

*Проект станом на 22 липня 2013 року*

# **ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ**

# **УКРАЇНА – 2013**

**НАЦІОНАЛЬНА ДОПОВІДЬ**

**Київ 2013**

## ЗМІСТ

ЗМІСТ	
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	
ПОДЯКА	
<b>ВСТУП: ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ В УКРАЇНІ</b>	
<b>РОЗДІЛ ПЕРШИЙ: УКРАЇНА: ВИМІРИ РОЗВИТКУ</b>	
1.1. Економіка України у 2010-2012 рр. – післякризовий оптимізм та ризики стагнації	
1.2. Соціальний розвиток України у 2010-2012 рр. – досягнення та виклики	
<b>РОЗДІЛ ДРУГИЙ: ВПЛИВ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ НА НАЦІОНАЛЬНИЙ РОЗВИТОК</b>	
2.1. Впровадження національних ЦРТ у стратегічне планування соціально-економічного розвитку країни	
2.2. Вплив ЦРТ на національний розвиток відповідно до тематичного напрямку розвитку	
<b>РОЗДІЛ ТРЕТІЙ: ПРОГРЕС НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ, ВСТАНОВЛЕНИХ ДЛЯ УКРАЇНИ</b>	
Огляд стану досягнення ЦРТ	
3.1. Ціль 1. Подолання бідності	
3.2. Ціль 2. Забезпечення якісної освіти впродовж життя	
3.3. Ціль 3. Забезпечення гендерної рівності	
3.4. Ціль 4. Зменшення дитячої смертності	
3.5. Ціль 5. Поліпшення здоров'я матерів	
3.6. Ціль 6. Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів	
3.7. Ціль 7. Сталий розвиток довкілля	
<b>РОЗДІЛ ЧЕТВЕРТИЙ: ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ УКРАЇНИ НА ПЕРІОД ПІСЛЯ 2015 РОКУ</b>	
<b>ДОДАТКИ</b>	
Додаток 1. Таблиця «Незавершені завдання на шляху досягнення ЦРТ»	
Додаток 2. Таблиця «Глобальні ЦРТ та ЦРТ, адаптовані для України»	
Додаток 3. Таблиця «Статус досягнення ЦРТ»	
Список використаних джерел	

## Список скорочень

АРТ	Антиретровірусна терапія
АМН	Академія медичних наук
БКВЗ	Бідні країни з великою заборгованістю
БФ	Благодійний фонд
ВБО	Всеукраїнська благодійна організація
ВБФ	Всеукраїнський благодійний фонд
ВВП	Валовий внутрішній продукт
ВГО	Всеукраїнське громадське об'єднання
ВДВ	Валова додана вартість
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВНД	Валовий національний дохід
ВНЗ	Вищий навчальний заклад
ГО	Громадське об'єднання
ГПР	Групи підвищеного ризику
ДНЗ	Дошкільний навчальний заклад
Держстат	Державна служба статистики України
ДО	Державна організація
ДПЦ	Державний перинатальний центр
ДПУ	Державне підприємство України
ДУ	Державна установа
ДОТС	Короткострокове лікування під безпосереднім наглядом
ЄДРПОУ	Єдиний державний реєстр підприємств та організацій України
ЄС	Європейський Союз
ЗНЗ	Загальноосвітній навчальний заклад
ЗПСШ	Захворювання, які передаються статевим шляхом
ЗПТ	Замісна підтримуюча терапія
ІДСД	Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В.Птухи НАН України
ІКТ	Інформаційно-комунікаційні технології
ІЛР	Індекс людського розвитку
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ІПАГ НАМН	Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук
КДМ	Клініки, дружні до молоді
КСР	Комітет сприяння розвитку
КНУ	Київський національний університет
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ/СНІД
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МГО	Міська громадська організація
Мінекономрозвитку	Міністерство економічного розвитку і торгівлі України
Мінекології	Міністерство екології та природних ресурсів України
МКХ	Міжнародний класифікатор хвороб
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МОН	Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України
МОП	Міжнародна організація праці
НАН	Національна академія наук
НІСД	Національний інститут стратегічних досліджень
НКР	Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу
ОДР	Офіційна допомога з метою розвитку

ОБСЕ	Організація з безпеки та співробітництва в Європі
ОЕСР	Організація економічної співпраці та розвитку
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ОСБ	Особи, які надають сексуальні послуги за плату
ОУК	Одиниці (частини) установленої кількості
ПЗФ	Природно-заповідний фонд України
ПКС	Паритети купівельної спроможності
ПКС	Працівники комерційного сексу
ПРООН	Програма Розвитку Організації Об'єднаних Націй
ПСВ	Проекти спільного впровадження
ПТНЗ	Професійно-технічний навчальний заклад
ПФУ	Пенсійний фонд України
РАЦС	Реєстрація актів цивільного стану
РКЗК	Рамкова конвенція ООН про зміну клімату
СВ	Спільне впровадження
СЕС	Санітарно-епідеміологічна станція
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
СНД	Співдружність незалежних держав
СНІД	Синдром набутого імунodefіциту
СРСР	Союз Радянських Соціалістичних Республік
США	Сполучені Штати Америки
ТБ	Туберкульоз
ФНООН	Фонд народонаселення ООН
ФПУ	Федерація професійних спілок України
ЦК	Центральний комітет
УЗД	Ультразвукове дослідження
ЧСЧ	Чоловіки, які мають секс із чоловіками
ЦРТ	Цілі Розвитку Тисячоліття
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН
LED	Light emitting diode, світлодіод
MSH	Management Sciences for Health (Міжнародна громадська організація)
PISA	Міжнародна програма оцінки знань та вмінь учнів / Programme for International Student Assessment
PATH	Програма оптимальних технологій у сфері охорони здоров'я
TIMSS	Міжнародне дослідження якості математичної та природничо-наукової освіти / Trends in International Mathematics and Science Study
PIRLS	Міжнародний проект «Вивчення якості читання та розуміння тексту» / Progress in International Reading Literacy Study

## ПОДЯКА

Загальну координацію розроблення Національної доповіді «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна. 2013» здійснили: директор Національного інституту стратегічних досліджень **Андрій Єрмолаєв**; академік НАНУ, директор Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України ім. М.В.Птухи **Елла Лібанова**, заступник директора ПРООН в Україні **Елена Панова**, старший програмний менеджер ПРООН **Катерина Рибальченко**, директор департаменту економіки соціальної та гуманітарної сфери Міністерства економічного розвитку та торгівлі України **Олександр Савенко**.

Національну доповідь «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна. 2013» підготовлено робочою групою, до складу якої увійшли: **Тетяна Авраменко** – докторант Національної академії державного управління при Президентові України; **Лариса Бочкова** – консультант Державної служби України з питань протидії ВІЛ/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань; **Ганна Герасименко** – старший науковий співробітник відділу соціальної політики Інституту демографії і соціальних досліджень НАН України; **Олександр Голубцов** – молодший науковий співробітник науково-дослідної лабораторії ландшафтної екології та аерокосмічного моніторингу навколишнього середовища КНУ імені Тараса Шевченка; **Ярослав Жаліло** – перший заступник директора Національного інституту стратегічних досліджень; **Олена Кочемировська** – зав. сектору трудових відносин та людського потенціалу відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень; **Катерина Куріцина** – спеціаліст Проекту ПРООН «Прискорення прогресу у досягненні ЦРТ в Україні»; **Олена Палій** – провідний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України; **Ольга Пищуліна** – завідувач відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень; **Наталія Сітнікова** – менеджер Проекту ПРООН «Прискорення прогресу у досягненні ЦРТ в Україні»; **Оксана Хмелевська** – старший науковий співробітник відділу соціальної політики Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України; **Людмила Черенько** – завідувач відділу дослідження рівня життя Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України; **Світлана Черенько** – завідувач відділення фтизіатрії ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України».

У процесі розроблення доповіді брались до уваги коментарі та зауваження, які надавали: **Марія Алексєєнко** – голова ВГО «Жіночий консорціум України»; **Тетяна Александріна** – голова Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань; **Ярослав Болюбаш** – відповідальний секретар Співки ректорів вищих навчальних закладів України; **Андрій Волков** – начальник відділу сталого розвитку департаменту розвитку соціальної та гуманітарної сфери Міністерства економічного розвитку та торгівлі України; **Ольга Гвоздецька** – директор програмного департаменту ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»; **Лариса Кобелянська** – заступник віце-президента Національної академії державного управління при Президентові України; **Василь Кремень** – президент Національної академії педагогічних наук України; **Володимир Курпіта** – виконавчий директор ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»; **Елла Ламах** – директор програм ВГО «Центр - розвиток демократії»; **Олена Макарова** – заступник директора з наукової роботи Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України; **Людмила Мусіна** – радник Міністра економічного розвитку та торгівлі України; **Ангеліна Нягу** – президент Асоціації «Лікарі Чорнобиля»; **В'ячеслав Потапенко** – головний консультант відділу екологічної та техногенної безпеки Національного інституту стратегічних досліджень при Президентові України; **Володимир Ширяєв** – віце-президент Асоціації «Лікарі Чорнобиля», голова комісії Громадської ради при міністерстві екології та природних ресурсів; **Олена Шерстюк** – радник ЮНЕЙДС з питань лідерства та адвокації.

У обговоренні доповіді та її доопрацюванні брали участь наступні фахівці:

**Анна Авчухова** – консультант сектору проблем трудових відносин та людського потенціалу відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

**Надія Бачек** – національна асистентка програми ООН «Жінки в Україні. Підвищення відповідальності щодо фінансування гендерної рівності»;

**Наталія Белкіна** - начальник відділу департаменту співпраці з міжнародними організаціями Міністерства закордонних справ України;

**Андрій Бега** – керівник програм з розвитку політики, тренінгових програм з деінституціалізації Представництво благодійної організації «Надія і житло для дітей" в Україні;

**Юлія Бистрякова** – доцент Державної екологічної академії післядипломної освіти та управління;

**Олег Більовський** – старший консультант сектору проблем трудових відносин та людського потенціалу відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

**Олеся Бондар** – виконавчий директор ВОО «Український жіночий фонд»;

**Ірина Борушек** – старший радник з наглядової діяльності та управління ризиками ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;

**Ольга Булигіна**- адміністративний спеціаліст з координування проектів ПРООН в Україні;

**Наталія Буток** – головний спеціаліст-економіст департаменту статистики послуг Державного комітету статистики України;

**Ольга Бурбело** – інтерн Проекту ПРООН «Прискорення прогресу у досягненні ЦРТ в Україні»;

**Олена Виноградова** – ГО «Жінки та діти – майбутнє України»;

**Сергій Волков** – старший програмний менеджер ПРООН в Україні;

**Людмила Волинець** – керівник Управління забезпечення діяльності Уповноваженого Президента України з прав дитини Адміністрації Президента України ;

**Олег Вороненко** – програмний спеціаліст Фонду Народонаселення ООН в Україні;

**Василь Головінов** – головний консультант секретаріату Комітету з питань науки і освіти Верховної Ради України;

**Володимир Гордейко** – менеджер проекту ПРООН «Зміцнення національної спроможності для ефективної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні»;

**Марія Дмитрієва** – представниця Наглядової ради Київського інституту гендерних досліджень;

**Ольга Долечек** – старший фахівець ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»;

**Маріанна Євсюкова** – директор юридичного департаменту Міжнародного жіночого правозахисного центру «Ла Страда – Україна»;

**Павло Замостян** – заступник представника Фонду Народонаселення ООН в Україні;

**Олена Іванова** – менеджер проекту ПРООН «Підтримка реформи соціального сектору в Україні»;

**Алексей Ільницький** – радник ЮНЕЙДС з питань стратегічної інформації;

**Леонід Ільчук** – директор Центру перспективних соціальних досліджень Міністерства соціальної політики та НАН України;

**Ірина Калачова** – директор департаменту статистики послуг Державної служби статистики України;

**Ольга Калашник** – віце-президент Міжнародного жіночого правозахисного центру «Ла-Страда»;

**Микола Карпенко** – завідувач сектора розвитку освітньо-наукової систему відділу гуманітарної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

**Юрій Кобища** – спеціаліст програми зі ЗПСШ/ВІЛ/СНІД та стратегічної інформації Бюро ВООЗ в Україні;

**Олександр Коваль** – завідувач сектору управління соціальними ризиками відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

**Кароліна Ковязіна** – головний спеціаліст сектору управління соціальними ризиками відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

**Орест Когут** – журналіст газети «Розвиток і довкілля»;

**Лариса Колос** – голова правління МГО «Школа Рівних Можливостей»;

**Лариса Колос** – лікар-епідеміолог Центральної СЕС Міністерства внутрішніх справ України;

Олександр **Коцюба** – завідувач відділу проблем пенсійного страхування НДІ праці і зайнятості населення Міністерства соціальної політики України та НАН України ;

