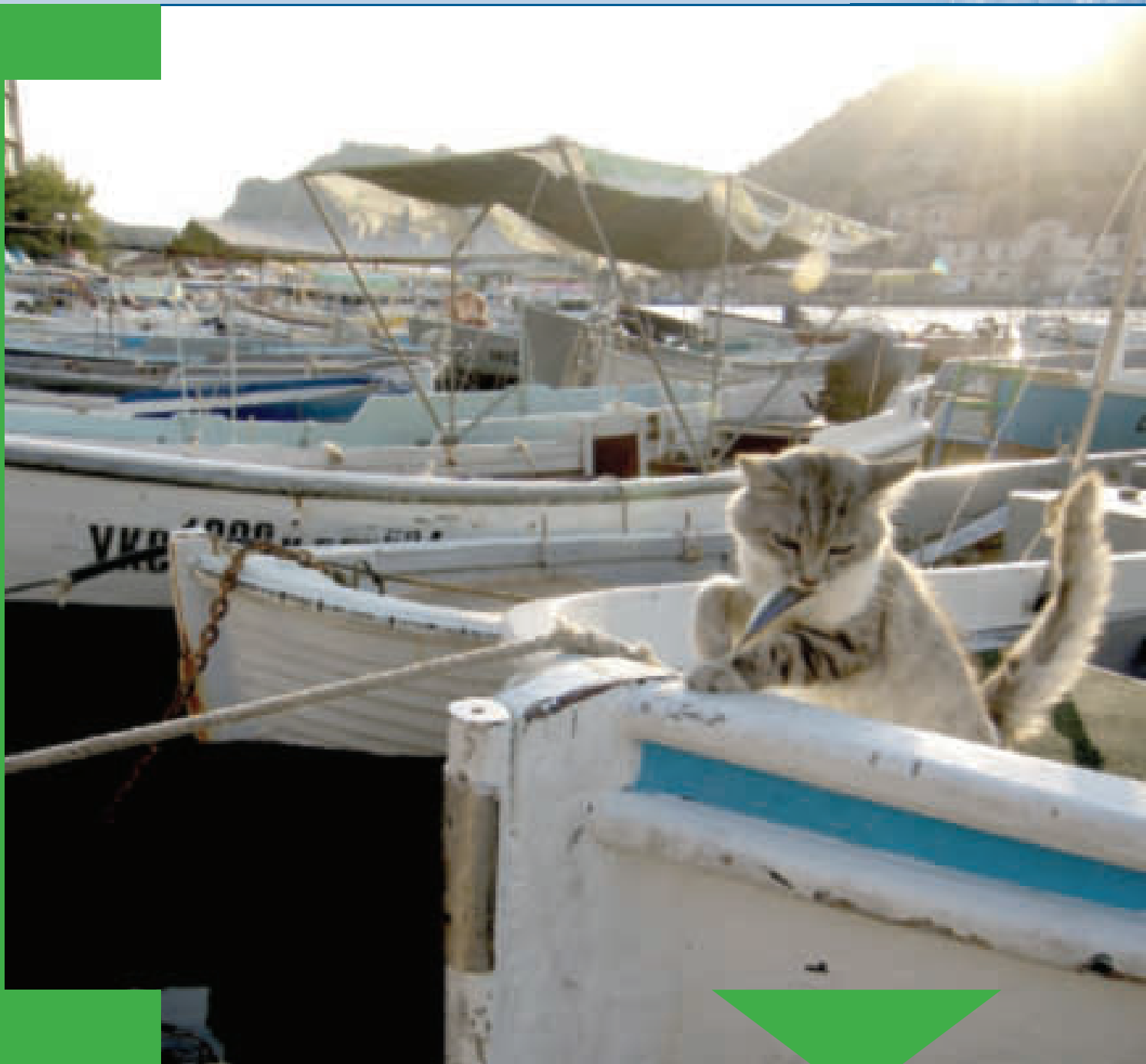
Інші вразливі групи населення і соціальні визначальні фактори. Розширити доступ до швидкої лабораторної діагностики ТБ і допомоги, орієнтованої на хворого, для членів уразливих груп. Забезпечити сталість заходів серед основних уражених груп населення, які наразі запроваджуються неурядовими організаціями, за допомогою соціальних контрактів із фінансуванням з місцевих (обласних і (або) районних) бюджетів. Підтримати надання послуг уразливим групам поруч із місцем їх проживання, розширити програми зменшення шкоди й розгорнути мобільні багатопрофільні команди з необхідним обладнанням і витратними матеріалами.

Етика і права людини. Забезпечити всезагальний доступ усіх хворих на ТБ до діагностики ТБ та якісного лікування ТБ і хіміорезистентного ТБ незалежно від їх соціального положення, наявності супутніх захворювань або низького рівня дотримання режиму лікування в минулому. Надавати соціальну підтримку (житло, стимулювання та мотивацію) всім нужденним хворим на ТБ і хіміорезистентний ТБ упродовж амбулаторного етапу лікування, незалежно від форми ТБ або джерела фінансування, шляхом використання коштів місцевих бюджетів. Переглянути чинне законодавство про примусове лікування (ізоляцію) та забезпечити необхідну юридичну підтримку для того, щоб були вичерпані всі можливі засоби, перш ніж розглядати питання про примусові заходи. Переглянути поняття «паліативна допомога», узгодити його з міжнародними нормами в цій сфері й додати його як доповнення до чинного національного протоколу лікування ТБ на предмет негайного впровадження. Соціально неблагополучні хворі, особливо бездомні, повинні систематично включатися у реєстри хворих на ТБ, навіть якщо у них немає реєстрації проживання. Чинну, застарілу стратегію госпіталізації дітей без захворювання (які перебували в контакті з хворими на ТБ тощо) та дітей з неважкими формами ТБ слід скасувати, тому що вона є величезним фінансовим тягарем для країни та підвищує ризик внутрішньолікарняної передачі ТБ (особливо для осіб, не хворих на ТБ); крім того, ця система є неетичною та посилює стигматизацію й завдання психоемоційних травм дітям та їх сім'ям.

Оперативні дослідження. Створити платформу для національних і регіональних оперативних досліджень у галузі лікування хворих на ТБ, хіміорезистентний ТБ та коінфекцію ТБ-ЛС/ВІЛ на базі існуючих відомств охорони здоров'я, щоб надати документальні докази економічної ефективності для прийняття стратегічних рішень із метою подальшого вдосконалення механізмів фінансування та бюджетних асигнувань на національному і регіональному (обласному) рівнях.



ціль **7** СТАЛИЙ РОЗВИТОК ДОВКІЛЛЯ



БЛИЗЬКО **70%** ПОВЕРХНЕВИХ ВОД І ЗНАЧНА ЧАСТКА ЗАПАСІВ ҐРУНТОВИХ ВОД
ВЖЕ НЕ Є ДЖЕРЕЛАМИ БЕЗПЕЧНОЇ ПИТНОЇ ВОДИ
ЧЕРЕЗ АНТРОПОГЕННЕ НАВАНТАЖЕННЯ

ЩОРІЧНО ОБСЯГ ШКІДЛИВИХ ВИКІДІВ
У ПОВІТРЯ УКРАЇНИ ПЕРЕВИЩУВАВ



4,0 МЛН ТОНН
(ВІД СТАЦІОНАРНИХ ДЖЕРЕЛ)



2,0 МЛН ТОНН –
ВІД ПЕРЕСУВНИХ ДЖЕРЕЛ



ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

ЗАВДАННЯ	ІНДИКАТОРИ
Завдання 7.А: Збільшити до 2015 року частку населення, яке має доступ до централізованого водопостачання, зокрема до 90% – міського населення та до 30% – сільського населення	7.1. Частка населення міських поселень, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості міського населення
	7.2. Частка сільського населення, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості сільського населення
Завдання 7.В: Стабілізувати до 2020 року викиди парникових газів на рівні, нижчому на 20% за рівень 1990 року	7.3. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від стаціонарних джерел забруднення, млн тонн на рік
	7.4. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від пересувних джерел забруднення, млн тонн на рік
Завдання 7.С: Стабілізувати до 2015 року забруднення водних об'єктів. Стабілізувати на рівні 8500 млн куб. м на рік обсяг скидів стічних вод у поверхневі водні об'єкти	7.5. Обсяг скидів зворотних вод у поверхневі водні об'єкти, млн куб. м на рік
Завдання 7.Д: Збільшити до 2015 року лісистість території України до 16,1% та площу природоохоронних територій. Розширити мережу природних заповідників, біосферних заповідників та національних природних парків до 3,5% від загальної площі території України і до 9,0% – загальну площу територій та об'єктів природно-заповідного фонду	7.6. Лісистість територій, відношення площі земель, вкритих лісовою рослинністю, до загальної площі території України, %
	7.7. Частка площі заповідників, біосферних заповідників, національних природних парків, % до загальної площі території України
	7.8. Частка площі територій та об'єктів природно-заповідного фонду України, % до загальної площі території України

ДИНАМІКА ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ В УКРАЇНІ

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015
Індикатор 7.1. Частка населення міських поселень, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості міського населення															
...	88,0	88,0	88,0	87,0	87,0	87,0	87,0	87,0	93,2	...	93,4	...	...	89,8	90,0
Індикатор 7.2. Частка сільського населення, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості сільського населення															
...	...	...	...	26,0	27,0	...	...	26,0	22,1	...	22,2	...	...	...	30,0
Індикатор 7.3. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від стаціонарних джерел забруднення, млн т на рік**															
...	4,05	4,08	4,09	4,15	4,46	4,82	4,81	4,52	3,93	4,13	4,40	4,30	4,30	3,19	4,70
Індикатор 7.4. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від пересувних джерел забруднення, млн т на рік***															
...	1,99	2,03	2,10	2,17	2,15	2,20	2,56	2,68	2,51	2,54	2,50	2,48	2,40	2,00	3,20
Індикатор 7.5. Обсяг скидів зворотних вод у поверхневі водні об'єкти, млн куб. м на рік															
...	10136	9613	9098	8697	8553	8484	8579	8342	7381	7817	7725	7788	7440	6354	8500
Індикатор 7.6. Лісистість територій, відношення площі земель, вкритих лісовою рослинністю, до загальної площі території України, %															
...	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,7	15,7	15,9	15,9	15,9	16,0	...	16,1
Індикатор 7.7. Частка площі заповідників, біосферних заповідників, національних природних парків, % до загальної площі території України															
...	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9	1,9	2,0	2,4	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	3,5
Індикатор 7.8. Частка площі територій та об'єктів природно-заповідного фонду України, % до загальної площі території України															
...	4,20	4,50	4,50	4,57	4,65	4,73	4,95	5,04	5,40	5,70	5,90	6,05	6,08	6,15	9,00

У таблиці наведені дані Державної служби статистики та цільові показники для досягнення у 2015 році (встановлені у 2010 році).

* Див. зауваження на с. 2.

** Обсяг шкідливих викидів у атмосферу від стаціонарних джерел забруднення лише від підприємств, взятих на державний облік, млн т на рік.

*** За 2001–2002 роки відображаються дані по автомобільному транспорту; з 2003 року – по автомобільному, залізничному, авіаційному, водному транспорту; з 2007 року – по автомобільному, залізничному, авіаційному, водному транспорту та виробничій техніці.

СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

В Україні вдалося досягти певних позитивних зрушень на шляху виконання завдань сталого розвитку довкілля. Суттєво зменшено викиди парникових газів, обсягів викидів і скидів забруднюючих речовин у навколишнє природне середовище, а також утворення відходів, хоча цей прогрес пов'язаний зі зниженням темпів економічного зростання. Позитивна динаміка спостерігається також щодо підвищення

лісистості території та збільшення площі заповідників і національних парків. Проте спостерігається стагнація або незначний прогрес у сфері енергозбереження, ефективного використання енергії та використання поновлюваної енергії. Проблемними залишаються питання поводження з відходами, а також забезпечення централізованим водопостачанням частки населення, яке проживає у сільській місцевості.