Анна **Кошикова** – керівник аналітичного відділу ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»;

Євген **Красняков** – головний консультант секретаріату Комітету з питань науки і освіти Верховної Ради України;

Віталій **Крисько** – спеціаліст з координування проектів ПРООН в Україні;

Ігор **Кузін** – завідувач Центру моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу ДУ «Український центр контролю за соціальними хворобами МОЗ України»;

Тетяна **Краснопольська** – фахівець відділу інновацій ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»;

Ірина **Крючкова** – начальник відділу Інституту прогнозування НАНУ;

Сергій **Лісовський** – заступник директора з наукової роботи Інституту географії НАН України;

Віталій **Лозовий** – головний науковий співробітник відділу гуманітарної політики Національного інституту стратегічних досліджень ;

Роман **Любченко** – старший фахівець відділу інноваційних програм ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»;

Лариса **Магдюк** – експерт з гендерних питань ГО «Жіночий консорціум України»;

Анастасія **Мазуренко** – фахівець відділу моніторингу і оцінки ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»;

Тетяна **Макійчук** – головний науковий консультант відділу з соціальних питань та праці Головного науково-експертного управління Апарату Верховної Ради України;

Ігор **Манцуров** – директор Науково-дослідного економічного інституту;

Ольга **Марушевська** – директор Центру міжнародного співробітництва, з питань змін клімату та енергозбереження Державної екологічної академії післядипломної освіти та управління;

Геннадій **Марушевський** – докторант Національної академії державного управління при Президентові України;

Марія **Мацепа** – спеціаліст з питань моніторингу та оцінки ЮНІСЕФ в Україні;

Тетяна **Медун** – національний спеціаліст проектів ОБСЄ в Україні;

Василь **Мельник** – заступник директора ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського»;

Галина **Монастирська** – старший науковий співробітник відділу соціально-економічних проблем праці ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»;

Марина **Мурашова** – спеціаліст проекту ПРООН «Зміцнення національної спроможності для ефективної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні»;

Олеся **Нечипоренко** – менеджер тренінгових програм і заходів Програми сприяння Парламенту України II;

Олена **Овчинникова** – програмний менеджер ПРООН в Україні;

Ольга **Осауленко** – радник з програмних питань представництва Фонду народонаселення ООН в Україні;

Людмила **Остапенко** – керівник Департаменту бюджетної політики та соціального захисту Федерації профспілок України ;

Сергій **Полюк** – координатор проектів за напрямками «Охорона здоров'я та соціальна сфера» Представництва Європейської Комісії в Україні;

Віра **Поровська** – асистент проектів ВГО «Жіночий консорціум України»;

Дарія **Прокопій** – провідний спеціаліст сектору проблем трудових відносин та людського потенціалу відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень при Президентові України;

Катерина **Ростовцева** – Головний консультант секретаріату Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я;

Тетяна **Руденко** – національний менеджер проектів, Відділ верховенства права та прав людини Координатора проектів ОБСЄ в Україні;

Лариса **Савчук** – Координатор напряму запобігання ВІЛ/СНІД у сфері праці Міжнародної організації праці;

Сергій **Савчук** – перший секретар департаменту міжнародних організацій Міністерства закордонних справ України;

Марфа **Скорик** – виконавчий директор Київського інституту гендерних досліджень;

Олексій **Соловйов** – завідувач відділом медицини плода клініки «Надія», керівник БФ «Фонд Медицини Плода, Україна»;

Тетяна **Сосідко** – старший фахівець відділу моніторингу і оцінки ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;

Людмила **Сторожук** – начальник відділу організації медико-соціальної допомоги управління протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань;

Наталія **Сухорукова** – головний спеціаліст Департаменту у справах сім'ї, молоді та спорту Харківської обласної державної адміністрації;

Валерія **Таран** – керівник проектів з питань здоров'я та розвитку дітей Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ);

Тетяна **Тимочко** – Голова Всеукраїнської екологічної ліги;

Василь **Толкачов** – менеджер проекту ПРООН «Розбудова спроможності для низьковуглецевого зростання в Україні»;

Юрій **Фещенко** – головний позаштатний спеціаліст МОЗ України з пульмонології та фтизіатрії;

Федір **Фомін** – заступник начальника управління соціального захисту сімей Міністерства соціальної політики України;

Юрій **Харазішвілі** – головний науковий співробітник відділу макроекономічного прогнозування та досліджень тіньової економіки Національного інституту стратегічних досліджень;

Євген **Хлобистов** – завідувач відділу економічних проблем екологічної політики та сталого розвитку ДУ «Інститут економіки природокористування та сталого розвитку НАН України»;

Олена **Чмир** – заступник директора Науково-дослідного економічного інституту;

Ольга **Шевченко** – завідувач сектору стратегії регіонального розвитку відділу регіонального розвитку Національного інституту стратегічних досліджень при Президентові України;

Ігор **Шумило** – незалежний експерт;

Людмила **Шумило** – фахівець відділу моніторингу і оцінки ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»;

Юлія **Щербініна** – старший програмний менеджер ПРООН в Україні.

Значний внесок у підготовку доповіді зробили фахівці агентств системи ООН в Україні. Висловлюється щира подяка всім спеціалістам, які брали участь у розробленні, обговоренні та доопрацюванні цієї доповіді. Доповідь доопрацьовано з урахуванням зауважень та пропозицій, отриманих під час експертних та громадських обговорень. Вона ґрунтується на підсумках інтенсивних дискусій серед урядовців, науковців, представників міжнародних організацій, а також експертів неурядових організацій.



## ВСТУП

### ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ В УКРАЇНІ

Декларація Тисячоліття ООН, затверджена 189 державами світу у 2000 році на Саміті Тисячоліття ООН, започаткувала процес досягнення до 2015 року світовою спільнотою нових результатів у тих сферах, де нерівномірність глобального людського розвитку виявилася найгострішою. Цілі Розвитку Тисячоліття (ЦРТ) визначили стратегічні напрями розвитку, серед яких: боротьба з голодом і злиденністю, забезпечення доступу до освіти, досягнення гендерної рівності, зниження рівня материнської та дитячої смертності, скорочення масштабів поширення ВІЛ/СНІДу та інших захворювань, досягнення екологічної сталості, а також гармонізація зовнішньої допомоги для країн, що розвиваються.

Цілі розвитку тисячоліття стали однією з найбільш успішних інновацій людства. Про це заявив Генеральний секретар ООН Пан Гі Мун, представляючи глобальну Доповідь «ЦРТ.2013» 1 липня 2013 року на щорічній сесії Економічної та Соціальної Ради ООН. Ця Доповідь надає оцінку прогресу на шляху досягнення ЦРТ та підсумки моніторингу стану виконання завдань ЦРТ. У Доповіді зазначено, що з 2000 року вдалося вдвічі скоротити частку людей, які живуть у крайній убогості, 2,1 мільярда людей отримали доступ до чистої води, було досягнуто успіхів у боротьбі з малярією і туберкульозом. Генеральний секретар ООН Пан Гі Мун зазначив, що прогрес у реалізації завдань у галузі розвитку був нерівномірним: у доповіді привернуто увагу до питань нерівності між регіонами і між групами населення всередині країн, між мешканцями міст і селянами. У доповіді наголошується, що глобальна економічна криза призвела до зростання кількості безробітних і скорочення міжнародної допомоги на цілі розвитку. «...Настав час активізувати наші зусилля по створенню більш справедливого, безпечного і сталого майбутнього для всіх», - підкреслив Генеральний секретар ООН.

У 2000 році Україна взяла на себе зобов'язання виконати завдання по досягненню до 2015 року Цілей розвитку тисячоліття. Приєднання України до Декларації тисячоліття ініціювало процеси переосмислення значущості пріоритетів суспільного розвитку. Після того, як Україна взяла зобов'язання досягти ЦРТ, першим кроком на шляху досягнення ЦРТ стало затвердження у 2001 році «Стратегії подолання бідності» і послідовна її реалізація. Другим кроком стала націоналізація ЦРТ: Україна стала першою на пострадянському просторі країною, яка у 2003 році адаптувала глобальні ЦРТ та встановила національні цілі та завдання.

**Вставка 1.1. Система ЦРТ (встановлених для України у 2003 році та уточнених у 2010 році):**

**Ціль 1. Подолання бідності** (3 завдання, 5 індикаторів);

**Ціль 2. Забезпечення якісної освіти впродовж життя** (2 завдання, 6 індикаторів);

**Ціль 3. Забезпечення гендерної рівності** (2 завдання, 4 індикатори);

**Ціль 4. Зменшення дитячої смертності** (1 завдання, 2 індикатори);

**Ціль 5. Поліпшення здоров'я матерів** (1 завдання, 2 індикатори);

**Ціль 6. Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів** (2 завдання, 6 індикаторів);

**Ціль 7. Сталий розвиток довкілля** (4 завдання, 8 індикаторів).

Наступним кроком на шляху досягнення ЦРТ стала інтеграція ЦРТ у стратегічне планування розвитку: завдання та індикатори національних ЦРТ починаючи з 2004 року знаходили відображення в державних стратегічних та програмних документах, зокрема у щорічних програмах економічного і соціального розвитку України. Також в Україні було запроваджено щорічний моніторинг встановлених на національному рівні завдань ЦРТ. 2005 рік став відправною точкою локалізації ЦРТ в Україні, результатом якої стала локалізація ЦРТ у трьох пілотних областях (Луганська, Донецька, Львівська), а згодом у АР Крим та у

Чернівецькій області. Наступним кроком на шляху становлення системи ЦРТ в Україні стала робота з оновлення системи завдань та індикаторів національних ЦРТ з огляду на специфіку національного розвитку у посткризовий період та нові виклики глобального розвитку. Підсумком цієї роботи стала Національна доповідь «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна. 2010». Президент України представив цю доповідь міжнародній спільноті: 22 вересня 2010 року з трибуни Генеральної Асамблеї ООН він підкреслив: «ЦРТ є одночасно і орієнтиром і системою пріоритетів для реалізації стратегії реформ в Україні, оскільки вони визначають найгостріші проблеми, що стоять перед нашим суспільством». ЦРТ в Україні стали рушійною силою розроблення та здійснення державної політики, спрямованої на людський розвиток, підвалиною для її переорієнтації у гуманітарному напрямі. На шляху досягнення цілей тисячоліття постають нові виклики, що зумовлює необхідність оновлення перспективного бачення майбутнього розвитку націй. У 2012 році на 67-й сесії Генеральної Асамблеї ООН Президент України В.Ф.Янукович звернув увагу на надзвичайну важливість для України брати участь у роботі з визначення цілей сталого розвитку та підготовки порядку денного розвитку на період після 2015 року: «Ця тематика становить особливий інтерес для України, підтвердженням чого стало проведення у липні 2012 року Національної добровільної презентації досягнень України у сфері Цілей розвитку тисячоліття в Економічній та Соціальній Раді ООН».

### **Вставка 1.2. Історія становлення системи ЦРТ в Україні**

2000 рік: на Саміті Тисячоліття ООН Україна приєдналась до Декларації Тисячоліття ООН;  
2001 рік: затверджено Стратегію подолання бідності;  
2003 рік: адаптація ЦРТ, розроблення національної системи завдань і показників ЦРТ (результат: перша національна доповідь «ЦРТ.Україна. 2003»);  
2004 рік: запровадження щорічного моніторингу виконання завдань ЦРТ;  
2005 рік: оцінка прогресу з досягнення ЦРТ (результат: доповідь «ЦРТ.Україна. 2000+5», яку було представлено на 60-ій сесії Генеральної Асамблеї ООН);  
2005-2006 рр.: локалізація ЦРТ у трьох пілотних областях (результат: доповіді «ЦРТ: Львівщина», «ЦРТ:Луганщина», «ЦРТ:Донеччина»);  
2007 рік: моніторинг стану досягнення ЦРТ (результат: доповідь «ЦРТ.Україна. 2000+7»);  
2007-2008 рр.: інформаційно-просвітницька кампанія з ЦРТ;  
2008 рік: встановлення взаємозв'язків між ЦРТ, людським розвитком та європейським вибором України (результат: національна доповідь про людський розвиток «Людський розвиток та європейський вибір України»);  
2009-2010 рр.: перегляд завдань та індикаторів ЦРТ (результат: національна доповідь «ЦРТ.Україна.2010»);  
2011 рік: встановлення взаємозв'язків ЦРТ з концепцією соціального залучення (результат: національна доповідь про людський розвиток «Україна: на шляху до соціального залучення»);  
2011-2012 рр.: локалізація ЦРТ в Автономній Республіці Крим та у Чернівецькій області (результат: доповіді «ЦРТ:Крим» та «ЦРТ: Буковина»);  
2012 рік: 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 рік: національні консультації з питань формування Порядку денного розвитку на період після 2015 року (результат: доповідь «Україна після 2015 року: майбутнє, якого ми прагнемо»);  
2013 рік: оцінка прогресу на шляху досягнення ЦРТ (очікуваний результат: доповідь «ЦРТ.Україна.2013»);  
2015 рік: підведення підсумків досягнення ЦРТ в Україні (запланований результат: доповідь «ЦРТ.Україна.2015»).