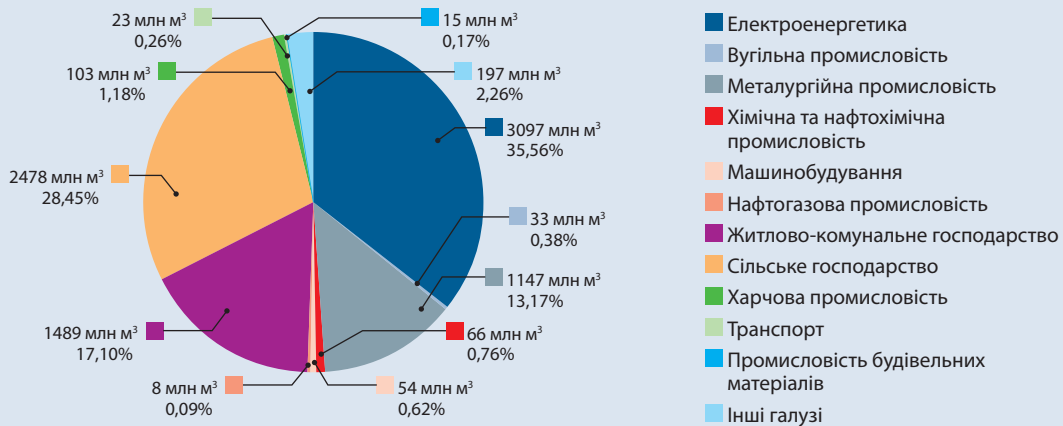
КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

Питна вода та водні об'єкти. З 2000 року в Україні поступово збільшується частка

населення міських поселень, яке має доступ до централізованого водопоста-



Рис. 2.7.1 Використання свіжої води підприємствами у розрізі галузей економіки (м³), 2014 рік*



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

чанья. Так, у 2001 році ця частка становила 88%, у 2009 році – 93,2%, у 2011 році – 93,4%, що перевищує цільовий орієнтир 2015 року (90%). Проте в Україні продовжує зберігатися суттєва диспропорція між міським і сільським населенням: наприклад, у 2011 році частка населення міських поселень, яке має доступ до централізованого водопостачання, від загальної кількості міського населення становила 93,4%, а відповідна частка сільського населення – лише 22,2% (протягом останніх років інформація щодо стану централізованого водопостачання відсутня внаслідок неможливості здійснення статистичних спостережень, див. зауваження на с. 2).

Решта населення для отримання питної води користується місцевими джерелами – шахтними та трубчатими колодязями, саморобними каптажами, прирусловими копанками, а також привізною водою.

За ступенем водозабезпечення Україна посідає одне з останніх місць серед країн Європи. При недостатній забезпеченості водними ресурсами у країні мають місце найбільші норми водокористування (в середньому 250–320 літрів/добу·особу). Це щонайменше удвічі вище, ніж середній рівень водопостачання у розвинених країнах Європи. Водночас через скорочення чисельності населення, зниження темпів економічного зростання та прогресу, більш ощадливе використання води (як для індивідуального споживання, так і для потреб виробництва) відбувається загальне зменшення обсягів спожитої води.

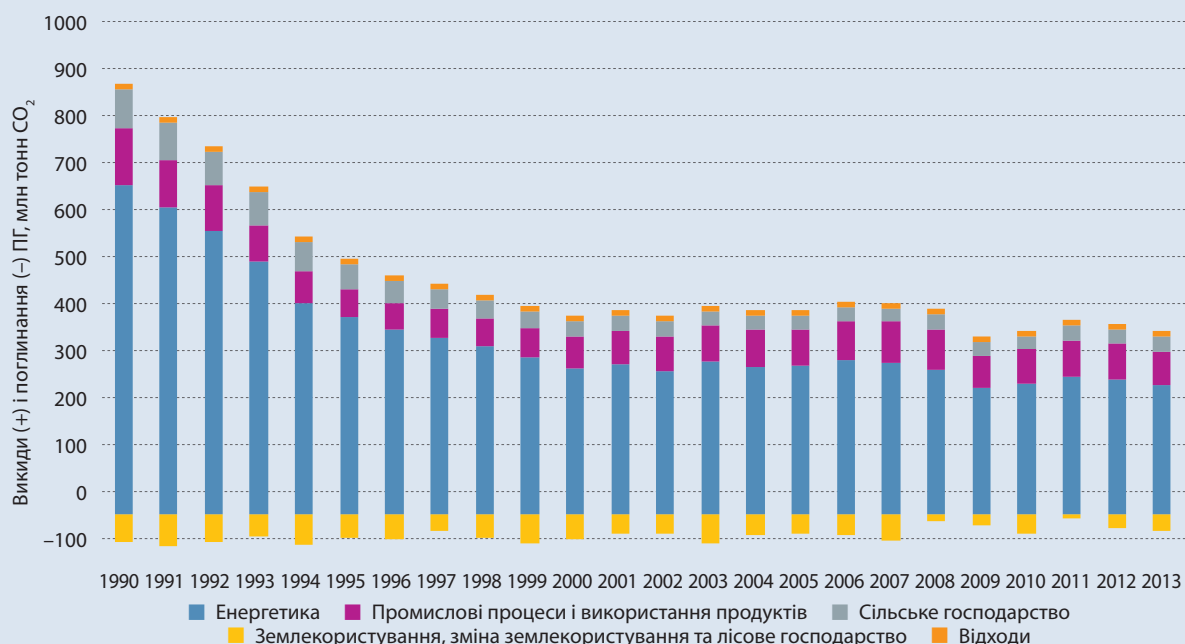
Головними споживачами свіжої води є такі галузі економіки: електроенергетика, металургійна промисловість, житлово-комунальне господарство, сільське господарство (рис. 2.7.1).

Як і у попередні роки, у 2014 році мали місце **значні втрати води при транспортуванні**, загальний обсяг яких склав 1350 млн м³, або 12% забраної води (у 2013 році цей показник склав 2213 млн м³, або 16%)¹. Недостатньою є кількість приладів обліку води в галузі водопостачання, використання яких – один із важливих інструментів економії води. Так, рівень оснащення підприємств водопровідно-каналізаційного господарства технологічними приладами обліку води становить лише 72,4% (станом на початок 2015 року).

Забруднення води. Підземні води України в багатьох регіонах за своєю якістю не відповідають нормативним вимогам до джерел водопостачання, що пов'язано передусім з антропогенним забрудненням. Головними чинниками забруднення ґрунтових вод на більшій частині території України залишаються: комунальні стоки; стоки тваринницьких комплексів; мінеральні добрива; продукти сільгоспхімії; невідсорбовані склади зберігання промислових відходів, мінеральних добрив та отрутохімікатів;

¹ Зменшення показників втрат води за 2013–2014 роки очевидно пов'язане зі зменшенням роботи Північно-Кримського каналу, який кожного року (до 2014 року) подавав понад 1,2 млрд м³ дніпровської води на Кримський півострів, в основному – на потреби питного водопостачання та зрошення.

Рис. 2.7.2 Результати інвентаризації антропогенних викидів з джерел і абсорбції поглиначами парникових газів, 1990–2013 роки



Джерело: Державна служба статистики України.

нафтопереробні заводи та інші локальні об'єкти. Техногенне навантаження на територію без надійного природного захисту призвело до формування стійких осередків забруднення підземних вод. Також на якість поверхневих вод негативно впливає скид шахтно-кар'єрних вод, які практично без очищення потрапляють у поверхневі водні об'єкти.

У 2014 році з природних водних об'єктів, у тому числі з підземних водних об'єктів, забрано 11505 млн м³ води, що становить 84,4% від обсягу 2013 року. Із підземних водних об'єктів забрано 1503 млн м³ (у 2013 році – 1911 млн м³). Зменшення забору води в 2014 році пояснюється, насамперед, зменшенням подачі води в АР Крим та загальним спадом промислового виробництва в країні. На виробничі потреби в 2014 році забрано 4871 млн м³, а на побутово-питні потреби – 1500 млн м³. У цілому, починаючи з 90-х років минулого століття, спостерігається стрімке зменшення водозабору. Останніми роками водозабір є відносно стабільним.

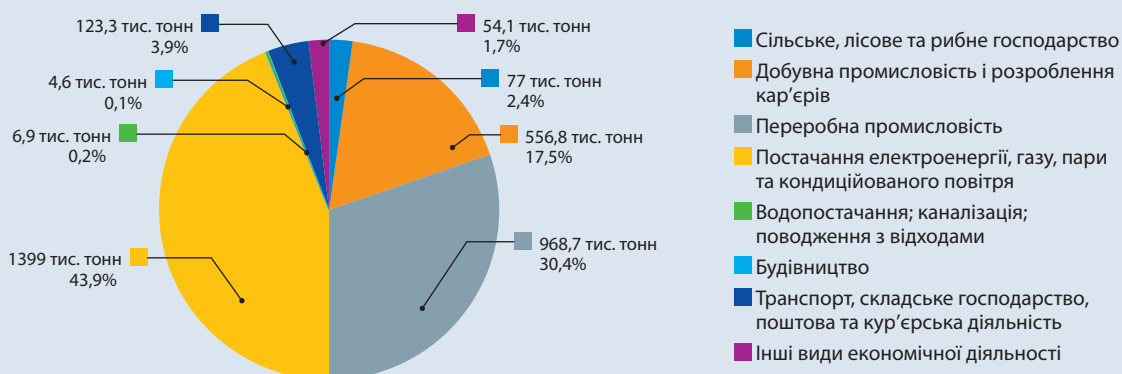
Викиди парникових газів. Як одна зі сторін Рамкової конвенції ООН про зміну клімату (РКЗК), Україна розробляє та публікує дані національної інвентаризації антропогенних викидів з джерел і абсорбції поглиначами

усіх парникових газів (ПГ). Результати цих інвентаризацій є об'єктивними показниками темпів та тенденцій кількісних і якісних змін у ПГ. Згідно з проектом Національного кадастру за 1990–2013 роки, сукупні викиди ПГ у 2013 році склали 349,4 млн т CO₂-еквіваленту (CO₂-екв.).

Найбільшу частину цих викидів в Україні складає сектор «Енергетика», викиди в якому у 2013 році склали 272,3 млн т CO₂-екв., що становить 77,9% від загальних викидів ПГ (із урахування сектору «Землекористування, зміни землекористування і лісове господарство» – 333ЛГ). Цей показник демонструє зниження на 60,9% порівняно з рівнем 1990 року, який є базисним. Наступним за величиною викидів ПГ є сектор «Промислові процеси і використання продуктів». У 2013 році сукупні викиди ПГ тут складали 71,7 млн т CO₂-екв., або 20,5% від загальних викидів ПГ (зменшення порівняно з 1990 роком складає 39,2%, порівняно з 2012 роком – 4,7%). Викиди ПГ в секторі «Сільське господарство» у 2013 році становили 31,9 млн т CO₂-екв., що становить 9,1% від сукупних викидів ПГ (без урахування 333ЛГ); вони зменшилися на 62,4% порівняно з 1990 роком, а порівняно з 2012 роком – збільшилися на 8,4%. У секторі «Відходи» у 2013 році сукупні викиди ПГ склали 3,5% від загальних викидів ПГ із



Рис. 2.7.3 Викиди забруднюючих речовин у атмосферу за видами економічної діяльності, 2014 рік*



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

урахуванням сектору ЗЗЛГ. Основним джерелом забруднення є викиди метану зі звалищ твердих побутових відходів та викиди закису азоту від стічних вод, що в першу чергу пов'язано з життєдіяльністю людини. У 2013 році викиди в цьому секторі склали 12,1 млн т CO₂-екв., вони збільшилися порівняно з базовим 1990 роком на 5,0%. Як свідчать дані національних інвентаризацій, в Україні спостерігається стабільна тенденція до зменшення викидів ПГ. Загальна динаміка викидів та поглинання ПГ наведена на рис. 2.7.2.

Забруднення атмосферного повітря. Протягом 2014 року в атмосферу надійшло 3,2 млн т забруднюючих речовин від стаціонарних джерел забруднення, що становить 74,8% від обсягу викидів у 2013 році². Це зменшення відбулося за рахунок скорочення обсягів виробництва промисловими підприємствами та часткового переходу до інших джерел енергії, а отже, зниження використання газу та вугілля.

Серед стаціонарних джерел основним забруднювачем повітря країни є промисловість (рис. 2.7.3). У 2014 році підприємства переробної промисловості викинули забруднюючих речовин в атмосферне повітря 968,7 тис. т (30,4% від загального обсягу викидів); з них металургійне виробництво –

802,1 тис. т (відповідно, 25,1%); підприємства – виробники електроенергії, газу, пари та кондиційованого повітря – 1399,0 тис. т (43,9%); добувна промисловість і розроблення кар'єрів – 556,8 тис. т (17,5%).

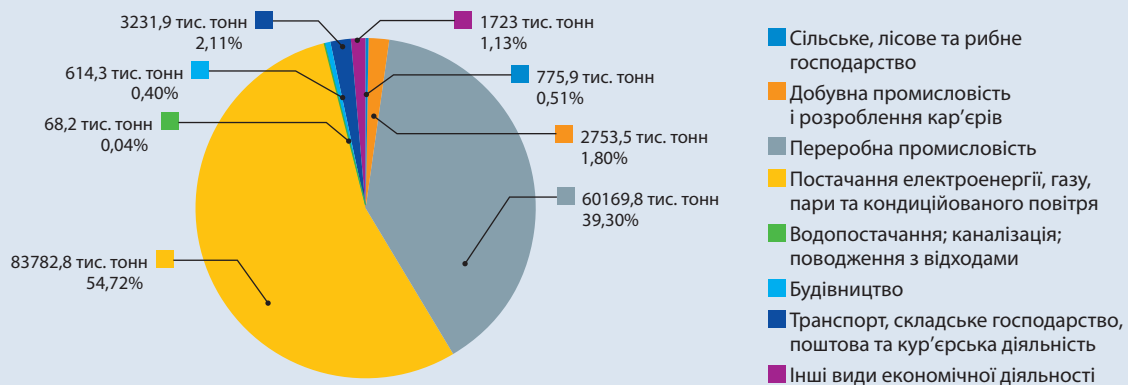
У складі забруднюючих речовин, викинутих стаціонарними джерелами у 2014 році, було 579,3 тис. т метану та 10,6 тис. т закису азоту, які належать до парникових газів. Крім цих речовин, у атмосферу в 2014 році стаціонарними джерелами було викинуто 153,1 млн т діоксиду вуглецю, пересувними джерелами – 28,0 млн т, що також негативно впливає на зміну клімату.

Значний внесок у забруднення атмосферного повітря вносять пересувні джерела – автомобільний, залізничний, авіаційний, водний транспорт і виробнича техніка. Обсяги шкідливих викидів у атмосферу від цих джерел забруднення зростали з 2001 до 2008 року (від 1,99 млн т на рік до 2,68 млн т на рік), а надалі обсяги скорочувалися (у 2014 році – 2,0 млн т). Основними причинами цього виду викидів є старіння з часом автомобільного транспорту та використання палива невисокої якості. Разом з тим, показники забруднення повітря за період 2001–2014 роки все ще показують залежність обсягів викидів від зростання чи спаду обсягів промислового виробництва, тобто в країні не створені умови для усунення цієї негативної залежності.

Забруднення водних об'єктів. Завдання щодо стабілізації до 2015 року забруднення водних об'єктів на рівні 8500 млн м³ на рік обсягу скидів стічних вод у поверхневі

² Наведені дані стосуються підприємств, які перебувають на державному обліку за обсягами потенційних викидів забруднюючих речовин та парникових газів в атмосферу; інформацію за 2013 рік наведено без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим та міста Севастополя, за 2014 рік – також без урахування частини зони проведення антитерористичної операції.

Рис. 2.7.4 Викиди діоксиду вуглецю у атмосферу за видами економічної діяльності, 2014 рік*



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.

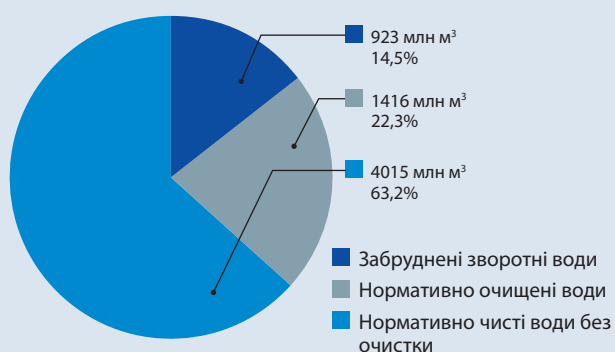
водні об'єкти виконано. Вже починаючи з 2008 року цей обсяг становить 8342 млн м³ і далі по роках не перевищує 8 млрд м³ щорічно. Найбільшими забруднювачами щодо відведення зворотних вод у поверхневі водні об'єкти є такі галузі: електроенергетика (41% від загального обсягу скидів), житлово-комунальне господарство (26%), металургійна промисловість (15%), сільське господарство (14%).

Загальне водовідведення стічних, шахтно-кар'єрних та колекторно-дренажних вод протягом 2014 року становило 6587 млн м³. При цьому у поверхневі водні об'єкти скинуто 6354 млн м³, у тому числі: забруднених зворотних вод – 923 млн м³ (14,5%); нормативно очищених – 1416 млн м³ (22,3%); нормативно чистих без очистки – 4015 млн м³ (63,3%). У складі забруднених зворотних вод

без очищення скинуто 175 млн м³ стоків, що є особливо небезпечними для довкілля. Найбільші обсяги скидів забруднених стічних вод у межах основних басейнів у 2014 році здійснено у басейні річки Дніпро – 473,6 млн м³, що на 119,5 млн м³ менше, ніж у 2013 році. Основними причинами скидання забруднених стоків у поверхневі водойми є нестача у більшості населених пунктів країни централізованого водовідведення, низька якість очищення зворотної води, незадовільний стан функціонуючих очисних споруд та недостатнє законодавство в частині охорони вод.

Як зазначено у Концепції Загальнодержавної програми розвитку та реконструкції централізованих систем водовідведення населених пунктів на 2012–2020 роки, централізована система водовідведення України є складним інженерним комплексом. Вона складається з 50,8 тис. кілометрів мереж, 3,2 тис. насосних станцій, на яких встановлено близько 7,6 тис. насосних агрегатів, та 1,3 тис. каналізаційних очисних споруд. Значна частина споруд комплексу відпрацювала нормативний строк і потребує оновлення. Водночас 12 міст і 345 селищ міського типу та 95% сільських населених пунктів не оснащені централізованими системами каналізації, а у 187 міських населених пунктах очисні каналізаційні споруди працюють неефективно – у водойми щодоби скидається понад 12 тис. м³ неочищених та недостатньо очищених стічних вод. 35% каналізаційних мереж перебувають у ветхому або аварійному стані, 49% насосних станцій потребують реконструкції, удосконалення технологічного процесу та обладнання або невідкладної заміни. Протягом

Рис. 2.7.5 Відведення зворотних вод підприємствами, 2014 рік*



Джерело: Державна служба статистики України.

* Див. зауваження на с. 2.



останніх років внаслідок економічної кризи майже повністю припинилося будівництво і введення в експлуатацію нових каналізаційних потужностей, також призупинено реконструкцію діючих споруд і мереж.

Лісистість території України. Частка загальної території України, покрита лісами, уже в 2013 році становила 16%, а враховуючи стійку тенденцію до зростання цього показника, починаючи із 2001 року, з 15,6%, є підстави вважати, що цільове значення було досягнуто (16,1%).

Ліси України не тільки займають відносно невелику площу, а ще й вкрай нерівномірно розміщені на території країни – сконцентровані переважно на Поліссі та в Карпатах. Тим не менш вони є головним стабілізуючим компонентом природних ландшафтів, регулюючи гідрологічний режим територій і якість води, попереджаючи вітрову та водну ерозію ґрунтів та підтримуючи важливі біохімічні цикли екосистем.

У 2014 році проведено відтворення лісів на площі 58,0 тис. га, в тому числі шляхом садіння і висівання лісу 38,0 тис. га, природного відновлення – 20 тис. га (за даними Держстату). У лісах, підпорядкованих Держлісагентству, загальні обсяги відтворення і створення нових лісів в 1,25 раза перевищують розміри суцільних зрубів 2013 року.

Упродовж 2014 року загалом загинуло 17,6 тис. га площі лісових деревостанів, що на 8,3% більше порівняно з 2013 роком. Основними причинами загибелі лісових деревостанів були: хвороби лісу (38%, або 6,6 тис. га), вплив несприятливих погодних умов (34%, або 6,0 тис. га), лісові пожежі (13%, або 2,3 тис. га).

Сертифікація лісів. Важливим напрямом розвитку лісового господарства України є сертифікація лісів, яка проводиться вже понад 10 років. В Україні розбудовано лісову сертифікацію за міжнародною схемою Лісової опікунської ради (Forest Stewardship Council, міжнародної некомерційної неурядової організації, метою діяльності якої є просування відповідального управління лісами в усьому світі). На початок 2015 року площа сертифікованих лісів досягла 2,787 млн га, що складає 26,8% лісового фонду країни. Акредитованими органами сертифікації видано 23 сертифікати відповідального ведення лісового господарства Лісової опікунської ради. З них 4

сертифікати, що охоплюють 77% усіх лісів, є груповими, до цієї групи входять державні підприємства у Волинській, Закарпатській, Львівській та Рівненській областях. Інші 19 індивідуальних сертифікатів покривають лише 23% усіх лісів. Сертифіковані ліси розташовуються нерівномірно і зосереджуються переважно в західних і північних областях країни.

Лісова сертифікація є важливим інструментом для розвитку екологічно збалансованого і відповідального ведення лісового господарства, що передбачає заготівлю лісоматеріалів та іншої лісової продукції за одночасного збереження біорізноманіття та продуктивності лісів, природних екологічних процесів.

Розширення мережі природних заповідників, біосферних заповідників та національних природних парків. В Україні, починаючи з 2000 року, встановилася стійка динаміка зростання частки площі заповідників, біосферних заповідників, національних природних парків, територій та об'єктів природно-заповідного фонду України (ПЗФ).

Конвенцією про охорону біологічного різноманіття, сторонами якої є 193 країни світу, у тому числі й Україна, поставлено завдання створити до 2020 року систему природоохоронних територій на площі щонайменше 17% суходолу та 10% морських акваторій. Станом на початок 2015 року до складу природно-заповідного фонду України входять 8154 території та об'єкти загальною площею 4,0 млн га у межах суходолу території України і 402,5 тис. га в межах акваторії Чорного моря (табл. 2.7.1). Відношення площі ПЗФ до загальної площі країни (показник заповідності) становить 6,15%, тобто він є значно нижчим за цільове значення у 17% (відповідно до Конвенції про охорону біологічного різноманіття).

Структура ПЗФ України включає 11 категорій територій і об'єктів загальнодержавного та місцевого значення, серед яких найбільші частки мають заказники (35%), національні природні парки (31%) та регіональні ландшафтні парки (20%). Наразі ведеться робота щодо створення нових та розширення існуючих територій і об'єктів ПЗФ на території близько 600 тис. гектарів. Так, розроблено та знаходиться на стадії погодження із заінтересованими місцевими органами влади і самоврядування, користувачами земельних

**Таблиця 2.7.1 Загальна кількість та частка площ територій і об'єктів
ПЗФ України за категоріями, станом на початок 2015 року**

Категорія	Кількість об'єктів	% від загальної площі
Заповідники:		
природні	19	5,2
біосферні	4	6,3
національні природні парки	48	30,8
Заказники	3121	34,5
Регіональні ландшафтні парки	80	19,5
Заповідні урочища	811	2,5
Пам'ятки природи, ботанічні сади, зоологічні парки, дендрологічні парки, парки-пам'ятки садово-паркового мистецтва	4071	1,2
Усього:	8154	100,0
в тому числі:		
загальнодержавного значення	645	53,9
місцевого значення	7509	46,1
Заказник загальнодержавного значення (Чорне море)	1	x

Джерело: Державна служба статистики України.