У 2013 році Україну було включено до групи 100 країн, що мали провести національні консультації з формування Порядку денного розвитку після 2015 року. Для України це, з одного боку – велика честь брати участь у формуванні глобального порядку денного розвитку країн-членів ООН, а з іншого – можливість отримати чіткі орієнтири для визначення стратегічних завдань розвитку на майбутнє. Результати консультацій враховуватимуться у процесі стратегічного планування, що надає можливість переорієнтувати програмні документи на пріоритети, що б відповідали очікуванням громадян України.

У Національних консультаціях з визначення пріоритетів розвитку після 2015 року взяли участь люди, які мають громадянську позицію та є небайдужими до питань розвитку країни та світу. Національні консультації забезпечили можливість висловитись особисто понад 4,5 тис. мешканців України, а з урахуванням учасників електронного опитування до визначення пріоритетів майбутнього розвитку було залучено понад 25 тис. осіб. Переважна більшість учасників консультацій позитивно оцінили як факт їх проведення, так і залучення широкого кола представників різних груп та верств населення до визначення пріоритетів розвитку. Підкреслюючи необхідність змін у якості державного управління, 86,8% учасників національних консультацій акцентували увагу на необхідності визначення цілей і пріоритетів розвитку на довгострокову (принаймні на 10 років) перспективу. Переважна більшість учасників (66,2% загальної кількості, 70,9% містян, 78,4% осіб з вищою освітою, 86,3% державних службовців і 83,3% студентів) вважає важливою участь громадськості в обговоренні цілей розвитку. До інтерактивного глобального опитування «Мій світ» долучилось близько 11 тис. українців, які обрали шість найбільш важливих пріоритетів розвитку із шістнадцяти запропонованих.

У процесі національних консультацій було враховано думку представників урядових установ, академічних кіл, неурядових організацій, профспілок, малого, середнього та великого бізнесу, молоді, національних меншин, людей з інвалідністю, людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом тощо. Національні консультації щодо майбутнього, якого прагнуть люди, виявили, як саме бачать широкі верстви українського суспільства пріоритети та завдання розвитку. Найбільш значущими для людей напрямами розвитку є наступні: ***забезпечення соціальної справедливості, доступ до якісних послуг системи охорони здоров'я та освіти, гідна праця, модернізація економіки, розвиток інфраструктури, захист довкілля, підвищення якості управління.***

Для прогнозування тенденцій майбутнього суспільного розвитку та стратегічного планування необхідним є вивчення винесених уроків із досягнення ЦРТ. Здійснення об'єктивного аналізу досягнень та здобутків на шляху виконання завдань ЦРТ до 2015 року, ретельне вивчення існуючих проблем, їх причин та можливих наслідків, врахування незавершених завдань ЦРТ та нових викликів, що постають на шляху розвитку, та вироблення рекомендацій щодо прискорення прогресу на шляху досягнення ЦРТ – ці питання стали ключовими у процесі розроблення доповіді «ЦРТ.Україна.2013». В рамках відкритого обговорення згаданих питань проведено низку заходів: 7 експертних дискусій та 7 круглих столів за участю високопосадовців, електронне обговорення кожної цілі, круглий стіл з представлення проекту доповіді. До процесу обговорення та доопрацювання проекту доповіді «ЦРТ.Україна.2013» долучилось понад 150 представників експертної спільноти за напрямами, що відповідають тематичним сферам ЦРТ: урядовці, управлінці, фахівці агентств системи ООН, дипломати, науковці, економісти, демографи, лікарі, епідеміологи, екологи, освітяни, журналісти, підприємці, представники недержавних організацій, діяльність яких сприяє досягненню ЦРТ, та інші представники громадянського суспільства.

Доповідь «ЦРТ.Україна.2013» є результируючим наслідком цієї роботи.

## РОЗДІЛ ПЕРШИЙ:

### УКРАЇНА: ВИМІРИ РОЗВИТКУ

#### 1.1. ЕКОНОМІКА УКРАЇНИ У 2010-2012 РР. – ПІСЛЯКРИЗОВИЙ ОПТИМІЗМ ТА РИЗИКИ СТАГНАЦІЇ

На початку тисячоліття Україна демонструвала відносно стійке економічне зростання, що сприяло послідовному нарощуванню національного багатства та поліпшенню соціальної ситуації в країні, зокрема – відчутних позитивних зрушень у реалізації Цілей розвитку Тисячоліття. У середньому темп приросту ВВП складав протягом 2000 – 2007 рр. близько 7,5 %. За цей період ВВП України збільшився майже на 80 %, а продуктивність праці – більш ніж на 70 %, що загалом перевищувало зростання продуктивності праці в розвинених країнах.

Водночас позитивний економічний та соціальний поступ відбувався за панування в Україні сировинно орієнтованої експортної моделі розвитку, яка спиралася на конкурентні переваги, що виникали значною мірою завдяки дешевизні енергетичних та трудових ресурсів. Це створювало ілюзію міжнародної конкурентоспроможності національної економіки та успішності відповідної моделі конкуренції, що обумовлювало зволікання з вирішенням ключових системних суперечностей та здійсненням структурних зрушень. Як наслідок на початку другого десятиріччя Україна втратила положення країни яка може претендувати на лідируючі позиції на рівні регіону і стикнулася із загрозою опинитися на периферії нового світу, що формується.

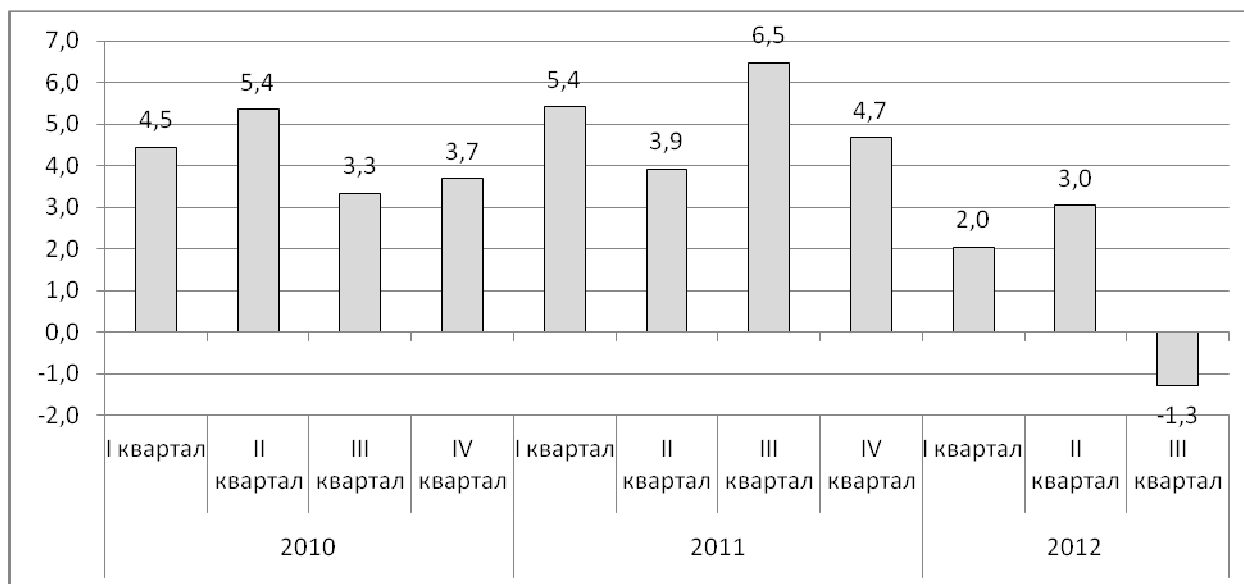
Невизначеність світової економічної перспективи, негативні тренди в царині глобальних фінансів, криза національних бюджетів провідних західних країн не могли не відбитися на економіці України. Внаслідок відсутності адекватної позиції у міжнародному розділі праці посилювалась залежність України від коливань міжнародної економічної кон'юнктури. Нераціональна структура експорту з переважно сировинним характером та низькою часткою доданої вартості негативно впливали на динаміку економічного зростання. Неприятлива зовнішньоекономічна кон'юнктура для багатьох експортних товарів була основним чинником зменшення обсягів виробництва, зокрема в металургії та у деяких експортоорієнтованих сегментах машинобудування, що стало одним з основних чинників, що стримує економічне зростання в Україні.

Відсутність послідовної політики щодо опанування сучасними чинниками конкурентоспроможності обумовило жорстку реакцію економіки України на світову фінансову кризу 2008-2009 рр., та рекордну за світовими мірками глибину кризового провалу 2009 року. Загроза залишитися за межами процесів глобалізації, становлення відкритого суспільства, інформаційної економіки є для України все більш реальною. Тим не менш світова криза створила потенційно сприятливі умови для глибинних системних зрушень, спрямованих на зміну національної моделі розвитку. Продуктивність таких зрушень критично залежала як від послідовності вітчизняної політики реформ, так і від зміни чинників глобального економічного середовища.

010 рік продемонстрував тенденцію до відновлення позитивної економічної динаміки. ВВП України порівняно з попереднім роком зріс на 4,1 %. Стабільно позитивні показники приросту ВВП протягом року дали підстави для оптимістичних висновків щодо завершення економічної кризи і початку фази післякризового відновлення.

Між тим, відновлення зростання в Україні відбулося у першу чергу під впливом поживлення на зовнішніх ринках. У 2010 р. експорт з України зріс на 29 % (17 % з них надав

ціновий фактор, обумовлений післякризовим відновленням світової економіки). Підтвердженням значного стимулюючого впливу зовнішнього чинника стало випереджаюче зростання ключових експортоорієнтованих галузей промисловості. Так, найвищу позитивну динаміку в промисловості продемонстрували машинобудування (на 36,1 %), хімічна та нафтохімічна промисловість (22,5 %) та металургія (12,2 %).



**Рис. 1.1.1. Поквартальна динаміка ВВП України у 2010-2012 рр., % до відповідного періоду попереднього року**

На економічне зростання протягом 2010 року суттєво впливав споживчий попит. Про це свідчать зростання споживчих витрат (у третьому кварталі на 7,0 %, у четвертому – на 12,0 %), зростання роздрібного товарообороту (на 7,6 % у 2010 р.). Проте досить повільно відновлювалися галузі орієнтовані на внутрішній ринок. Зростання виробництва в харчовій промисловості становило 3,2 %, легкой промисловості – 8,9 %, деревообробній – 9,6 %.

Відновлення зростання не супроводжувалося позитивними зрушеннями у структурі виробництва, про що свідчило продовження інвестиційної кризи. Таким чином, у процесі зростання економіки України в 2010 р. переважали тенденції відновлення основних рис докризової економічної моделі, якій були притаманні високий рівень відкритості національної економіки та вразливість щодо коливань кон'юнктури світової економіки.