ділянок матеріали до проектів створення 6 територій ПЗФ загальнодержавного значення (загальною площею 280 тис. гектарів), розробляються проекти створення або розширення низки територій та об'єктів ПЗФ у різних областях України (загальною площею близько 300 тис. гектарів).

Утворення та поводження з відходами. Протягом 2014 року в Україні утворилося 343,5 млн т відходів, із яких 337,4 млн т – від економічної діяльності підприємств та організацій. Відходи III, II та I класів небезпеки становили, відповідно, 641,5 тис. т, 24,2 тис. т і 2,1 тис. т. Таким чином, пере-

важну частину утворених відходів (99,8%) становили відходи IV класу небезпеки, які є найменш загрозливими для довкілля. Необхідно зазначити, що частка відходів I–III класів небезпеки у загальних обсягах відходів, що утворюються в країні, щорічно не перевищує 0,5%, проте саме вони є небезпечними для здоров'я людей і навколишнього природного середовища. Аналіз динаміки утворення відходів за видами економічної діяльності підприємств за період 2010–2013 роки показує, що основна частка відходів пов'язана з добуванням кам'яного та бурого вугілля, металевих руд та інших корисних копалин, розроблення кар'єрів.

ПРОБЛЕМИ ТА НОВІ ВИКЛИКИ

Недостатній рівень доступу до якісної питної води. Завдання забезпечення населення України якісною та безпечною для здоров'я людини питною водою є одним із найбільш соціально значущих. Забруднення води нітратами призводить до виникнення різноманітних захворювань, зниження загальної резистентності організму і, як наслідок, до підвищення рівня загальної захворюваності, зокрема на інфекційні та онкологічні захворювання.

Основною проблемою, що заважає забезпеченню рівного доступу населення до якісної питної води, є недостатнє фінансу-

вання будівництва та реконструкції систем централізованого водопостачання, станцій (установок) доочищення питної води у цих системах.

Серед інших проблем можна виокремити такі: незадовільний екологічний стан поверхневих та підземних джерел питного водопостачання; недотримання режиму зон санітарної охорони на багатьох джерелах та об'єктах питного водопостачання; незадовільний технічний стан та зношеність систем водопостачання та водовідведення; недостатній рівень упровадження на підприємствах питного водопостачання



та водовідведення ресурсо- й енергозберігаючих технологій, лічильників води та об'єднання тощо.

Забруднення атмосферного повітря. Забруднення повітря в Україні також негативно впливає на здоров'я населення. Основними причинами забруднення повітря є невиконання підприємствами-забруднювачами у встановлені терміни заходів зі скорочення викидів забруднюючих речовин до гранично допустимого рівня; експлуатація технічно застарілого автомобільного парку та недосконале законодавство у сфері охорони атмосферного повітря. Особливою проблемою є забруднення повітря у великих містах, де населення найбільше потерпає від забруднення внаслідок викидів автомобільного транспорту; інколи концентрація небезпечних субстанцій є прямою загрозою здоров'ю людей.

Низька ефективність використання енергії. Економіка України характеризується низькою енергоефективністю. Незважаючи на різке подорожчання енергоресурсів, в Україні повільно впроваджуються заходи, спрямовані на енергозбереження, підвищення енергоефективності та отримання енергії з відновлювальних альтернативних джерел. Проілюструвати поточну ситуацію в цій сфері можна за допомогою порівнянь з країнами Європи. Так, за даними Громадської організації «Реанімаційний пакет реформ», енергоемність ВВП в Україні (питомі енерговитрати на 1 дол. США виробленого валового внутрішнього продукту) перевищує аналогічні показники: Великої Британії – у 4,8 раза; Туреччини – у 3,8 раза; Польщі – у 3,0 раза. Україна споживає газу більше, ніж Швеція, Бельгія, Польща, Чехія, Норвегія, Естонія та Латвія разом узяті. У 2013 році Польща спожила 14–15 млрд м³ газу, Україна – 50,4 млрд м³ газу, при цьому ВВП Польщі втричі перевищує ВВП України. На опалення будинків в Україні витрачається 260 кВт·год/м², у країнах ЄС – 90–120 кВт·год/м². За даними інтернет-видання «Українська енергетика UA-Energy.org», у 2012 році потенціал енергозбереження української економіки становив 13,8 млрд євро.

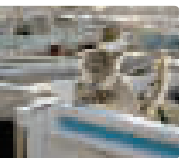
Забруднення поверхневих водних об'єктів. Проблема забезпечення належного екологічного стану водних об'єктів залишається актуальною для всіх регіонів України. Практично всі поверхневі водні джерела і ґрунтові води є забрудненими.

Основними речовинами, які призводять до забруднення, є такі: сполуки азоту та фосфору, органічні речовини, що піддаються легкому окисленню, отрутохімікати, нафтопродукти, важкі метали, феноли. Забруднення поверхневих вод відбувається внаслідок скиду комунально-побутових і промислових стічних вод, які є недостатньо очищеними або взагалі без очистки, безпосередньо у водні об'єкти та через систему міської каналізації; надходження до водних об'єктів забруднюючих речовин з поверхневим стоком із забудованих територій; змиву із сільгоспугідь хімічних речовин захисту рослин, унаслідок ерозії ґрунтів на водозабірній площі.

Основними проблемами на шляху до стабілізації обсягу скидів стічних вод у поверхневі водні об'єкти та поступового зменшення їх забруднення є, зокрема, такі: значні втрати води у господарській діяльності; висока водоемність продукції; зношеність фондів інфраструктури водного та житлово-комунального господарства; дублювання та недостатня координація дій між центральними органами виконавчої влади щодо функцій управління; повільне впровадження економічних механізмів стимулювання підприємств до впровадження ресурсозберігаючих та екологічних технологій; недостатній рівень фінансування будівництва та модернізації каналізаційних очисних споруд; відсутність ефективної системи моніторингу джерел постачання питної води поза централізованим водопостачанням.

Низька ефективність поводження з відходами. Зважаючи на значні обсяги різних видів відходів в Україні, збільшення потужностей щодо використання їх як вторинної сировини видається важливим екологічним завданням. Промислові та тверді побутові відходи можуть бути використані як вторинна сировина. Майже 90% відходів, що утилізуються та переробляються, – це неорганічні неметалеві відходи, серед яких основними є відходи від термічних процесів (шлак, зола, пісок та ін.), від будівництва і зносу, а також від проведення гірничих робіт і розробки кар'єрів. Обсяги утворення відходів, які можуть бути використані як вторинні ресурси, настільки великі, що за своєю цінністю вони не тільки відповідають, а й часто перевищують цінність первинних ресурсів.

Проте в Україні досі не створені організаційно-правові засади використання відхо-



дів як вторинної сировини за основними напрямками поводження з відходами.

Останніми роками у світі та в Україні нестримно зростає кількість відходів електричного й електронного устаткування, що зумовлено широким використанням телевізорів, комп'ютерів та телефонів. Країни ЄС, інші розвинені країни збирають і переробляють до 80% електронних відходів, водночас Україна не має жодного нормативного документу, який би був спрямований на розв'язання цієї проблеми.

Залишається складною ситуація щодо поводження зі зношеними автомобільними шинами, які накопичуються на полігонах, займаючи значні площі земельних угідь, розсіюються у лісах, водоймах тощо, забруднюючи довкілля. В Україні відсутні потужності, що застосовують новітні технології утилізації зношених шин. Подібні проблеми існують у сфері збирання й утилізації відпрацьованих технічних масел (олив), хімічних джерел струму (батарей та акумуляторів). В Україні щорічно утворюється близько 400 тис. т відпрацьованих технічних масел (олив), які належать до небезпечних відходів.

Окрім того, значну загрозу для навколишнього природного середовища та здоров'я людини становлять медичні відходи, що містять небезпечні патогенні й умовно патогенні мікроорганізми. В Україні щорічно утворюється майже 350 тис. т медичних відходів, що становлять потенційний ризик поширення інфекцій.

Повільне збільшення лісистості території України. За площею лісів та запасами деревини Україна є державою з дефіцитом лісових ресурсів. Досягнутий показник лісистості території 16,0% є недостатнім: оптимальним за європейськими рекомендаціями є показник лісистості 20%. Для досягнення цього рівня в Україні необхідно створити більше 2 млн гектарів нових лісів. Якщо поточні темпи заліснення будуть збережені, то оптимального рівня лісистості в Україні буде досягнуто лише через 15–20 років.

Недостатнє розширення мережі заповідників, біосферних заповідників та національних природних парків. Викликають занепокоєння повільні темпи розширення існуючих і створення нових територій ПЗФ, втрати біотичного й ландшафтного різноманіття. Основні проблеми у цій сфері є такими: дефіцит фінансування існуючих та

новостворених об'єктів ПЗФ; незадовільне фінансування заходів з формування екологічної мережі на місцевому рівні; відомча розпорошеність управління об'єктами ПЗФ (Мінприроди, Держлісагентство, Національна академія наук України); низька ефективність контролю за дотриманням вимог природоохоронного законодавства та режимів територій і об'єктів ПЗФ, зокрема місцевого значення.

Законодавство у частині здійснення державного нагляду у сфері охорони навколишнього середовища є недосконалим. Більшість промислових підприємств працюють без проведення докорінної реконструкції, відновлення устаткування, впровадження прогресивних технологій. Застарілі технології призводять до перевитрат сировини, матеріалів, палива, енергоносіїв, відходів, що збільшує техногенне навантаження на довкілля. Недосконала законодавча база надає змогу підприємствам-забруднювачам нехтувати вимогами екологічного законодавства та наносити шкоду природному довкіллю. Так, у 2014 році Державною екологічною інспекцією було нараховано штрафів на загальну суму 1 млрд 73 млн грн за шкоду внаслідок порушення вимог природоохоронного законодавства, проте сума стягнутих державою претензій та позовів склала лише 63 млн грн.

Недостатній рівень виділення коштів на капітальні вкладення в охорону навколишнього середовища. Так, протягом 2014 року на охорону навколишнього природного середовища підприємствами, організаціями та установами було витрачено 21,9 млрд грн (без ПДВ). Із загальної кількості витрат на охорону навколишнього природного середовища 64,5% становлять поточні витрати і лише 35,5% – капітальні інвестиції.

Негативний вплив ситуації на сході країни. До ускладнення екологічної ситуації в Україні призводять і військові дії у зоні проведення антитерористичної операції (у Донецькій та Луганській областях розташовані тисячі суб'єктів господарювання з високим ступенем ризику для навколишнього середовища та здоров'я населення). Інша загроза зумовлена тим, що цією територією проходять магістральні газопроводи, нафтопроводи, аміакопроводи, а також тут розташовані підземні сховища газу.

Особливу небезпеку становлять шахти, які вже закриті або перебувають у стані припи-



нення діяльності. Небезпека посилюється перебоями енергопостачання та порушеннями водовідливу, що призводить до затоплення гірничих виробок, просідань поверхні, підтоплення (затоплення) прилеглих територій, забруднення поверхневих і підземних водних ресурсів.