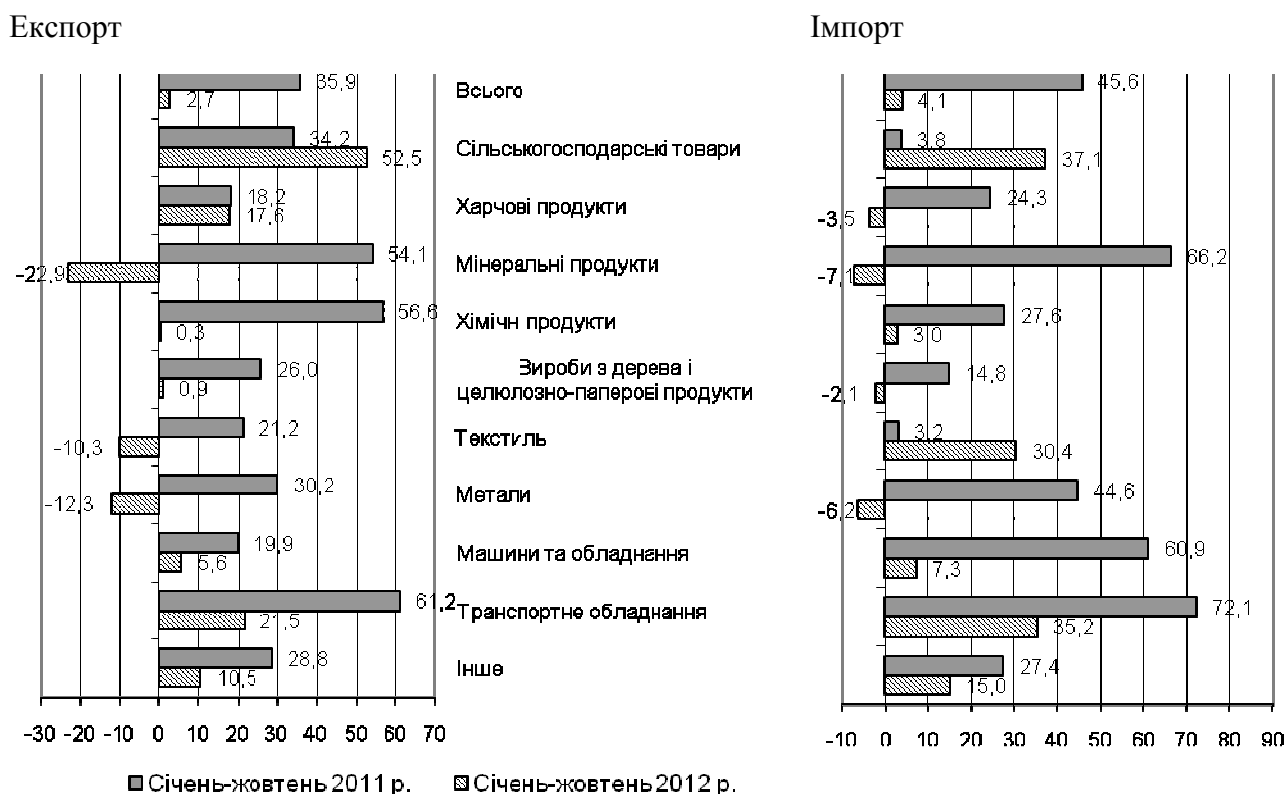
Збереження позитивних трендів світової економіки сприяло продовженню післякризового відновлення української економіки у 2011 р. Зростання ВВП за підсумками року становило 5,2 %. При цьому відбувалося випереджальне зростання показників зовнішньої торгівлі: за рік товарний експорт зріс у вартісному вимірі на 33,0 %, імпорт – на 36,0 %.

Разом з тим, протягом 2011 року темпи зростання були досить нестабільними, вплив експортної діяльності на економічне зростання послаблювався – а з другого півріччя сповільнення експорту почало завдавати депресивного впливу на економічне зростання. Економіка постала перед необхідністю зміни ідеології економічного зростання та переорієнтації із зовнішніх на внутрішні джерела. Головним джерелом зростання у 2011 р стало динамічне нарощування кінцевих споживчих витрат, тобто витрат населення на придбання споживчих товарів і послуг . Їх обсяги зросли на 10,7 %, сформувавши 9,5 в. п. приросту ВВП.

Економічне зростання у 2011 р. було забезпечено передусім галузями реального сектору економіки - вищими темпами зростання виробництва у промисловості, які склали 8,0 % порівняно з відповідним періодом попереднього року, та сільському господарстві – на 19,9 %.

Між тим, враховуючи глибину падіння ключових макроекономічних показників у період кризи, такі темпи зростання слугували лише відновленню втрачених позицій. Дію внутрішніх чинників зростання значною мірою було загальмовано незавершеністю процесів ринкового реформування, зокрема – дерегуляції підприємницької діяльності, формування сприятливого фіскального простору, сучасної організації фінансової системи.

Зазначені вади повною мірою виявилися у 2012 р. Експортноорієнтована сировинна, «староіндустріальна» модель економіки дедалі більше дає збої через нестабільність і фактичне згортання зовнішніх ринків.<sup>1</sup> Кардинально змінився вплив на формування ВВП зовнішньоторговельних чинників. Уповільнення темпів зростання світової економіки зумовило звуження попиту на світових ринках і мало негативний вплив на експортноорієнтовані галузі промисловості України. Обсяги та динаміка зовнішньої торгівлі у 2012 р. були дзеркальним відображенням впливу глобальної економічної динаміки на Україну<sup>2</sup>.



**Рис. 1.1.2. Динаміка експорту та імпорту товарів у січні-жовтні 2011-2012 рр., %**

Протягом року невпинно сповільнювалася інвестиційна діяльність і за результатами 2012 року приріст капітальних інвестицій порівняно з попереднім роком склав лише 8,3 %.

Якщо економічне зростання у 2011 р. забезпечувалось передусім виробничими галузями економіки, то у 2012 р. ситуація змінилась – приріст ВВП було сформовано насамперед сферами транспорту, торгівлі та операцій з нерухомим майном, що пов’язано з підготовкою і проведенням Євро-2012, а також збереженням позитивної динаміки платоспроможного попиту населення. Спад було зафіксовано у сільському господарстві, промисловості, будівництві та

<sup>1</sup> Перспективи економіки України в умовах глобальної макроекономічної нестабільності, Аналітична доповідь, НІСД, К., 2013

<sup>2</sup> У 2012 р. спостерігається зниження темпів економічної активності як у країнах з розвинутою економікою, так і в країнах з ринками, що розвиваються. Так, за підсумками трьох кварталів 2012 р. ВВП країн ЄС в річному вимірі зменшився на 0,2 %. Основні країни – торговельні партнери України в ЄС демонструють негативну динаміку ВВП в перші три квартали 2012 р. (Італія, Іспанія, Угорщина) чи сповільнення економічного зростання (Німеччина, Польща).

фінансовій діяльності. Загалом за 2012 р. обсяг промислового виробництва зменшився на 0,5 % порівняно з відповідним періодом попереднього року.

Відносно вагомий позитивний внесок в динаміку промислового виробництва було сформовано лише двома галузями—добувною промисловістю (1,9 %) та виробництвом і розподіленням електроенергії, газу та води (2,0 %). Повільніше зростало виробництво у харчовій промисловості (лише на 1,0 %), деревообробній та целюлозно-паперовій промисловості (0,9 %).

Всі інші види промислової діяльності у 2012 р. демонстрували негативну динаміку. Найбільший спад відбувся у виробництві коксу та продуктів нафтоперероблення (на 18,4 %), насамперед, внаслідок значного скорочення випуску продукції на нафтопереробних підприємствах. Негативну динаміку продемонстрували експортоорієнтовані галузі – металургійна промисловість і машинобудування, де зменшення обсягів виробництва складало 3,6 % і 3,3 % відповідно.

Деякі з галузей, орієнтованих переважно на потреби внутрішнього ринку, також зменшили виробництво. Падіння виробництва у легкій промисловості становило 6,6 %, зниження економічної активності у будівництві, скорочення обсягів будівельних робіт зумовили зменшення попиту на неметалеву мінеральну продукцію (будматеріали) – їх виробництво скоротилося на 6,0 %<sup>3</sup>.

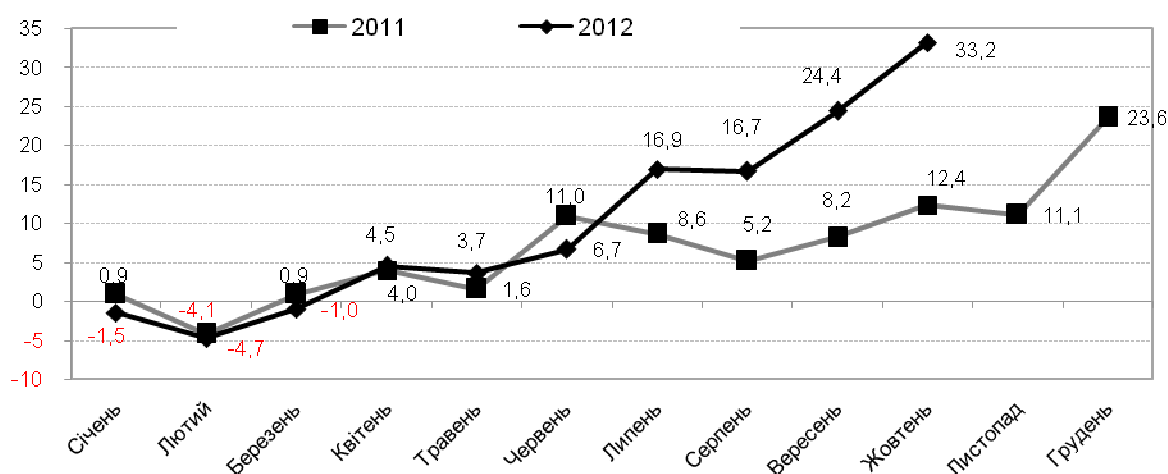


**Рис.1.1.3. Динаміка промислового виробництва за видами діяльності у січні-жовтні 2010-2012 рр., %**

Після періоду відносної стабільності в 2010–2011 рр., у 2012 р. сповільнення економічної динаміки призвело до посилення ризиків у системі державних фінансів. Це пов'язано з загостренням суперечностей, зокрема між динамікою зростання доходів і видатків бюджету, потребами збільшення інвестиційних видатків в умовах сповільнення економічної динаміки й необхідністю збільшення обсягів соціальних видатків з метою забезпечення належного рівня

<sup>3</sup> Перспективи економіки України в умовах глобальної макроекономічної нестабільності, Аналітична доповідь, НІСД, К., 2013

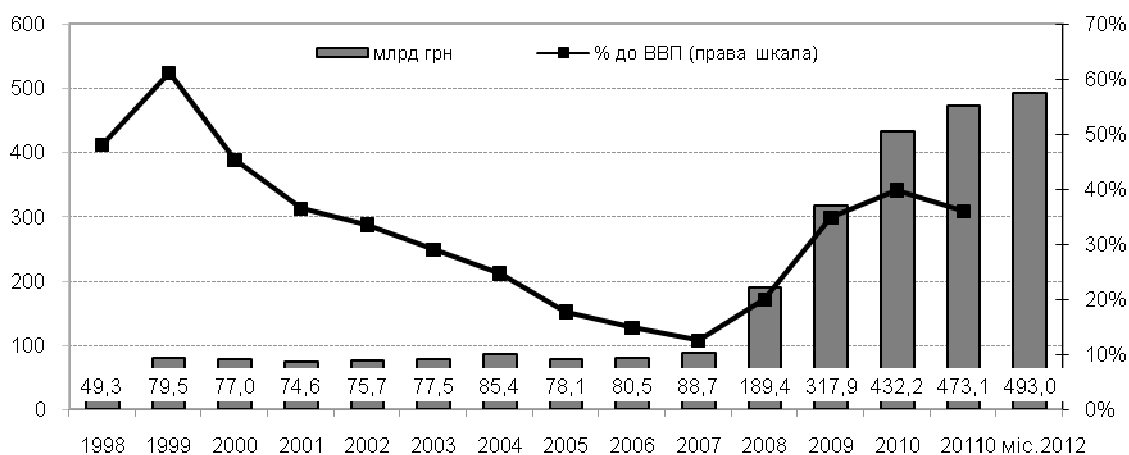
соціального захисту населення, а також між потребами центрального та місцевих бюджетів. Так стримані темпи зростання доходів бюджету поєднувались з високими темпами зростання видатків, які за 10 місяців 2012 року збільшилися на 15,9% (41,5 млрд грн). Соціальні видатки державного бюджету небезпідставно розглядалися у 2012 р. як один із стимуляторів прискорення економічного зростання.



**Рис.1.1.4. Дефіцит державного бюджету України в 2011-2012 рр., млрд грн (кумулятивно)**

Відчутний розрив між динамікою зростання доходів та видатків державного бюджету призвів до зростання дефіциту бюджету. Зростаючий дефіцит бюджету та значний обсяг державних боргових зобов'язань, які необхідно погасити в 2012 р., призвели до необхідності активізації додаткових боргових залучень.

Продовжує зростати номінальний обсяг державного боргу України (рис.1.1.5). Потреба додаткового фінансування видаткової частини обумовила збільшення дефіциту бюджету із фінансуванням за рахунок внутрішніх запозичень (у 2012 році було збільшено державний борг на 7,7 млрд грн).



**Рис1.1.5. Державний та гарантований державою борг України**

Негативну динаміку у 2012 р. продемонструвало сільське господарство. За рік обсяги виробництва скоротились на 4,5%. Це відбулося насамперед за рахунок високої бази порівняння, адже 2011 р. для сільськогосподарського виробництва був рекордним за валовим збором основних сільськогосподарських культур.



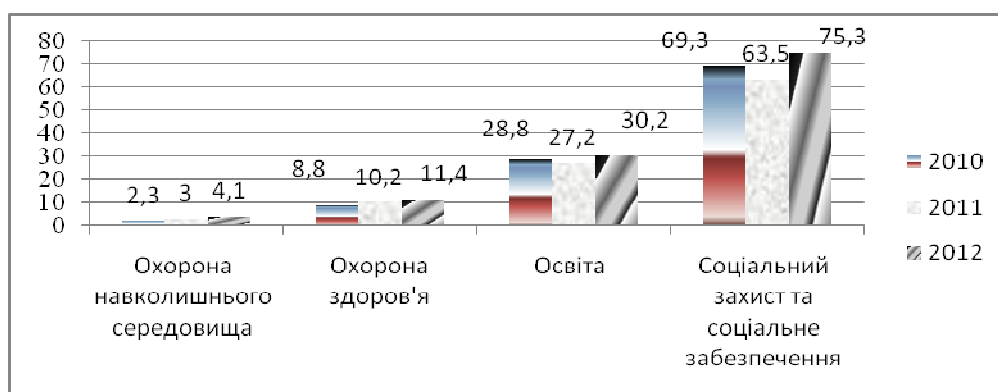
Тим не менш стагнаційні тенденції української економіки 2012 року можуть бути розцінені як черговий шанс для зміни моделі розвитку зі зменшенням експортної орієнтації та суттєвим посиленням ваги внутрішніх чинників зростання – як споживчого, так і інвестиційного попиту. Така переорієнтація є можливою за умови реалізації цілеспрямованих заходів економічної політики щодо розвитку внутрішнього ринку та активізації інвестиційної діяльності, які визначено у Програмі активізації розвитку економіки на 2013-2014 роки, ухваленої Кабінетом Міністрів України у лютому 2013 року.

Загалом стан економіки України протягом 2010-2012 рр. виявився сприятливим для досягнення орієнтирів соціального розвитку, передбачених Цілями розвитку тисячоліття. Між тим, системність проблем, пов'язаних зі структурними змінами в економіці та суспільстві загалом, посилена жорстким дефіцитом фінансових ресурсів, обумовленим світовою фінансовою кризою, спричинили певне відставання від запланованих орієнтирів за напрямками, які потребують системного реформування.

## 1.2. СОЦІАЛЬНИЙ РОЗВИТОК УКРАЇНИ У 2010-2012 РОКАХ: ДОСЯГНЕННЯ ТА ВИКЛИКИ

Результати економічного розвитку правомірно оцінювати, виходячи із ступеня досягнення прогресивних соціальних стандартів. 7 березня 2012 року під час розширеного засідання Уряду Президентом України було поставлено завдання забезпечити «нову якість державної соціальної політики». Соціальні ініціативи Президента України охоплюють чотири стратегічних напрями соціальних реформ: перший - відновлення довіри суспільства до державної політики, спрямованої на покращення життя громадян; другий - комплексне перетворення підходів до оплати праці, податків та соціального страхування; третій - глибока модернізація сфери соціального забезпечення; четвертий напрям нової соціальної політики – це сприяння ефективній зайнятості та створення нових робочих місць. Також ініціативи охоплюють завдання будівництва доступного житла. Вплив соціальних ініціатив Президента України на соціальний розвиток та поступове впровадження нової соціальної політики має забезпечити зміни механізмів перерозподілу доходів, створення ефективної системи захисту населення від соціальних ризиків, становлення середнього класу.

Протягом 2010-2012 рр. соціальні видатки поступово збільшувались. Видатки зведеного бюджету соціального спрямування у 2012 році становили 299,0 млрд грн., що перевищувало аналогічний показник попереднього року на 18,9%. Місцеві бюджети є ще більш соціально орієнтованими: фінансування соціальних програм сягало 70-80 % видаткової частини, кошти спрямовувались на заходи у сфері соціального захисту населення, медичної допомоги, шкільної та дошкільної освіти тощо.



**Рис. 1.2.7. Динаміка видатків державного бюджету за 2010-2012 р.р. у розрізі функціональної класифікації**

Завдяки виваженій соціальній політиці у 2012 році було забезпечено зростання соціальних стандартів: прожиткового мінімуму на одну особу - на 14,9 відсотків; мінімальної заробітної плати - на 12,9 відсотків; мінімальної пенсії - на 10,5 відсотків; посадового окладу для працівників бюджетної сфери - на 19,2 відсотків.

Протягом останніх років відбувалось **підвищення рівня соціальних допомог** та підвищення соціальних стандартів для окремих категорій громадян. Зокрема, у 2012 році збільшено: допомоги для дітей малозабезпечених сімей (для дітей 3-13 років до 120 грн., 13-18 років до 230 грн.); розмір доплати до пенсії членам сімей загиблих інвалідів війни (353,6 грн. – 42% прожиткового мінімуму для пенсіонерів). Виплати інвалідам-ліквідаторам аварії на Чорнобильській АЕС збільшено майже вдвічі. Близько 6 млн. вкладників колишнього Ощадбанку отримали компенсацію частини своїх вкладів у розмірі 1000 грн. на одну особу.

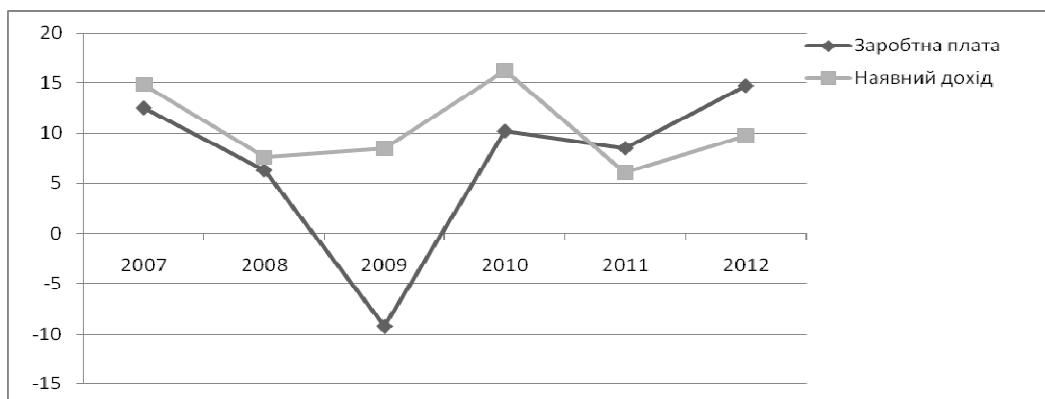
Підвищення цін на газ та електроенергію для населення призвело до значного зростання кількості отримувачів житлових субсидій: порівняно з відповідним періодом попереднього року їх число зросло з жовтня по грудень 2010 року майже на третину, а з січня по березень 2011 року більш ніж на 70%. Водночас вдалося зберегти адресність цих субсидій та підвищити ефективність системи державної підтримки, в тому числі через спрощення порядку їх отримання. Субсидії на оплату ЖКП стали доступніші для тих, хто їх потребує. Знижено поріг отримання житлових субсидій. Держава компенсує сім'ям непрацевдатних і пенсіонерів витрати, що більші за 10% їх сімейного бюджету (раніше було 15%). Іншим сім'ям компенсуються витрати на житлово-комунальні послуги, що перевищують 15% їх доходу (раніше було 20%). З початку 2012 року сім'ї для сімей, до складу яких входять діти або інваліди I, II груп, збільшено розмір граничного доходу з 50 до 100% прожиткового мінімуму для отримання субсидії на житлово-комунальні послуги.

Наразі завершується впровадження **Стратегії упорядкування системи надання пільг** окремим категоріям громадян, проте суттєвих змін не відбулось. Досі зберігаються проблеми надмірної розгалуженості системи пільг. Наразі майже 15 млн. осіб мають право на соціальні пільги (основні категорії – багатодітні сім'ї, ліквідатори аварії на Чорнобильській АЕС, учасники великої вітчизняної війни та діти війни, представники окремих професій, пенсіонери, люди з обмеженими можливості тощо). За експертними оцінками, загальна сума пільг складає приблизно 3,8 - 5,8 млрд. дол.США, проте фінансується лише обмежена їх кількість.

У сфері **соціальної підтримки** основні акценти поставлено на виправлення демографічної ситуації та адресній допомозі малозабезпеченим сім'ям. Вагомим здобутком стало **поліпшення системи захисту сімей та дітей**, зокрема тих, хто потребує додаткової підтримки держави. Підвищено допомоги при народженні дитини у середньому у 2,3 раза (при народженні першої дитини до 28 830 грн., другої дитини до 57 660 грн., третьої і наступної дитини до 115 320 грн.). Збільшено допомогу по догляду за дитиною у малозабезпечених сім'ях, малозабезпеченим самотніми матерями. Широкий суспільний резонанс мало запровадження надання державної підтримки сім'ям, які виховують дітей із дитячим церебральним паралічем. Це дозволить 30,4 тис. дітей отримати необхідну реабілітацію у ранньому віці. Запроваджено практику надання додаткової фінансової підтримки сім'ям, які взяли на виховання дитину з інвалідністю (водночас, без перегляду залишилися виплати для рідних сімей з дитиною з інвалідністю). У 2012 році збільшено кількість усиновлених і влаштованих у сімейні форми виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, а рівень влаштування в інтернатні заклади зменшено. За перше півріччя 2012 р. у прийомні сім'ї влаштовано 1 086 дітей. Відповідно до оголошених в рамках соціальних ініціатив намірів планується збільшити допомоги малозабезпеченим сім'ям (до кінця 2013р.) в середньому на 619 грн/міс на сім'ю, у 2014 р. – у середньому на 976 грн/міс на сім'ю; збільшити на 25% надбавки на догляд за дитиною-інвалідом (з найтяжчим ступенем функціональних обмежень): з 486 грн. - до 729 (на дітей до 6 років), з 605 - до 907 (на дітей до 18 років);

збільшити на 894 грн/міс допомоги для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які мають інвалідність.

**Забезпечення зростання доходів та рівня зайнятості.** Середньомісячна заробітна плата штатних працівників за 2010-2011 роки зросла на 38,1% (за 2012 рік – на 14,9%) і становила 3026 гривень.



**Рис. 1.2.2. Динаміка доходів (у реальному вимірі) у 2007-2012 рр., % до попереднього року.**  
Джерело: за даними Держстату

Стандарти оплати праці в Україні залишаються невисокими порівняно з заробітною платою у країнах-сусідах. Середній розмір заробітної плати у доларовому еквіваленті за 2011 рік становив: в Україні – 330,5 дол.США (у 2012 році 378,6), у Польщі – 1137 дол.США; Росії – 774 дол.США; Білорусії – 471 дол.США; Чеській Республіці – 1252 дол.США; Румунії – 579 дол.США. У структурі доходів населення заробітна плата залишається критично низькою (40 %), що знижує мотивацію до високопродуктивної і якісної праці. Частка заробітної плати в собівартості продукції складає 4-12 %, що як з економічної, так і з соціальної точки зору означає неефективне використання трудового потенціалу. Водночас, частка фіксованих за розміром соціальних трансфертів в доходах населення сягнула 40,2 %. Питома вага витрат на робочу силу в собівартості виробництва та оплати найманої праці робітників у ВВП також є низькою. У цілому частка оплати праці у ВВП в Україні становить 51 %, тоді як у країнах Європейського Союзу – в середньому 65 %<sup>4</sup>.

Спостерігаються позитивні тенденції щодо **зростання зайнятості та скорочення безробіття**. За 2010-2011 роки чисельність зайнятого населення зросла на 132,7 тис. осіб (до 20,3 млн. осіб). Рівень зайнятості населення у 2009 році становив 57,7 %, у 2010 році 58,5 %, у 2011 році – 59,2 %, у 2012 році – 60,1%, що перевищує показники докризового 2008 року. Одночасно відбулося зменшення чисельності безробітного населення (з 2 млн. осіб у 2009 році до 1,7 млн. осіб у 2011 році). Рівень безробіття за методологією МОТ зменшився до 7,5 % у 2012 р. (8,1 % у 2010 р.).

Безробіття молоді потребує вжиття дієвих заходів. В Україні існує проблема «першого робочого місяця». Рівень безробіття населення віком 15-24 років досяг у 2012 році відмітки у 20%, тобто кожна п'ята молода людина є безробітною. На кінець 2012 р. на обліку в державній службі зайнятості перебувало 763,3 тис. молодих людей, з яких працевлаштовано 329,9 тис. осіб.

Прийнятим у липні 2012 року Законом України «Про зайнятість населення» передбачено нові механізми стимулювання створення робочих місць, зокрема для

<sup>4</sup> Про результати аналізу виконання комплексної програми забезпечення реалізації стратегії подолання бідності, Рахункова палата України – 2011 [http://www.ac-rada.gov.ua/img/files/Bulet\\_Bednost.pdf](http://www.ac-rada.gov.ua/img/files/Bulet_Bednost.pdf)

найуразливіших на ринку праці осіб - молоді, осіб передпенсійного віку та з обмеженими фізичними можливостями. Законом введено механізми щодо: стимулювання роботодавців для створення робочих місць особам, які є недостатньо конкурентоспроможними на ринку праці; посилення зацікавленості роботодавців у підвищенні кваліфікації найманих працівників; стимулювання молодих спеціалістів для роботи у сільській місцевості; надання громадянам віком від 45 років, „ваучерів” для навчання новій професії. У жовтні 2012 р. прийнято Програму сприяння зайнятості населення та стимулювання створення нових робочих місць на період до 2017 року.