Техногенний тиск на навколишнє природне середовище. Незважаючи на загальний спад обсягів промислового виробництва в останні роки, техногенний тиск на навколишнє природне середовище не зменшується. Основний внесок у забруднення довкілля, як і раніше, вносять металургія, хімічна промисловість, паливно-енергетичний комплекс, житлово-комунальне та сільське господарство. У кінцевому рахунку це призводить до несприятливих умов для проживання населення, захворюваності та високого рівня смертності. Негативний ефект техногенного впливу посилюється через зношеність виробничого обладнання, використання застарілих технологій, недостатній рівень забезпеченості спорудами для очистки

стічних вод, порушення вимог екологічного законодавства, недостатнє впровадження маловідходних ресурсо- та енергозберігаючих технологій.

Зокрема, застарілі технології призводять до перевитрат сировини, матеріалів, палива, енергоносіїв, що збільшує собівартість продукції і підвищує екологічне навантаження на довкілля, оскільки на підприємствах зростають обсяги відходів, викидів забруднюючих речовин та скидів стічних вод. У зв'язку з дефіцитністю державного та місцевих бюджетів на охорону навколишнього природного середовища виділяються незначні кошти. Проте головною причиною високого техногенного навантаження на довкілля є відсутність стимулів у підприємств упроваджувати ресурсозберігаючі та екологічно безпечні технології.

На макроекономічному рівні також відсутні стимули до структурної перебудови економіки від ресурсозатратної, «брудної» в сторону «зеленої», екологічно безпечної економіки.

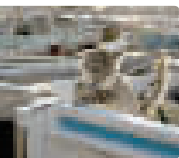
РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Подолання інституційних недоліків екологічного управління. В Україні розроблені стратегічні документи в сфері екології, зокрема Закон України «Про основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року» та «Національний план дій з охорони навколишнього природного середовища на 2010–2015 роки». Вони спрямовані на забезпечення сталого розвитку довкілля. Проте, як показує аналіз, більшість їх статей на практиці не виконуються. Тому необхідно насамперед проаналізувати причини невиконання норм, зазначених у цих документах, внести до них зміни та прийняти відповідні рішення щодо безумовного їх виконання. Також необхідним є перегляд існуючих стратегічних документів для включення заходів, спрямованих на виконання положення Угоди про асоціацію між Україною та ЄС (з урахуванням досвіду та кращих практик розвинених країн у сфері забезпечення сталого захисту довкілля).

В Україні впроваджено ряд державних, регіональних, місцевих екологічних програм у різних секторах довкілля, проте вони слабо пов'язані між собою, фінансово не забезпечені, а відтак, повною мірою не

виконуються, що обмежує їх ефективність. Тому доцільно розробити **єдину загальнодержавну програму охорони навколишнього природного середовища**, яка б охоплювала заходи загальнодержавного, регіонального та місцевого рівнів. Правовою підставою розроблення такої програми є Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020», схвалена Президентом України 12 січня 2015 року. Ця Стратегія передбачає розроблення та реалізацію Програми збереження навколишнього природного середовища.

Забезпечення доступу населення до якісної питної води через централізоване водопостачання. Для цього необхідно реформувати систему державного управління в галузі охорони водних об'єктів. Одним із напрямів реформування є спрямовування цільовим призначенням платежів за користування водними ресурсами та екологічний податок за скид забруднюючих речовин на заходи з підтримання цих ресурсів у належному стані. Необхідно забезпечити належний рівень фінансування загальнодержавної програми «Питна вода України» на період 2011–2020 років. Також необхідно розбудовувати системи централізованого



водопостачання у населених пунктах, що користуються привізною або неякісною питною водою, й оснащувати станціями (установками) доочищення питної води у системах централізованого питного водопостачання та пунктах розливу питної води. Актуальним питанням залишається встановлення лічильників води для всіх користувачів. Доцільно перейти на принцип боротьби не з наслідками, а з причинами забруднення поверхневих та підземних вод. Це допоможе суттєво скоротити обсяги скидання неочищених стоків у природні водні об'єкти та виявити всі можливі джерела забруднення поверхневих і підземних вод. Необхідно завершити паспортизацію джерел питного водопостачання та здійснити заходи щодо їх охорони, розширити мережу артезіанських свердловин для забезпечення населення питною водою тощо.

На шляху до «зеленої» економіки. Важливим шляхом забезпечення сталого розвитку в Україні є **зміна ресурсозатратної моделі економіки** на екологічно безпечну, соціально-орієнтовану «зелену» економіку. Необхідно структурно перебудувати економіку шляхом розроблення комплексу взаємопов'язаних напрямів політики щодо переходу до «зеленої» економіки.

Для цього мають бути послідовно розроблені й поєднані економічні та регулятивні інструменти. Наразі відносно низькі платежі за природні ресурси і забруднення навколишнього природного середовища є причиною того, що підприємства не заінтересовані в економії енергії, мінімізації відходів та зменшенні обсягів викидів, скидів забруднюючих речовин. Для розв'язання цієї проблеми необхідно реформувати систему оподаткування, що стимулюватиме впровадження нових сучасних ресурсозберігаючих технологій, інноваційних підходів та спрямування інвестицій для розбудови сучасної ресурсоефективної, економічної, екологічної моделі виробництва. Така фіскальна політика супроводжується набором відповідних правил, що окреслюють рамки змін у поведінці підприємств і домашніх господарств, прискорюючи перехід до нової моделі сталого розвитку, виробництва і споживання.

Потрібно чітко визначити основні складові «зеленої» економіки в Україні. У сфері промисловості та технологій необхідними є: модернізація або повне оновлення існуючих потужностей; залучення (рециклінг)

відходів як вторинних ресурсів у виробництво; розвиток наукоємних технологій (космічних, авіаційних, ІТ-технологій, нанотехнологій тощо), розбудова альтернативних відновлювальних джерел енергії. Доцільно також розвивати органічне сільське господарство, здійснювати широкомасштабне відтворення лісів, відновлювати оздоровчо-лікувальні комплекси Карпат, Приазов'я та інших регіонів країни, проводити рекреаційно-туристичну діяльність, активізувати «зелений» туризм тощо.

Прийняття та впровадження принципів більш чистого виробництва для зниження забруднення повітря. У процесах виробництва підприємства мають дотримуватися принципів більш чистого виробництва, що дозволить зменшити забруднення за всіма вимірами та скоротити обсяги використання природних ресурсів на одиницю продукції в усій економіці. Це потребує впровадження нових систем регулювання промислових викидів та удосконалення технічного контролю викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря на основі найкращих доступних технологій. Також доцільно встановити екологічні норми автомобільних бензинів і дизельних палив рівня Євро-3, Євро-4 для транспортних засобів та ін.

Політика поводження з відходами. Одним із головних напрямів зменшення утворення відходів є встановлення відповідальності виробника цих відходів за їх збирання, утилізацію або захоронення. У країнах ЄС діють організаційно-правові механізми, які забезпечують мінімізацію утворення відходів та залучення їх до повторного використання як сировини. Наприклад, Директивою 2006/21/ЄС Європейського парламенту та Ради від 15 березня 2006 року встановлено, що «уповноважений орган до початку будь-яких робіт, що включають накопичення та розміщення видобувних відходів, вимагає **фінансової гарантії** згідно з процедурами, встановленими таким чином, щоб усі зобов'язання відповідно до дозволу, включаючи положення про фазу після закриття, були виконані; щоб існували фонди, кошти з яких можуть бути швидко надані в будь-який час для відновлення землі, яка піддавалася впливу споруд для відходів».

Боротьба зі зміною клімату шляхом енергозбереження, ефективного використання ресурсів та розвитку відновлювальної енергетики. Важливе значення мають питання підвищення енергоефективності економіки.



У 2010 році було затверджено «Державну цільову економічну програму енергоефективності і розвитку сфери виробництва енергоносіїв з відновлюваних джерел енергії та альтернативних видів палива на 2010–2015 роки». Вона визначала, зокрема, такі цілі: 1) знизити рівень енергоємності ВВП протягом строку дії Програми на 20% порівняно з 2008 роком (щороку на 3,3%); 2) оптимізувати структуру енергетичного балансу держави, у якому частка енергоносіїв, отриманих з відновлюваних джерел енергії та альтернативних видів палива, становитиме у 2015 році не менш як 10%.

На практиці у країні діють лише окремі фінансові стимули для здійснення заходів, спрямованих на енергозбереження, підвищення енергоефективності та отримання енергії з альтернативних джерел. Головним напрямом державної політики у цьому напрямі має стати створення всеосяжної послідовної та гнучкої системи фінансових стимулів. При цьому система повинна охоплювати як підприємств, так і фізичних осіб, що мають виконувати енергозберігаючі заходи. Важливими складовими цієї системи можуть стати, наприклад, суттєві податкові пільги для підприємств, які здійснюють інвестиції в енергетично ефективне обладнання, а також субсидії на утеплення стін будівель, використання сонячної енергії тощо.

Зменшення використання органічного палива недостатньо, його має доповнити активний перехід до відновлювальних та альтернативних джерел енергії, таких як: енергія сонця, вітру, гідроенергія, енергія біомаси, газу з органічних відходів, газу каналізаційно-очисних станцій, біогазів зі звалищ відходів.

Наразі такі джерела становлять лише 4% від всієї енергії, яка споживається у країні. Наприкінці 2011 року Україна вперше була включена в міжнародний рейтинг привабливості країн для розвитку відновлювальної енергетики, де зайняла 32 місце в рейтингу серед 40 країн, набравши 37 балів зі 100 можливих. Трійку лідерів у цьому рейтингу очолили Китай (70 балів), США (66 балів) і Німеччина (65 балів). Апробовані у цих країнах економічні та регулюючі інструменти мають бути враховані у процесі розроблення державної політики у цій сфері.

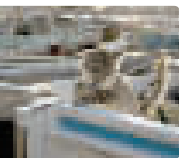
Розширення та раціоналізація фінансових механізмів захисту довкілля. Єдиним бюджетним та стабільним джерелом фінансування природоохоронної діяльності є створені понад 20 років тому Державний та місцеві фонди охорони навколишнього природного середовища. Але ці фонди (близько 12 тис.) розпорошені, рівень управління відповідними коштами надзвичайно низький, непрофесійний і не-ефективний. Понад 80% загальної кількості місцевих фондів складають сільські фонди, надходження до яких часто не перевищують суму у 1 тис. грн. Система управління фондами потребує реформування на ринкових засадах та розширення джерел дохідної частини, зокрема завдяки: укрупненню фондів та наданню їм статусу юридичної особи; здійсненню видатків переважно у формі пільгових кредитів, здешевленню кредитів та лізингових платежів; визнанню їх розпорядниками інвестиційних коштів міжнародної технічної допомоги тощо.

Окрім того, нереалізованим та потенційно значним джерелом фінансування природоохоронної діяльності є міжнародна технічна допомога (МТД). Проте вона має низьку інвестиційну частку й в основному спрямовується на різні види досліджень. Переорієнтація МТД із «досліджень» на «інвестиції» є надзвичайно важливим завданням, оскільки Україна після підписання Угоди про асоціацію з ЄС має впроваджувати норми європейського законодавства, що потребує збільшення обсягів фінансування.

У рамках МТД варто розглянути також питання «екологічної конверсії» частини зовнішньої заборгованості (debt-for-environment swap). Екологічна конверсія передбачає можливість трансформації частини зобов'язань щодо зовнішнього державного боргу у зобов'язання країни профінансувати природоохоронні заходи на власній території у національній валюті на зумовлену суму. Така екоконверсія здійснювалася у Польщі, Болгарії та інших країнах.

Реформування дозвільно-ліцензійного механізму. Відповідна система має розвиватися шляхом зобов'язання компаній упроваджувати найкращі доступні технології, що з часом стане основною вимогою при видачі дозвільних документів підприємствам на викиди, скиди забруднюючих речовин, розміщення відходів. У такий спосіб реалізується принцип боротьби не з наслідками забруднення, а з їх причинами.