Останніми роками було приділено значну увагу реформуванню **пенсійної системи**. Наразі середня пенсія дорівнює 1 438 грн. У 2012 році проведено перерахунок пенсій для 12,9 млн. осіб, у середньому пенсії збільшено на 141,6 грн. У результаті осучаснення і підвищення пенсій утричі зменшилась кількість пенсіонерів, які отримують пенсії нижче 1 тис. грн. (з 7,6 млн. осіб до 2,4 млн.). Серед недоліків реформування пенсійної системи слід відзначити: складність пенсійного законодавства, недостатнє запровадження страхового принципу (що порушує принцип соціальної справедливості при призначенні пенсій та зумовлює низьку особисту зацікавленість громадян у майбутньому пенсійному забезпеченні), недосконале фінансове адміністрування тощо. Практика суттєвого дотування ПФУ за рахунок коштів державного бюджету загострює проблеми інших галузей: охорони здоров'я, освіти, культури тощо. Видатки, передбачені у державному бюджеті Пенсійному фонду України у 2012 році, зменшено порівняно з 2011 роком з 4,4 до 3,8% ВВП.

На початок 2010 року сфера **соціальних послуг** характеризувалася низькою ефективністю при значних витратах, переважно зношеною інфраструктурою, застарілими методами управління, недостатньою кваліфікацією персоналу. Починаючи з кінця 2011 року держава стала приділяти увагу розвитку сфери соціальних послуг, наслідком чого стало ухвалення низки стратегічних документів. Видатними подіями стало розроблення Стратегії реформування системи надання соціальних послуг та внесення змін до базового Закону «Про соціальні послуги». Однією із важливих інновацій стало створення нормативного підґрунтя для диверсифікації надавачів соціальних послуг. Відтепер послуги можуть надавати за бюджетні кошти також і НДО, комерційні організації, фізичні особи-підприємці. Проте для реального ринку соціальних послуг місцевим адміністраціям (які уповноважені здійснювати соціальне замовлення соціальних послуг) не вистачає коштів в місцевих бюджетах.

Ще одним пріоритетом було проголошено переорієнтацію на раннє виявлення вразливих сімей та надання їм допомоги. З цією метою запроваджено інститут фахівців із соціальної роботи. Станом на кінець 2012 року у всіх регіонах України почали діяти 10,8 тис. фахівців. Завдяки їх роботі протягом липня-грудня 2012 року 195,7 тис. сімей виявили кризові явища на ранньому етапі та отримали соціальні послуги.

Інші інновації, проголошені Стратегією та змінами до Закону (впровадження державних стандартів, моніторингу та оцінювання якості послуг, зміна підходів до їх фінансування тощо) залишаються на стадії розроблення. Відчутних змін в системі не відбулось у напрямі оптимізації витрат, розширення спектру послуг, підвищення їх якості та забезпечення доступності.

На кінець 2012 року близько 3,5 млн. населення було охоплено різними соціальними послугами, що надаються державними закладами та установами. Наразі діють: 732 територіальних центри соціального обслуговування (надання соціальних послуг), 727 центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, 324 будинки-інтернати, 216 реабілітаційних центрів (відділень), 90 закладів для бездомних та звільнених осіб.

Соціальна політика не обмежується лише допомогою найбільш вразливим верствам населення. Соціальна справедливість полягає в тому, щоб забезпечити людям рівні права та можливості повною мірою реалізувати свій потенціал у праці та отримати за це належну винагороду. Подолання безробіття, створення нових сучасних робочих місць, підвищення продуктивності – завдання, які пронизують стратегію реформ в Україні.

Наразі в Україні розробляється проект **Концепції соціального розвитку України на 2013-2023 роки**. Розроблення цього документу обумовлено необхідністю визначення стратегічних завдань у взаємозв'язку з перспективами економічного та демографічного розвитку України та у відповідності до Цілей розвитку тисячоліття та Порядку денного розвитку на період після 2015 року. Основними напрямками соціального розвитку України на 2013-2023 роки, визначеними у проекті документу, є наступні: розвиток трудового потенціалу, стабілізацію демографічних процесів, реформування професійної освіти, підвищення якості робочої сили, розвиток сфери зайнятості, національного та регіональних ринків праці, розв'язання проблем, пов'язаних з трудовою міграцією, реформування системи оплати праці, розвиток систем соціального страхування та пенсійного забезпечення, удосконалення системи соціальної підтримки найбільш вразливих категорій громадян, посилення ефективності соціального діалогу, розвиток системи корпоративної соціальної відповідальності.

## РОЗДІЛ ДРУГИЙ

### ВПЛИВ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ НА НАЦІОНАЛЬНИЙ РОЗВИТОК

#### 2.1. Впровадження національних ЦРТ у стратегічне планування соціально-економічного розвитку країни.

Використання завдань та індикаторів ЦРТ у стратегічному плануванні соціально-економічного розвитку сприяє забезпеченню соціалізації економічного зростання. Починаючи з 2000 року ЦРТ слугували орієнтиром для встановлення пріоритетів розвитку та використовувались у процесі стратегічного планування соціально-економічного розвитку на національному та суб-національному (регіональному) рівні.

***Національний рівень.*** Будуючи державу і стрімко впроваджуючи нові інструменти ринкового регулювання соціально-економічних процесів, Україна потребувала чітко визначеної та прийнятної для суспільства стратегії досягнення об'єднуючих цілей розвитку. За роки незалежності в економіці країни відбулися суттєві зміни, які диктували нові вимоги як до системи стратегічного планування і прогнозування в цілому, так і до координації роботи з окремими її документами. ЦРТ стали «драйвером зрушень» у цій сфері. Глобальні ЦРТ, визначені у 2000 році, дійсно запропонували світовій спільноті нові цінності і нове бачення зростання, що призвело до переосмислення засад національного розвитку в Україні. Після адаптації ЦРТ для України у 2003 році почали відбуватися зміни у підходах до стратегічного планування та визначення цілей соціально-економічного розвитку України.

Першим визнанням значущості ЦРТ для національного розвитку стало розроблення Стратегії подолання бідності у 2001 році. У процесі розроблення довгострокової Стратегії економічного і соціального розвитку України на 2004–2015 рр. «Шляхом європейської інтеграції» було враховано ЦРТ, більш того, вони органічно увійшли у набір стратегічних завдань розвитку України. Це єдина довгострокова стратегія національного розвитку, яку було офіційно затверджено Указом Президента України. Вона визначила наступні цілі розвитку: створення передумов для набуття Україною повноправного членства в Європейському Союзі; забезпечення сталого економічного зростання та прискореного подолання на цій основі розриву в обсягах ВВП на одну особу між Україною та державами-членами ЄС; утвердження інноваційної моделі розвитку та утвердження України як конкурентоспроможної високотехнологічної держави; соціальна переорієнтація економічної політики. Три Цілі з набору ЦРТ увійшли у цю стратегію: «Подолання бідності», «Забезпечення якісної освіти впродовж життя» та «Забезпечення гендерної рівності». ЦРТ також було враховано у процесі розроблення проекту наступної стратегії «Україна – 2020. Стратегія національної модернізації». У окремому розділі «Людина і сталий розвиток» було враховано завдання ЦРТ у сфері освіти та охорони здоров'я, ціль із набору ЦРТ «Сталий розвиток довкілля» увійшла у проект стратегії. Вплив ЦРТ на процеси стратегічного планування відображено у визначенні стратегічної мети національної модернізації.

Протягом років незалежності пріоритети розвитку, визначені у Посланнях Президента України до Верховної Ради України, посідали провідне місце у системі середньострокових стратегічних завдань соціально-економічного розвитку країни. Сприйняття ЦРТ як цілей, що торкаються життя кожної людини, сприяло посиленню їх значення і ролі для формування майбутнього суспільного буття. Саме тому у 2010 році Посланням Президента України було окреслено таку стратегію «нової хвилі» реформ, що спрямовано на підвищення якості життя людей. Серед стратегічних напрямів розвитку, окреслених у Посланні, було наголошено на необхідності підвищення якості соціальних послуг (реформування системи пенсійного забезпечення, соціальної підтримки, подолання бідності. У Посланні Президента України до Верховної Ради 2011 року «Модернізація України – наш стратегічний вибір» другий розділ має

назву «Гуманітарний розвиток України і Цілі розвитку тисячоліття», що є свідченням посилення ролі ЦРТ у порядку денному національного розвитку. Це Послання визначило завдання щодо подолання бідності, реформування освіти, системи охорони здоров'я тощо. У вступному слові до цього річного Послання Президента України до Верховної Ради зазначено, що надзвичайно важливим для формування політики реформ в Україні у 2010-2012 роках був пріоритет «збереження і розвиток людського та соціального капіталу», увагу було приділено *підвищенню ефективності та стабільності соціального захисту, поліпшенню якості й доступності освіти та медичного обслуговування*, що повністю відповідає принципам досягнення національних ЦРТ.

Починаючи з 2004 року щорічні Державні програми економічного і соціального розвитку України (які розроблялись до 2012 року) враховували завдання та індикатори ЦРТ. У прийнятому парламентом Законі України «Про Державну програму економічного і соціального розвитку України на 2010 рік» (антикризова програма) визначено як стратегічні завдання: забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків в усіх сферах суспільного життя (відповідно до цілі 3), підвищення ефективності державної підтримки вразливих верств населення; реформування сфери надання соціальних послуг (відповідно до цілі 1).

Протягом останніх десяти років в Україні було прийнято низку програм галузевого та міжгалузевого характеру, спрямованих на реалізацію ЦРТ. Серед діючих державних цільових програм, цілі яких співпадають з ЦРТ, слід відмітити наступні: Державна цільова соціальна програма подолання та запобігання бідності на період до 2015 року, Загальнодержавна цільова програма "Питна вода України" на 2011 – 2020 роки, Державна цільова програма "Ліси України" на 2010 – 2015 роки, Державна цільова соціальна програма розвитку позашкільної освіти на період до 2014 року, Державна цільова програма розвитку професійно-технічної освіти на 2011 – 2015 роки, Державна цільова програма розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року тощо. ЦРТ слугували основою для розроблення і реалізації національних проектів, що мали забезпечити зрушення у відповідних сферах ЦРТ («Нове життя. Нова якість охорони материнства та дитинства», «Якісна вода», «Відкритий світ»).

Вплив ЦРТ на програмування національного розвитку підтверджено у Програмі економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», яку було підготовлено Комітетом економічних реформ на чолі з Президентом України та за участю представників міністерств та відомств, регіональної влади, українських і міжнародних експертів та бізнесу. Програма сформована на засадах сталого людського розвитку та містить чіткі завдання у напрямі підвищення стандартів життя шляхом реформування 4-х систем: медичного обслуговування; пенсійного страхування; освіти; соціальної підтримки. В основі реформування цих систем покладено завдання, визначені національними ЦРТ, зокрема підвищення доходів людей найбільш нужденних верств населення, забезпечення доступності та якості медичного обслуговування, поліпшення якості освіти, підвищення адресності державної підтримки. Особливістю реалізації програми є здійснення чіткого моніторингу виконання її завдань. Так, кожного року Указом Президента України затверджується Національний план дій щодо впровадження Програми економічних реформ, а Уряд щомісяця звітує про виконання її завдань. Підсумки виконання плану заслуховуються на засіданнях Комітету економічних реформ під головуванням Глави держави.

Соціальні ініціативи Президента України, оголошені у 2012 році, окреслюють нові підходи до виконання завдань ЦРТ та формують стратегічні напрями соціальних реформ. Вони спрямовані на покращення життя громадян та розвиток людського потенціалу. Соціальні ініціативи Президента України – це насамперед виправлення механізмів перерозподілу доходів, подолання глибокого майнового розриву, орієнтація на розвиток середнього класу, створення ефективної системи захисту населення від соціальних ризиків, задіяння сучасних важелів для

ефективної зайнятості та створення нових робочих місць. Фактично ці ініціативи сприяють досягненню Цілей розвитку тисячоліття

*Суб-національний рівень (регіональний рівень).* Впровадження ЦРТ у стратегічне планування на регіональному рівні обумовило зміни у підходах до стратегічного планування, що призвело до визнання пріоритетності завдань перетворення економічних здобутків у підвищення добробуту та якості життя населення. Локалізація національних ЦРТ та їх інкорпорація в практику планування і програмування соціально-економічного розвитку (на рівні області, району, міста) стала прикладом розбудови спроможності державних органів влади до стратегічного планування «нового типу», тобто відкритого і орієнтованого на результат, яким є покращення рівня життя людей. У пілотних областях України було залучено громадськість до визначення стратегічних завдань розвитку та моніторингу їх виконання. Завдяки локалізації ЦРТ вперше в Україні було сформовано пакети регіональних пріоритетів розвитку з урахуванням суспільної думки та встановлено чіткі завдання розвитку області та їх цільові орієнтири. Локалізація ЦРТ довела, що успішна реалізація цілей можлива лише за умови активної участі в цьому процесі регіональної влади та регіональних громад. Конкретизація завдань ЦРТ на регіональному рівні тісно пов'язана з питаннями децентралізації та реформами місцевого самоврядування, що передбачає широку участь заінтересованих сторін в стратегічному плануванні, реалізації регіональних програм та їх моніторингу. Локалізація протидіє перетворенню досягнення ЦРТ у процес, скерований зверху вниз, дозволяє врахувати регіональну різноманітність України, страхує від збереження великої нерівності між різними регіонами. Елементами локалізації є зростання поінформованості населення регіону щодо пріоритетів регіонального розвитку соціальної спрямованості, визначення шляхів покращення якості життя населення області тощо.

На практиці процес локалізації ЦРТ розпочинався з розроблення комплексу завдань ЦРТ на регіональному рівні. У ході локалізації одночасно з проведенням організаційної та аналітичної роботи розроблялись методичні рекомендації для розроблення ЦРТ на місцевому рівні; проводились серії експертних обговорень (круглих столів) з кожної із цілей ЦРТ та семінари-тренінги для представників органів виконавчої влади, НДО, наукових інституцій та інших груп інтересів щодо інкорпорації ЦРТ у систему прогнозно-програмних документів на регіональному та місцевому рівні. До процесу локалізації було залучено НДО, науковців та широкі кола громадськості, було створено обласні мережі НДО (або громадські ради) з питань ЦРТ з метою встановлення зворотного зв'язку та отримання незалежної оцінки прогресу та моніторингу виконання ЦРТ на регіональному рівні.

В Україні ЦРТ було локалізовано у Луганщині, Донеччині та Львівщині у 2005-2006 році, у Автономній Республіці Крим у 2011 році та у Чернівецькій області у 2012 році. Результати локалізації ЦРТ - Доповіді «ЦРТ-Луганщина», «ЦРТ-Донечина», «ЦРТ-Львівщина» - стали складовою довгострокових стратегій розвитку області (до 2015 року). Доповідь «ЦРТ-Крим» доповнює існуючу стратегію розвитку Криму, а доповідь «ЦРТ: Чернівецька область» використовуватиметься у процесі нової стратегії обласного розвитку.

У Доповіді «ЦРТ-Луганщина» було встановлено наступні цілі: Ціль 1. Подолання бідності; Ціль 2. Забезпечення якісної середньої освіти у Луганській області; Ціль 3. Сталий розвиток довкілля; Ціль 4. Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу. Поліпшення здоров'я дітей та населення репродуктивного віку; Ціль 5. Створення умов для комфортного проживання на території області; Ціль 6. Забезпечення гендерної рівності. Для Донецької області було виокремлено наступні цілі, які склали основу Доповіді «ЦРТ-Донечина»: Ціль 1. Підвищення рівня та якості життя населення Ціль 2. Забезпечення якісної освіти впродовж життя; Ціль 3. Поліпшення стану та охорони здоров'я населення; Ціль 4. Поліпшення екологічної ситуації; Ціль 5. Забезпечення гендерної рівності. У Львівській області Доповідь «ЦРТ-Львівщина» окреслила наступне коло пріоритетів розвитку: Ціль 1. Подолання



бідності; Ціль 2. Якісне навчання впродовж життя; Ціль 3. Сталий розвиток довкілля; Ціль 4. Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу. Поліпшення здоров'я дітей та населення репродуктивного віку; Ціль 5. Забезпечення гендерної рівності.

Доповідь «ЦРТ-Крим» було розроблено у відповідь на запит громадськості на додаток до Стратегії економічного і соціального розвитку АР Крим на 2011-2020 рр. Процес локалізації ЦРТ у Криму очолила Громадська рада з ЦРТ, загалом було залучено понад 115 експертів та проведено 32 засідання робочих груп, створених відповідно до виокремлених пріоритетів розвитку. Цілі розвитку, встановлені у Доповіді, включають набір із 7 цілей (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, туберкульозу та гемоконтактних гепатитів і встановлення тенденції до скорочення їх масштабів; Ціль 7. Сталий розвиток довкілля) та двох додаткових завдань (Формування партнерства для розвитку громадянського суспільства; Забезпечення етнічної та релігійної рівності, захисту прав і свобод усіх представників громади Криму).

Доповідь «ЦРТ-Чернівецька область» виступає орієнтиром для розроблення програм розвитку області. Система ЦРТ, встановлених для області, співпадає з національними ЦРТ, але позитивним надбанням є наведені у додатку система реалізації і моніторингу досягнення ЦРТ на регіональному рівні та перелік регіональних (комплексних) програм, до яких необхідно внести зміни щодо імплементації завдань та індикаторів досягнення ЦРТ.

## **2.2. Вплив ЦРТ на національний розвиток відповідно до тематичного напрямку розвитку**

**Подолання бідності.** Трансформаційні процеси у економіці України перших років незалежності обумовили зменшення майже на 60% грошових доходів середньої родини. Внаслідок цього значна частка населення з традиційно середніми доходами опинилась за межею бідності. Ці виклики обумовили необхідність запровадження планування процесів подолання бідності в Україні. Після приєднання до Декларації Тисячоліття ООН Україні було розпочато роботу з розроблення Стратегії подолання бідності. Наслідком цієї тривалої та напруженої роботи стало визначення поняття бідності та завдань боротьби з нею, серед яких основними було визначено: підвищення зайнятості населення та збільшення доходів від трудової діяльності; запровадження системи адресної соціальної допомоги та соціальних послуг; соціальна підтримка вразливих верств населення, здійснення моніторингу реалізації стратегічних напрямів подолання бідності тощо. 15 серпня 2001 року Президент України підписав Указ «Про Стратегію подолання бідності». Виконання завдань Стратегії забезпечило певні успіхи у сфері подолання бідності, свідченням чого стало зменшення її масштабів. До 2009 року на виконання прийнятої Урядом Комплексної програми забезпечення реалізації Стратегії, щороку затверджувалися плани заходів, спрямованих на подолання бідності, розроблялись та виконувалися регіональні програми подолання бідності.

У 2010 році одним із перших актів новообраного Президента України В.Януковича став Указ «Про невідкладні заходи з подолання бідності». Ним визначено, що бідність є однією з найболючіших проблем суспільства, від якої страждає значна частина населення України, та яка суттєво обмежує можливості людського розвитку, породжує масштабні соціальні конфлікти, становить загрозу єдності суспільства та національній безпеці України. *Подолання бідності, перш за все її найгостріших проявів, визнано найважливішим пріоритетом у здійсненні реформ в Україні.* На виконання Указу Президента України у 2011 році Урядом за участю Національної академії наук України, провідних наукових центрів, соціальних партнерів, громадських організацій з урахуванням вітчизняного та міжнародного досвіду було розроблено Державну цільову соціальну програму подолання та запобігання бідності на період до 2015 року. Її метою є зменшення кількості бідного населення серед працюючих, сімей з дітьми,

особливо багатодітних, дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, безпритульних дітей, безробітних, інвалідів, пенсіонерів, бездомних осіб, у сільській місцевості та запобігання хронічній бідності.

Програмою передбачено шляхи розв'язання проблеми за наступними напрямками: відновлення виробництва та стимулювання економічного зростання; сприяння зайнятості населення та розвиток ринку праці; удосконалення механізму оплати праці та соціального діалогу як основних чинників створення умов для гідної праці; розвиток системи соціального страхування; удосконалення пенсійної системи та подальше проведення пенсійної реформи; реформування системи соціального захисту; соціальна підтримка сімей, дітей та молоді; поліпшення медичного обслуговування громадян. Для оцінки ефективності виконання Програми передбачається проведення моніторингу показників бідності та заходів, спрямованих на подолання бідності, дослідження ефективності заходів щодо соціальної підтримки окремих категорій громадян і експериментальних досліджень динаміки стану бідності населення за умовами життя на початку та після її виконання. З метою забезпечення прозорого системного аналізу стану виконання завдань за окремими напрямками Програми проводиться моніторинг основних показників соціально-економічного розвитку, серед яких: валовий внутрішній продукт на душу населення; динаміка створення робочих місць; співвідношення державних соціальних гарантій та прожиткового мінімуму; рівень бідності за відносним та абсолютним критерієм.

Надзвичайно важливим інструментом у подоланні бідності стала реалізація соціальних ініціатив Президента України В.Януковича, проголошених 7 березня 2012 року. З метою підвищення ефективності державної підтримки категоріям населення, які її особливо потребують, збільшено розміри державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям із дітьми та непрацездатними особами, надбавок до пенсій учасникам війни та дітям війни, пенсійних виплат тим, хто постраждав унаслідок Чорнобильської катастрофи, та військовослужбовцям у відставці. Осучаснено страхові виплати шахтарям-інвалідам та іншим потерпілим на виробництві й членам їхніх сімей. Здійснено одноразові виплати й компенсації окремим категоріям, зокрема повернуто частину коштів вкладникам колишнього Ощадбанку.

Задля забезпечення повного охоплення увагою держави найуразливіших громадян модернізовано роботу соціальних служб. Започатковано інститут фахівців із соціальної роботи (12 тис. осіб на додаток до фахівців соціальних служб, які вже працюють на місцях), головне завдання яких надання вчасної і якісної допомоги кожному, хто опинився в складних життєвих обставинах та раннє виявлення тих, хто може в них опинитися. У результаті у 5 разів зросла чисельність сімей, які отримали необхідні соціальні послуги.

У липні 2012 р. парламентом прийнято Закон України «Про зайнятість населення», який сприятиме створенню робочих місць для найбільш уразливих на ринку праці категорій населення: молоді, осіб з обмеженими фізичними можливостями, перед пенсійного віку, зайнятості молодих спеціалістів у сільській місцевості, встановлення зв'язку між освітою та ринком праці, подолання дефіциту можливостей для професійного зростання.

**Забезпечення якісної освіти впродовж життя.** Прискорення глобалізаційних процесів наприкінці ХХ сторіччя стало каталізатором появи нового типу економічного середовища – економіки, що базується на знаннях. Концептуальні основи реформування системи освіти в Україні було визначено Національною доктриною розвитку освіти, затвердженою у 2002 році. Доктриною було визначено шляхи забезпечення рівного доступу кожної людини до дошкільної, позашкільної, інклюзивної, професійно-технічної та вищої освіти, а також встановлено, що якість освіти є національним пріоритетом і передумовою національної безпеки держави, додержання міжнародних норм і вимог законодавства України щодо реалізації права громадян на освіту.

Після адаптації ЦРТ у 2003 році та встановлення цілі щодо забезпечення якісної освіти в Україні було здійснено низку відповідних організаційних заходів, наслідком чого стало приєднання України до країн Європи, які підписали Болонську декларацію, спрямовану на створення єдиного європейського простору вищої освіти, розширення академічної мобільності студентів, викладачів, науковців (травень 2005 р.). Суттєвий вплив ЦРТ мали на подальший розвиток освіти в Україні, її інтеграції в європейський освітній простір, а також створення умов для забезпечення доступу громадян до якісної освіти. Так, наприклад, було здійснено комплекс заходів, спрямованих на: перехід до проведення вступних випробувань до вищих навчальних закладів шляхом зовнішнього незалежного оцінювання; запровадження практики укладання тристоронніх угод “студент - вищий навчальний заклад - роботодавець”; створення національної системи моніторингу якості освіти на основі критеріїв держав-членів Європейського Союзу тощо.

На досягнення ЦРТ було спрямовано реалізацію наступних державних цільових програм: інформатизації загальноосвітніх навчальних закладів, комп'ютеризації сільських шкіл на 2001-2003 роки; інформатизації та комп'ютеризації професійно-технічних навчальних закладів на 2004-2007 роки та вищих навчальних закладів I-II рівня акредитації на 2005-2008 роки; розвитку позашкільних навчальних закладів на 2002-2008 роки; “Вчитель” на 2002-2012 роки; “Шкільний автобус” на 2003-2010 роки; розвитку системи дистанційного навчання на 2004-2006 роки; забезпечення загальноосвітніх, професійно-технічних і вищих навчальних закладів сучасними технічними засобами навчання з природничо-технічних і математичних дисциплін на 2005-2011 роки тощо.