Такий підхід застосовується країнами ЄС. Європейським бюро з інтегрованого



контролю та запобігання забрудненням (European IPPC Bureau) було сформовано банк даних найкращих існуючих технологій (Best Available Techniques, BAT). За допомогою цієї реформи у промисловості стимулюватиметься використання екологічно безпечних замінників екологічно-шкідливої сировини для виробництва. Окрім цього, виробництво або використання небезпечних речовин з високим ступенем ризику має бути обмеженим або забороненим. З метою контролю за безпеністю сировини та інших матеріалів в Україні необхідно запровадити систему реєстрації та оцінювання хімічних речовин за аналогією з системою реєстрації, що діє в ЄС як Технічний регламент REACH (Registration Evaluation and Authorization of Chemicals).

Посилення інформаційно-контрольних механізмів. Малоефективний механізм здійснення державного нагляду/контролю у сфері охорони навколишнього природного середовища та використання природних ресурсів також необхідно реформувати. Зі значних сум розрахованих збитків (мільярди гривень), заподіяних державі внаслідок порушення природоохоронного законодавства, держава отримує лише десятки мільйонів гривень. Одним із шляхів підвищення ефективності механізму здійснення державного контролю у цій сфері є розроблення та впровадження Порядку проведення моніторингу стану навколишнього природного середовища підприємствами, діяльність яких призводить до погіршення його стану, а також Порядку екологічної паспортизації таких підприємств.

Розширення площ лісів вимагає реформування лісового господарства на засадах сталого розвитку, зокрема за рахунок поступового зменшення бюджетного фінансування та відповідного збільшення фінансування з власних джерел від ведення лісового господарства. Також необхідно розробити плани створення нових лісів, які мають формуватися на основі детального й усебічного вивчення земель та інтегруватися в програми розвитку конкретних регіонів (включаючи розроблення карт територій, призначених під заліснення, з урахуванням: природних передумов при визначенні породного складу нових лісів; зменшення обсягу суцільних рубок лісів; поліпшення якості лісів їх вікової та породної структури; збереження біорізноманіття лісів тощо).

Сприяння якісному і кількісному зростанню природно-заповідного фонду. Для цього необхідно: ліквідувати відомчу розпорошеність управління об'єктами ПЗФ та створити державний орган у сфері управління заповідною справою; впровадити загальноєвропейські індикатори результативності й ефективності збереження видів та оселищ у проекти організації територій ПЗФ; відновити пільги щодо сплати установами ПЗФ земельного податку; законодавчо врегулювати питання передачі під охорону територій та об'єктів ПЗФ, що розташовані на землях запасу; прийняти закони України щодо спрощення порядку відведення земельних ділянок для природних та біосферних заповідників, національних природних парків, інших територій та об'єктів ПЗФ.

РОЗДІЛ III

ПОРЯДОК ДЕННИЙ РОЗВИТКУ НА ПЕРІОД ПІСЛЯ 2015 РОКУ ТА ЦІЛІ СТАЛОГО РОЗВИТКУ (2015–2030 РОКИ)

Порядок денний розвитку на період після 2015 року, затверджений на Саміті ООН у вересні 2015 року, відкриває нову еру економічного прогресу, соціальної справедливості та екологічної сталості у світі. Цей документ закликає до нового бачення розвитку, глибоких змін у способі виробництва та споживання, нових моделей поведінки у відносинах із природою. Він також потребує нових, швидших та ефективніших механізмів реагування на виклики й загрози.

Як наголосив Генеральний секретар ООН, «сталі розвиток – це шлях у майбутнє». Варто зазначити, що у всіх документах ООН, підготовлених до Саміту, підкреслено, що порядок денний на період після 2015 року має ґрунтуватися на таких ключових засадах:

- ✓ **гідність** – викорінювання бідності, боротьба з нерівністю та захист прав кожної людини, зокрема всіх тих, хто залишається на узбіччі життя;
- ✓ **люди** – забезпечення здорового життя, знань і включення жінок та дітей;
- ✓ **планета** – захист наших екосистем для всіх суспільств і майбутніх поколінь;
- ✓ **партнерство** – зміцнення солідарності задля сталого розвитку;
- ✓ **справедливість** – заохочення безпечних і мирних суспільств та сильних інституцій;
- ✓ **процвітання** – формування сильної, всеохоплюючої та трансформаційної економіки.

ВИЗНАЧЕННЯ ЦСР: ВСЕСВІТНІЙ ПРОЦЕС НА ОСНОВІ ШИРОКОЇ УЧАСТІ

Процес розроблення пакета Цілей сталого розвитку (ЦСР) на основі ЦРТ був започаткований у червні 2012 року на Конференції ООН зі сталого розвитку Ріо+20, де міжнародна спільнота вирішила створити «інклюзивний і прозорий міжурядовий процес, відкритий для всіх заінтересованих сторін, з метою розроблення глобальних цілей сталого розвитку для подальшого їх затвердження Генеральною Асамблеєю ООН».

Результатом масштабного процесу консультацій щодо ЦСР та Порядку денного

розвитку на період після 2015 року став підсумковий документ, затверджений на Саміті ООН у вересні 2015 року світовими лідерами. До участі у консультаціях долучились не лише урядові посадовці та фахівці, а й широке коло представників громадянського суспільства: НУО, селянських рухів, профспілок, екологів, жінок-активісток, молодіжних рухів і окремих громадян, які висловили свою думку за допомогою численних зустрічей, веб-платформ для обговорення та інших засобів комунікації. Процес консультацій, організований ООН, відбувся як на міжнародному рівні, так і на національному (шляхом національних консультацій, які забезпечили врахування думок і устремлінь людей). У більшості країн у національних консультаціях активну участь брали молоді люди, які відчувають свою відповідальність за планету, та соціально відторгнені й маргіналізовані групи та спільноти, які зазвичай не мають доступу до обговорення питань розвитку. У цілому в цю глобальну дискусію зробили свій внесок понад 200 тисяч людей, а національні консультації відбулись у 88 країнах усіх континентів.

Генеральна Асамблея ООН створила Робочу групу відкритого складу з питань Цілей сталого розвитку, якій було доручено підготувати пропозиції щодо пакету ЦСР, включеного до порядку денного розвитку на період після 2015 року. За результатами активних переговорів між державами-членами ООН, які брали участь у діяльності Робочої групи відкритого складу, підготовлено підсумкову доповідь, де запропоновано пакет ЦСР, який складається з 17 цілей та 169 завдань сталого розвитку (Вставка 3.1).

У доповіді зазначено, що ЦСР повинні:

- ✓ мати практичну спрямованість, бути глобальними за характером і універсально застосовними;
- ✓ урахувати різні національні умови, потенціал і рівень розвитку;
- ✓ ураховуватись у процесі розроблення національних стратегій та пріоритетів;

Вставка 3.1. Цілі Сталого Розвитку



- Ціль 1.** Викорінення бідності у всіх її формах
- Ціль 2.** Викорінення голоду, досягнення продовольчої безпеки, покращання харчування, а також сприяння сталому розвитку сільського господарства
- Ціль 3.** Забезпечення здорового способу життя та підвищення добробуту для всіх у будь-якому віці
- Ціль 4.** Забезпечення інклюзивної та якісної освіти і створення можливостей для освіти впродовж життя
- Ціль 5.** Забезпечення гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок
- Ціль 6.** Забезпечення доступу та стійкого управління водними ресурсами
- Ціль 7.** Забезпечення доступу до надійної, стійкої та сучасної енергетики для всіх
- Ціль 8.** Сприяння поступальному, інклюзивному та сталому економічному зростанню, повній і продуктивній зайнятості та гідній праці
- Ціль 9.** Розбудова стійкої інфраструктури, сприяння всеохоплюючій та сталій індустріалізації та стимулювання інновацій
- Ціль 10.** Зменшення нерівності всередині країн і між країнами
- Ціль 11.** Розбудова міст і населених пунктів на основі інклюзивності, сталої, безпечної життєдіяльності
- Ціль 12.** Забезпечення сталого споживання і виробництва
- Ціль 13.** Впровадження невідкладних заходів по боротьбі зі зміною клімату і його наслідками
- Ціль 14.** Збереження та стале використання океанів, морів і морських ресурсів для сталого розвитку
- Ціль 15.** Захист, відновлення та сприяння сталому використанню екосистем суші, стійке управління лісами, боротьба з опустелюванням, зупинення процесу деградації земель та припинення втрати біорізноманіття
- Ціль 16.** Сприяння становленню мирного й інклюзивного суспільства з метою сталого розвитку, забезпечення доступу до правосуддя для всіх і розбудова ефективних, підзвітних інститутів на всіх рівнях
- Ціль 17.** Зміцнення, імплементація та активізація глобального партнерства для сталого розвитку

- ✓ бути спрямованими на завершення роботи з реалізації Цілей розвитку тисячоліття і такими, що реагують на нові виклики;
- ✓ становити єдиний та неподільний комплекс глобальних пріоритетів у сфері сталого розвитку.

Завдання ЦСР мають:

- ✓ віддзеркалювати амбітний глобальний характер, при цьому кожний уряд повинен встановлювати власні національні цілі, керуючись глобальними орієнтирами, водночас беручи до уваги національні умови;
- ✓ доопрацьовуватися на основі показників, що вимірюватимуть прогрес у досягненні запланованих результатів;
- ✓ показники, що стосуються завдань ЦСР, мають утворювати основу для національного моніторингу розвитку.

ЦСР базуються на підході, закладеному у ЦРТ, що відзначається поєднанням цілей, завдань і показників. Це, безперечно, є найкращим способом забезпечити належний контроль і досягти конкретних результатів. Разом з тим, нині відмічаються такі відмінності:

- ✓ ЦСР є універсально застосовними, тоді як ЦРТ були орієнтовані на країни, що розвиваються, тобто з нижчими доходами населення, через що економічно розвинені країни виключалися зі сфери їх дії;
- ✓ у ЦСР зостосовується горизонтальний підхід, тоді як ЦРТ базувалися на вертикальному підході;
- ✓ ЦСР побудовані на комплексному погляді на розвиток, тоді як кожна з ЦРТ розглядалась окремо.

У доповіді Робочої групи відкритого складу зазначено, що «цілі та завдання включають економічні, соціальні та екологічні складові та враховують їх взаємозв'язки у процесі досягнення сталого розвитку в усіх його аспектах».

УЧАСТЬ УКРАЇНИ У НАЦІОНАЛЬНИХ КОНСУЛЬТАЦІЯХ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ПОРЯДКУ ДЕННОГО РОЗВИТКУ НА ПЕРІОД ПІСЛЯ 2015 РОКУ

В Україні національні консультації щодо визначення Порядку денного розвитку на період після 2015 року відбулися на початку 2013 року. До участі було залучено представників органів державної влади,

академічних кіл, неурядових організацій, профспілок, малого, середнього та великого бізнесу, безробітних, пенсіонерів, національних меншин, молоді, студентів, дітей-сиріт, осіб з особливими потребами, людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, тощо. Загальна кількість осіб, які особисто брали участь у консультаціях, складає понад 4,5 тис., а з урахуванням учасників електронного опитування та краудсорсингової платформи – понад 25 тис. осіб. За результатами аналізу думок, висловлених під час дискусій та опитувань, були виокремлені такі ключові пріоритети розвитку:

- ✓ Рівність можливостей і соціальна справедливість: розбудова справедливого соціально інтегрованого суспільства, де неможливі відторгнення і маргіналізація.
- ✓ Ефективна та чесна влада як необхідна умова досягнення визначених цілей розвитку на період після 2015 року.
- ✓ Ефективна охорона здоров'я: зростання тривалості здорового життя.
- ✓ Гідна праця: сприяння людському розвитку і реалізації людського потенціалу.
- ✓ Модерна економіка: формування інноваційної моделі розвитку.
- ✓ Здорове довкілля: збереження і розвиток екологічного потенціалу території.
- ✓ Доступна та якісна освіта: духовний розвиток і конкурентність на ринку праці.
- ✓ Розвинена інфраструктура: подолання територіальної нерівності.

ІСНУЮЧІ ПІДХОДИ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТАЛОГО РОЗВИТКУ

В Україні вже розпочато роботу з визначення орієнтирів сталого розвитку. Зокрема, у січні 2015 року Президент України підписав Указ «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020». У Стратегії передбачено 62 реформи, з яких вісім розглядаються як пріоритетні. Визначено, що основною метою реформ є досягнення європейського рівня життя та гідного місця України у світі. У документі окреслено стратегічні напрями розвитку країни на наступні п'ять років та показники досягнення цих цілей (Вставка 3.2).

Важливим компонентом Стратегії є реформа врядування з такими пріоритетними завданнями:

- ✓ проведення антикорупційної реформи, судової реформи і реформи правоохоронної системи;

- ✓ реформування системи управління державними фінансами, зокрема шляхом підвищення прозорості та ефективності їх розподілу та витрачання; забезпечення максимальної прозорості процесу державних закупівель згідно з загальними принципами конкуренції;
- ✓ відхід від централізованої моделі управління шляхом: забезпечення спроможності місцевого самоврядування; застосування принципів субсидіарності та фінансової самодостатності місцевого самоврядування; побудова ефективної системи територіальної організації влади в Україні згідно з положеннями Європейської хартії місцевого самоврядування.

Серед пріоритетів також реалізація двох програм – популяризації України у світі та просування інтересів держави у світовому інформаційному просторі, а також програма енергонезалежності. Її метою є забезпечення енергетичної безпеки, заохочення енергоефективності та енергозбереження, просування відновлювальних джерел енергії. Перехід до нової енергетичної моделі має базуватися на впровадженні інноваційних технологій. Основними цілями державної політики у цій сфері є: (i) зниження енергоємності ВВП на 20% до кінця 2020 року шляхом забезпечення 100% обов'язкового комерційного обліку спо-

живання енергоресурсів та використання енергоефективних технологій і обладнання як у виробничій сфері, так і комунальних послугах; (ii) збільшення частки відновлювальних джерел енергії у загальному споживанні енергії в Україні до 2020 року до 20% шляхом реалізації проектів, які передбачають найкращий вибір альтернативних джерел енергії з використанням найкращих наявних технологій у цій галузі.

Стратегія передбачає також проведення реформи системи національної безпеки й оборони, дерегуляцію економічної сфери, реформування системи охорони здоров'я та системи оподаткування. Нарешті, головною передумовою реалізації стратегії є суспільний договір між владою, бізнесом і громадянським суспільством, де кожна сторона має свою зону відповідальності.

Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020» визначає стратегічні напрями реформ та політику розвитку на середньострокову перспективу (до 2020 року). Проте, хоча ряд реформ дійсно необхідно реалізувати у коротко- та середньостроковому періоді, існує також потреба у визначенні стратегії та нових цілей на довгострокову перспективу. Перевагою ЦСР та довгострокової стратегії сталого розвитку стало б формування реального бачення майбуття українського суспільства з узгодженою та всеохоплюючою основою для перетворення цього бачення на реальність. Таким чином, така стратегія дозволила б, з одного боку, уникнути фрагментарного підходу до потрібних трансформаційних змін, а з іншого – незмінно дотримуватися основоположної стратегічної лінії, незалежної від розвитку політичних подій у короткостроковій перспективі.

Вставка 3.2

Ключові показники моніторингу виконання Стратегії «Україна – 2020»

Реалізація Стратегії передбачає досягнення 25 ключових показників, що оцінюють хід виконання реформ і програм. Зокрема, планується, що до 2020 року: (1) ВВП (за паритетом купівельної спроможності) у розрахунку на одну особу, який розраховує Світовий банк, підвищиться до 16 тис. дол. США; (2) за індексом сприйняття корупції, який розраховує Transparency International, Україна увійде до переліку 50 кращих країн світу; (3) рейтинг за зобов'язаннями в іноземній валюті за шкалою рейтингового агентства Standard & Poors становитиме не нижче інвестиційної категорії «BBB»; (4) чисті надходження прямих іноземних інвестицій становитимуть понад 40 млрд дол. США, а витрати на національну безпеку і оборону – не менше 3% ВВП; (5) у рейтингу Світового банку Doing Business Україна увійде у перелік країн, що посідають перші 30 позицій.

РЕАГУВАННЯ НА ОЧІКУВАННЯ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

Револьюція гідності викликала рішуче стремління населення до справжньої демократії, надзвичайно підвищивши його політичну свідомість. Саме тому у формуванні порядку денного на період після 2015 року та ЦСР в Україні необхідно всебічно враховувати прагнення населення, які полягають, по суті, в новій формі врядування, новому форматі суспільних відносин і новій моделі економіки. Ці вимоги з боку громадянського суспільства потребують стратегічного бачення, виробленого на консенсусній основі.

Ключовими складовими нової довгострокової стратегії мають стати забезпечення миру та соціальної злагоди, розбудова засад для нової якості економічного зростання, викорінення гострих форм бідності та нерівності, забезпечення суттєвого зростання тривалості життя українців. Більше того, жодний громадянин України незалежно від походження, освіти, статі, віку, етнічної належності та місця проживання не може бути обмежений щодо прав людини та базових економічних і соціальних можливостей, що є передумовою повноцінного розвитку. Подолання бідності має забезпечуватися, насамперед, шляхом створення належних умов і стимулів для активної поведінки будь-якої працездатної особи на ринку праці, а соціальна допомога має бути спрямована тільки на найбільш уразливих осіб, які відторгнені від суспільно-економічного життя.

Завдяки інтеграції **економічних, соціальних та екологічних аспектів** у широкий спектр ініціатив і заходів стає можливою розбудова суспільства, впевненого у своїх силах, яке дбає про всіх громадян і групи, а також про майбутні покоління та планету. Саме з цим баченням українське суспільство готово взяти участь у формуванні довгострокової стратегії, де будуть визначені та сформульовані ЦСР, відповідні завдання та показники, що мають бути досягнуті до 2030 року.

УРОКИ ЦРТ: УСПІХИ ТА НЕЗАВЕРШЕНІ ЗАВДАННЯ

При формуванні ЦСР в Україні слід усебічно брати до уваги досвід досягнення ЦРТ у країні та уроки, які необхідно врахувати на методологічному рівні, а саме:

- ✓ інтеграція ЦРТ у галузеві цілі профільних міністерств (наприклад, Міністерства охорони здоров'я щодо ЦРТ, пов'язаних зі здоров'ям) забезпечена досить задовільно, тоді як у загальнонаціональній стратегії розвитку вони враховані менше;
- ✓ адаптація завдань ЦРТ до ситуації в країні проведена успішно; наприклад, показники як абсолютної, так і відносної бідності відкориговані згідно з рівнями доходу та профілями бідності у країні;
- ✓ процес моніторингу також здійснювався успішно, налагоджено процес підготовки та публікації періодичних звітів, які містять не тільки викладення тенденцій, а й аналіз основоположних причин позитивної чи негативної динаміки;

- ✓ показники підбрано добре, проте деякі важливі для тематичної сфери показники не були обрані (наприклад, для відстеження тенденцій енергоемності та відповідної частки джерел енергії у загальному енергоспоживанні);
- ✓ виникли проблеми стосовно даних за деякими показниками, насамперед такі, що стосуються ненадійної методології, часткового та (або) нерегулярного збирання даних, незадовільного їх використання й поширення тощо.

Що стосується досягнення ЦРТ, то успіх у виконанні завдань можна підсумувати таким чином:

- ✓ абсолютну бідність зменшено, проте досягнення цільових значень показників не забезпечено;
- ✓ доступ до дошкільної та вищої освіти значно розширено;
- ✓ здоров'я матерів істотно поліпшено, досягнуто успіхів у зменшенні дитячої смертності;
- ✓ досягнуто уповільнення темпів збільшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції з певними ознаками стабілізації;
- ✓ кількість хворих на туберкульоз постійно скорочується;
- ✓ підвищено частку площі заповідників і природних парків до рівня цільового показника.

Невиконані завдання ЦРТ охоплюють такі проблеми:

- відбувається відновлення рівнів відносної бідності у двох групах підвищеного ризику бідності, а саме, у групах дітей та працюючих;
- у системі освіти істотними проблемами залишаються якість освіти та освіта впродовж життя (підвищення кваліфікації та професійна підготовка);
- не досягнуто значного прогресу на шляху забезпечення гендерної рівності, особливо щодо гендерного паритету в представницьких органах влади;
- забезпечення централізованого водопостачання у сільській місцевості все ще значно відстає від цільового значення показника;
- відсутній істотний прогрес у підвищенні енергоефективності та використанні відновлюваних джерел енергії.

У ході виконання завдань ЦРТ виявлено, що:

- деякі позитивні тенденції в галузі охорони навколишнього середовища до-

сягнуто лише завдяки вповільненню економічного зростання (це стосується зменшення викидів парникових газів, відносної стабілізації рівня забруднення повітря та зменшення споживання води);

- глобальна економічна криза та її вплив на економічне зростання призвели до падіння купівельної спроможності населення й спричинили відновлення рівнів і абсолютної, і відносної бідності, при цьому збільшивши частку населення, що перебуває у зоні підвищеного ризику бідності;
- військовий конфлікт на сході країни ще більше загострив це соціально-економічне становище, що особливо помітно у низці показників за 2014 рік і перспективах на 2015 рік: негативні тенденції спостерігаються не лише у рівнях бідності, а й у рівні материнської смертності та захворюваності на ВІЛ-інфекцію. Ці події безпосередньо впливають на рівень життя як внутрішньо переміщених осіб, так і загального населення країни в цілому, насамперед через порушення у наданні державних послуг і потребу в додатковому фінансуванні.

ДО НОВОЇ МОДЕЛІ СТАЛОГО РОЗВИТКУ УКРАЇНИ

У традиційній моделі розвитку проблема полягає у досягненні компромісів між трьома цілями: сприянням економічному зростанню і конкурентоспроможності, зменшенням соціальної нерівності та збереженням бази природних ресурсів. Модель людського і сталого розвитку розглядає ці три цілі як такі, що взаємно підсилюють, а не суперечать одна одній.

ЦСР побудовані таким же чином: вони вимагають послідовної інтеграції зусиль, спрямованих на спільне заохочення економічного зростання нового типу, яке б відповідало прагненню соціальної справедливості та передбачало належний догляд за довкіллям.

Процес формування системи ЦСР, відповідних завдань і показників в Україні на наступні п'ятнадцять років має забезпечити зміни у підходах до державного управління та планування з урахуванням прагнень людей за трьома вимірами моделі сталого розвитку.

ЕКОНОМІЧНИЙ ВИМІР: ЗМІНА ХАРАКТЕРУ І МОДЕЛІ ЕКОНОМІЧНОГО ЗРОСТАННЯ

На фоні значного економічного спаду, зумовленого глобальною кризою та воєнним конфліктом, питання економічного зростання набули в Україні надзвичайної ваги. Результати соціологічних досліджень свідчать, що більшість респондентів визначають економічне зростання головним пріоритетом розвитку країни. Без економічного зростання неможливо подолати бідність та забезпечити підвищення рівня життя широких верств населення, проте важливим є не тільки покращення економічної ситуації, а й справедливий розподіл результатів зростання між всіма верствами населення. Необхідними є зміни у якості економічного зростання, тобто воно має бути соціально орієнтованим, інклюзивним та стійким. В Україні невідкладно потрібно перейти від моделі розвитку, в якій конкурентні переваги зумовлені переважно використанням природних ресурсів, до інноваційної моделі, пріоритетами якої є технологічний рівень капіталу, кваліфікована робоча сила, економія енергії та інших видів природних ресурсів і новаторський стиль управління.

Зростання має забезпечувати зайнятість (тобто необхідно уникати «зростання без робочих місць»), його результати мають справедливо розподілятися між усіма мешканцями країни. Це є запобіжником посилення нерівності та поляризації суспільства. Таке зростання має ґрунтуватись на раціональному використанні природних ресурсів, бути стійким до зовнішніх потрясінь.

Наразі необхідно забезпечити зміну в якості та характері зростання. Україні невідкладно потрібно перейти від моделі розвитку, в якій конкурентні переваги зумовлені переважно використанням природних ресурсів, до інноваційної моделі, пріоритетами якої є технологічний рівень капіталу, кваліфікована робоча сила, економія енергії та інших видів природних ресурсів і новаторський стиль управління.

За такої економічної моделі підґрунтям зростання є «інтелект», а не сировина, що є найкращим способом забезпечити підвищення продуктивності праці в усіх сферах економічної діяльності. Для України це означає впровадження нових технологій не

тільки з метою максимального збільшення доданої вартості у промисловості та сільському господарстві, а й також для модернізації транспорту і розвитку сфери послуг. Така модель також потребує масштабних інвестицій в інфраструктуру, передусім у дорожню, та підтримки мікро-, малого і середнього бізнесу.

Тільки такий, наукоємний та екологічно безпечний, характер зростання надасть змогу протидіяти викликам безробіття, зокрема молодіжного, нестачі ресурсів, передусім енергетичних, і політичним негараздам. Створення можливостей легального працевлаштування з гідною оплатою та умовами праці не тільки забезпечить зменшення масштабів бідності та зниження нерівності у суспільстві, а й стане важливим чинником соціальної інтеграції.

Необхідною передумовою такого економічного піднесення є стабільність бізнес-середовища. Доцільним є дерегуляція, спрощення різноманітних процедур, що регламентують економічну діяльність підприємств.

СОЦІАЛЬНИЙ ВИМІР: СПРИЯННЯ СОЦІАЛЬНІЙ СПРАВЕДЛИВОСТІ ТА РІВНОСТІ МОЖЛИВОСТЕЙ

ЦСР та Порядок денний розвитку після 2015 року мають бути спрямованими на викорінення маргіналізації та відторгнення за економічним, політичним, соціальним і культурним вимірами. Суспільство має забезпечити кожній людині право на рівні шанси свого життєвого розвитку. Це вимагає забезпечення доступу всіх членів суспільства до послуг охорони здоров'я (включаючи не тільки медичні послуги, а й можливість жити у безпечному для здоров'я середовищі, споживати чисту питну воду тощо), до якісної освіти, до ринку праці, зайнятості та безпеки (особистості та власності).

Результати економічного зростання слід справедливо розподіляти серед усіх, як і тягар економічних трансформацій. Державна політика доходів має у кінцевому підсумку сприяти формуванню суспільства з численним середнім класом, який здатен самостійно дбати про свої статки не тільки в економічно активний період, а й після його завершення, розумно розподіляючи свої доходи між поточним та відкладеним спо-

живанням. Безальтернативно захищеними адресною допомогою мають бути лише ті, хто від народження страждає від обмежень розвитку.

Чітко виявляється важливість повної та легальної зайнятості: вона генерує доходи для всіх осіб працездатного віку, зменшує державні видатки (наприклад, на допомогу по безробіттю) та забезпечує соціальні внески, які, принаймні частково, дозволяють фінансувати соціальні послуги та пенсійні програми. Зайнятість із гідною оплатою праці скорочує як абсолютну, так і відносну бідність, зменшуючи завдяки цьому нерівність.

Соціально-економічний розвиток держави має забезпечити ефективне реагування на виклики, пов'язані із прогресуючим старінням населення України, дотримання прав літніх людей і їх повну інтеграцію у життя суспільства.

ЕКОЛОГІЧНИЙ ВИМІР: ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕСУРСНОЇ БАЗИ І ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВОГО НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Україна, що пережила Чорнобильську трагедію, з власного досвіду усвідомлює значущість здорового середовища. Економічні збитки, пов'язані з паводками на Закарпатті, хронічне ігнорування приватними компаніями інтересів територіальних громад – все це є наслідками неефективної системи управління природокористуванням. Ця ситуація погіршується абсолютно непередбачуваними наслідками подій на сході країни, гуманітарний та соціальний, а також екологічний вплив яких даватиметься взнаки ще тривалий період.

Суспільство і держава як його агент мають створити умови для ефективного забезпечення охорони заповідників і природних парків, а також збереження цінних ландшафтів, окремих представників флори та фауни, місць культурно-історичної спадщини. Ще одна важлива екологічна вимога полягає у розв'язанні проблем якості води в основних водних артеріях України – річках Дніпро, Південний Буг, Сіверський Донець (важливість цієї проблеми багаторазово зростає через неконтрольовані скиди вод в умовах воєнного конфлікту). Особливої уваги потребують малі ріки, які є джерелами водопостачання для значної

частки сільського населення. Водночас необхідно забезпечувати баланс між економічним розвитком і природоохоронною діяльністю.

ТРАНСФОРМАЦІЯ УПРАВЛІННЯ У НАПРЯМІ БІЛЬШОЇ СВОБОДИ, СПРАВЕДЛИВОСТІ ТА ПРОЗОРОСТІ

Управління – це проблема, що пронизує всю систему державної влади. У процесі досягнення ЦРТ виявилось, що для кожної ЦРТ, де має місце низька ефективність виконання того чи іншого завдання, існують проблеми та недоліки в управлінні: суперечності в організації відповідних адміністрацій, надлишкове різноманіття суб'єктів в одній сфері діяльності, брак координації тощо. Таким чином, можна зробити такий висновок: передумовою досягнення всіх без винятку ЦСР буде рух у напрямі високоякісного управління, що передбачає компетентність персоналу, спрощення адміністративних структур, викорінення корупції та справжню прихильність до суспільної підтримки. Відповідно, питання належного управління, чесної та прозорої влади й участі населення у прийнятті рішень і механізмах забезпечення підзвітності мають урахуватися при формулюванні різних цілей.

Особиста свобода, доступність правосуддя, відсутність дискримінації та участь громадянського суспільства у прийнятті рішень, що впливають на життя людей, з одного боку є примітними ознаками людського розвитку, а з іншого – чинниками майбутнього прогресу. Відповідно, свобода має бути визнана не однією зі складових добро-

буту, а фундаментальною цінністю людського розвитку. Необхідною умовою розвитку є існування ефективних інститутів, діяльність яких спрямована на підтримку й забезпечення правової системи, що гарантує свободу слова і засобів масової інформації, відкритий і вільний політичний вибір та доступність правосуддя.

Настав час докорінних змін щодо прозорості дій влади: і населення в цілому, і кожна людина має право знати, де, на що і як витрачаються бюджетні кошти, сформовані на їх податки, яким чином розподіляються прибутки підприємств, насамперед добувної промисловості, яка витрачає ресурси, що належать усім. Без надійних і потужних інститутів неможливо забезпечити прозорість та відповідальність влади, подолати корупцію. Суспільства функціонують через інститути. Для впливу на процес прийняття рішень і контролю відповідності дій уряду прийнятим рішенням громадяни потребують правового середовища, яке даватиме змогу створювати організації громадянського суспільства, мирно протестувати, висловлювати свою думку та забезпечувати захист у судочинстві.

Упродовж останніх п'ятнадцяти років доповіді з питань ЦРТ слугують єдиним стратегічним документом, який дозволяє громадянському суспільству оцінювати політику і діяльність влади шляхом моніторингу 33 основних показників. Структура ЦСР в Україні повинна базуватися на цій усталеній практиці й розширити її відповідно до напрямів Порядку денного розвитку на період після 2015 року.

**Додаток 1. С ТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦРТ В УКРАЇНІ ЗА ЗАВДАННЯМИ,
ВИЗНАЧЕНИМИ НА ГЛОБАЛЬНОМУ РІВНІ**

	2000 рік	2005 рік	2010 рік	2015 рік
Ціль 1. Подолання бідності				
Ціль 2. Забезпечення якісної освіти впродовж життя				
Ціль 3. Забезпечення гендерної рівності				
Ціль 4. Зменшення дитячої смертності				
Ціль 5. Поліпшення здоров'я матерів				
Ціль 6. Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів				
Ціль 7. Сталий розвиток довкілля				
Ціль 8. Глобальне партнерство для розвитку				

- ВІДЧУТНИЙ ПРОГРЕС
- ЧАСТКОВИЙ ПРОГРЕС
- ВІДСУТНІЙ ПРОГРЕС

Додаток 2. СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦРТ В УКРАЇНІ ЗА ЗАВДАННЯМИ, ВИЗНАЧЕНИМИ НА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

 Ціль 1 Подолання бідності	Індикатор 1.1. Частка населення, чиє добове споживання є нижчим за 5,05 дол. США за ПКС, %	
	Індикатор 1.2. Частка бідного населення за національним критерієм, %	
	Індикатор 1.3. Частка бідних серед дітей, %	
	Індикатор 1.4. Частка бідних серед працюючих осіб, %	
	Індикатор 1.5. Частка населення, чиє споживання є нижчим за рівень фактичного прожиткового мінімуму, %	
 Ціль 2 Забезпечення якісної освіти впродовж життя	Індикатор 2.1. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у міських поселеннях, %	
	Індикатор 2.2. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у сільській місцевості, %	
	Індикатор 2.3. Чистий показник охоплення дітей повною загальною середньою освітою, %	
	Індикатор 2.4. Чистий показник охоплення вищою освітою осіб віком 17–22 років, %	
	Індикатор 2.5. Сукупний валовий показник кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили свою кваліфікацію, тис. осіб	
	Індикатор 2.6. Кількість ЗНЗ, які мають підключення до Інтернету, %	
 Ціль 3 Забезпечення гендерної рівності	Індикатор 3.1. Гендерне співвідношення серед депутатів Верховної Ради України, чис. жін. / чис. чол.	
	Індикатор 3.2. Гендерне співвідношення серед депутатів місцевих органів влади, чис. жін. / чис. чол.	
	Індикатор 3.3. Гендерне співвідношення серед вищих державних службовців (1 – 2 посадових категорій), чис. жін. / чис. чол.	
	Індикатор 3.4. Співвідношення середнього рівня заробітної плати жінок та середнього рівня заробітної плати чоловіків, %	
 Ціль 4 Зменшення дитячої смертності	Індикатор 4.1. Рівень смертності дітей віком до 5 років, кількість померлих дітей відповідного віку на 1000 народжених живими	
	Індикатор 4.2. Рівень смертності немовлят, кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими	
 Ціль 5 Поліпшення здоров'я матерів	Індикатор 5.1. Рівень материнської смертності, кількість материнських смертей на 100 тис. народжених живими	
	Індикатор 5.2. Рівень абортів, кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку	
 Ціль 6 Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів	Індикатор 6.1. Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення	
	Індикатор 6.2. Темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, %	
	Індикатор 6.3. Кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, на 100 тис. населення	
	Індикатор 6.4. Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, %	
	Індикатор 6.5. Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом туберкульозу (у тому числі органів дихання) на 100 тис. населення	
	Індикатор 6.6. Кількість померлих від туберкульозу на 100 тис. населення	
 Ціль 7 Сталий розвиток довкілля	Індикатор 7.1. Частка населення міських поселень, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості міського населення	
	Індикатор 7.2. Частка сільського населення, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості сільського населення	
	Індикатор 7.3. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від стаціонарних джерел забруднення, млн тонн на рік	
	Індикатор 7.4. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від пересувних джерел забруднення, млн тонн на рік	
	Індикатор 7.5. Обсяг скидів зворотних вод у поверхневі водні об'єкти, млн куб. м на рік	
	Індикатор 7.6. Лісистість територій, відношення площі земель, вкритих лісовою рослинністю, до загальної площі території України, %	
	Індикатор 7.7. Частка площі заповідників, біосферних заповідників, національних природних парків, % до загальної площі території України	
	Індикатор 7.8. Частка площі територій та об'єктів природно-заповідного фонду України, % до загальної площі території України	

■ ВІДЧУТНИЙ ПРОГРЕС ■ ЧАСТКОВИЙ ПРОГРЕС ■ ВІДСУТНІЙ ПРОГРЕС