Виконання програм забезпечило наступні результати: у всіх регіонах України діє програма «Шкільний автобус», рівень забезпечення шкіл комп'ютерними класами в країні становить більше 90%, готуються та затверджуються державні стандарти загальної середньої, професійно-технічної освіти, впроваджується загальне зовнішнє оцінювання навчальних досягнень випускників середньої школи, яке стало обов'язковою процедурою для бажаючих поступити у вітчизняні ВНЗ; проводиться Міжнародне дослідження якості математичної і природничої освіти – TIMMS; відбулися реформи на засадах Болонської декларації (адаптовано до європейських вимог вищої освіти окремі документи, удосконалено нормативно-правову базу міжнародного співробітництва, введено ступені бакалавра і магістра; розширюється співпраця із закордонними навчальними закладами в галузі навчання і досліджень); почала діяти програма «Компас», яка вперше визначила рейтинг ВНЗ серед роботодавців.

Після участі Президента України у Саміті ЦРТ у 2010 році розпочався новий етап у досягненні національних ЦРТ, зокрема щодо забезпечення якісної освіти впродовж життя. На засіданні Громадської гуманітарної ради у 2010 році Президент України В.Янукович зазначив: «Створити належні умови для нарощування освітнього потенціалу України, забезпечити широкий доступ талановитої молоді до нових знань незалежно від місця проживання, майнового стану та фінансових можливостей батьків – ось наше найважливіше завдання». На засіданні Ради Глава держави підкреслив: «Ми поставили грандіозне завдання – модернізувати країну та провести всеохоплюючі реформи нашого суспільства. І, безумовно, освіта при цьому повинна відігравати фундаментальну і рушійну роль». У вересні 2010 року після участі у Саміті з ЦРТ Президент України В.Янукович підписав Указ «Про заходи щодо забезпечення пріоритетного розвитку освіти в Україні», який спрямовано на забезпечення поліпшення функціонування та інноваційного розвитку освіти в Україні, підвищення її якості та доступності, інтеграції до європейського освітнього простору. Цим Указом 2011 рік було оголошено в Україні *роком освіти та інформаційного суспільства*.

Каталізатором змін у реформуванні освіти стала Програма економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Для досягнення другої цілі ЦРТ було визначено завдання за 4-ма наступними напрямками:

1. *Удосконалення системи управління освітою*, що передбачало: підвищення самостійності навчальних закладів; оптимізацію мережі навчальних закладів; реформування системи інтернатних закладів; передання функцій управління ПТУ на місцевий рівень; створення укрупнених регіональних ВНЗ.

2. *Підвищення якості й конкурентоспроможності освіти*, що передбачало: створення нових державних стандартів початкової, базової й повної середньої освіти; запровадження стандартів, що ґрунтуються на компетенціях у професійно-технічній освіті; розроблення національної системи оцінювання якості освіти; посилення мотивації роботодавців до участі в підготовці навчальних програм, узгодження з ними освітніх і професійних стандартів тощо.

3. *Забезпечення доступності освіти*, що передбачало: посилення державної підтримки розвитку мережі дошкільних і позашкільних закладів; запровадження нових підходів до вирішення завдань інтеграції в суспільство дітей з особливими потребами; запровадження Національної рамки кваліфікацій.

4. *Підвищення ефективності фінансування освіти*, що передбачало: розроблення та перехід до єдиного стандарту вартості навчання одного учня/ студента; перехід у фінансуванні навчальних закладів від принципу утримання закладів до принципу формування їх бюджетів, виходячи з кількості учнів та стандарту вартості навчання одного учня /студента; розширення списку платних послуг, що надаються за навчальними закладами; зміну підходів до формування державного замовлення на підготовку фахівців на основі провадження прогнозу потреб економіки (регіону).

*За аналогією з моніторингом національних ЦРТ, реалізація положень Програми здійснюється шляхом виконання завдань, передбачених Національним планом дій на рік, і супроводжується щомісячним моніторингом.*

Вирішальне значення для гармонізації освітньої підготовки з вимогами ринку праці має прийняття довгоочікуваного Закону України «Про формування та розміщення державного замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних та робітничих кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів».

Для забезпечення доступності якісної освіти запроваджено реалізацію державних програм: розвитку позашкільної освіти на період до 2014 року; розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року; підвищення якості шкільної природничо-математичної освіти на період до 2015 року; розвитку професійно-технічної освіти на 2011-2015 рр.; впровадження у навчально-виховний процес загальноосвітніх навчальних закладів інформаційно-комунікаційних технологій “Сто відсотків” до 2015 року; “Шкільний автобус” до 2015 року. Велике значення має реалізація Національного проекту «Відкритий світ», яким передбачено створення національної інформаційно-комунікаційної мережі на основі технології 4G. Новий підхід використовуватиметься, насамперед, для потреб шкільної освіти, передбачається розповсюдження серед 1,5 мільйона школярів нетбуків, українських навчальних програмних продуктів та забезпечення доступу до інтернету.

Соціальні ініціативи Президента України відповідно до цілі передбачають: створення не менше 100 тис. нових місць у дитячих дошкільних закладах (охоплення 85% дітей); забезпечення державної підтримки позашкільних навчальних закладів з метою збереження та розширення їх існуючої мережі; започаткування всеукраїнських та обласних літніх шкіл; забезпечення у повному обсязі дітей з особливими потребами технічними та іншими засобами реабілітації, спеціальними засобами для спілкування, орієнтування та обміну інформацією.

У червні 2013 року Указом Президента України затверджено Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 року. Стратегічними напрямками державної

політики у сфері освіти визначено: реформування системи освіти, в основу якої покладатиметься принцип пріоритетності людини; оновлення згідно з вимогами часу нормативної бази системи освіти; модернізація структури, змісту та організації освіти на засадах компетентнісного підходу; створення та забезпечення можливостей для реалізації різноманітних освітніх моделей, створення навчальних закладів різних типів і форм власності; побудова ефективної системи національного виховання, розвитку і соціалізації дітей та молоді; забезпечення доступності та безперервності освіти протягом усього життя; формування безпечного освітнього середовища, екологізації освіти; розвиток наукової та інноваційної діяльності в освіті, підвищення якості освіти на інноваційній основі; інформатизація освіти, вдосконалення бібліотечного та інформаційно-ресурсного забезпечення освіти і науки; забезпечення проведення національного моніторингу системи освіти; підвищення соціального статусу педагогічних і науково-педагогічних працівників; створення сучасної матеріально-технічної бази системи освіти.

**Забезпечення гендерної рівності.** Міжнародний досвід свідчить, що забезпечення рівності жінок і чоловіків є передумовою наближення до європейських стандартів життя. На законодавчому рівні в Україні забезпечено рівні права жінок і чоловіків. Основні принципи гендерної рівності встановлені Конституцією.

Після приєднання України до Декларації Тисячоліття в Україні було привернуто увагу до гендерної рівності. У 2001 році Верховною Радою було прийнято Закон України «Про попередження насильства в сім'ї», який став потужним рушієм у напрямі забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків у всіх сферах розвитку українського суспільства, передбачаючи здійснення органами влади відповідних заходів. Адаптація ЦРТ в Україні у 2003 році надала новий імпульс у напрямі посилення політичної волі для забезпечення гендерної рівності. У липні 2005 році відповідно до Указу Президента України «Про вдосконалення роботи центральних та місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок та чоловіків» було встановлено зобов'язання керівників центральних та місцевих органів виконавчої влади здійснювати заходи стосовно: співробітництва з громадськими організаціями, у тому числі громадськими жіночими організаціями, для узагальнення інформації щодо стану забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків та визначення шляхів запобігання виникненню дискримінації за ознакою статі; розгляду та проведення аналізу звернень громадян з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків. Крім того міністри, керівники інших центральних та місцевих органів виконавчої влади щороку мали організувати розроблення відповідних планів заходів. У вересні 2005 року Верховною Радою України прийнято Закон України "Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків", норми якого спрямовано на досягнення паритетного становища жінок і чоловіків у всіх сферах життєдіяльності суспільства, застосування заходів, націлених на усунення дисбалансу між можливостями жінок і чоловіків реалізовувати рівні права, надані їм Конституцією і законами України.

Відповідно до зазначеного Закону Уряд забезпечує проведення єдиної державної політики, спрямованої на досягнення рівних прав та рівних можливостей жінок і чоловіків у всіх сферах життя суспільства, приймає Національний план дій щодо впровадження гендерної рівності та забезпечує його виконання, розробляє і реалізовує державні цільові програми щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, спрямовує і координує роботу міністерств, інших органів виконавчої влади щодо забезпечення гендерної рівності, організовує підготовку державної доповіді про виконання в Україні Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, враховує принцип гендерної рівності під час прийняття нормативно-правових актів, затверджує порядок проведення гендерно-правової експертизи. Норми цього Закону також передбачають необхідність утворення консультативно-дорадчих органів, призначення радників з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків. Центральний орган виконавчої влади, що формує Національний план дій по

впровадженню гендерної рівності, узагальнює виконання державних програм з питань гендерної рівності, здійснює у межах своїх повноважень контроль за дотриманням гендерної рівності під час вирішення кадрових питань у центральних та місцевих органах виконавчої влади, здійснює разом з іншими центральними органами виконавчої влади підготовку науково обґрунтованих пропозицій з питань забезпечення гендерної рівності тощо. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини здійснює контроль за забезпеченням рівних прав та можливостей жінок і чоловіків та розглядає скарги на випадки дискримінації за ознакою статі.

Важливим інструментом забезпечення ефективної реалізації згаданого Закону став прийнятий у квітні 2006 року акт Уряду, яким *запроваджено гендерно-правову експертизу чинного законодавства та проектів нормативно-правових актів*. У грудні 2006 року Урядом було прийнято Державну програму з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року, якою було передбачено: приведення законодавства України у відповідність з міжнародними нормами та стандартами у сфері забезпечення гендерної рівності, а галузевих нормативно-правових актів у відповідність із Законом України "Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків", підготовка пропозицій щодо внесення змін до виборчого законодавства і Закону України "Про політичні партії в Україні" стосовно впровадження гендерних квот; забезпечення підготовки та публікації щорічної державної доповіді щодо утвердження гендерної рівності в Україні; ініціювання утворення при Кабінеті Міністрів України Міжвідомчої гендерної ради; врахування під час формування кадрового резерву на керівні посади в органах виконавчої влади показника гендерного паритету. У вересні 2007 року при Кабінетові Міністрів України було утворено Міжвідомчу раду з питань сім'ї, гендерної рівності, демографічного розвитку, запобігання насильству в сім'ї та протидії торгівлі людьми. Після цього було створено відповідні ради на регіональному рівні державного управління. Їх засідання стали важливим інструментом на шляху забезпечення гендерної рівності. Місцевими органами влади затверджуються регіональні програми з утвердження гендерної рівності в усіх сферах розвитку регіону, які передбачають заходи та відповідальність за вчасність і повноту їх виконання.

Урядом у грудні 2010 року затверджено план заходів з проведення Національної кампанії "Стоп насильству!" на період до 2015 року, яким передбачено розроблення програм курсів з питань запобігання насильству в сім'ї; мінімальних стандартів соціальних послуг для осіб, що постраждали від насильства в сім'ї; інформаційно-просвітницької програми з питань виховання гендерної культури та запобігання всім формам насильства в сім'ї тощо. У 2011 році Національною академією державного управління при Президентові України було видано навчальний комплекс для здобуття державними службовцями та посадовими особами місцевого самоврядування знань і умінь з використанням інноваційних підходів щодо реалізації політики гендерного партнерства, рівних прав та можливостей.

Важливим етапом стало прийняття у вересні 2011 року Закону України «Про протидію торгівлі людьми», який також спрямовано на забезпечення гендерної рівності та міжнародного співробітництва у цій сфері. У листопаді 2012 року Урядом схвалено Концепцію Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року, якою передбачено: приведення законодавства з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків у відповідність з міжнародними стандартами та законодавством Європейського Союзу; запровадження гендерних підходів у систему освіти; розроблення механізму реалізації права на захист від дискримінації за ознакою статі та вжиття необхідних заходів за результатами розгляду випадків такої дискримінації; виконання договірних та інших міжнародних зобов'язань у частині забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків тощо. Окремо було зазначено, що необхідним є здійснення заходів щодо виконання положень Декларації Тисячоліття ООН, зокрема здійснення заходів щодо скорочення гендерного розриву в рівні заробітної плати жінок і чоловіків.

У травні цього року Урядом затверджено Державну цільову соціальну програму підтримки сім'ї до 2016 року, якою передбачено здійснення комплексу заходів, зокрема у розрізі регіонів, спрямованих на запобігання асоціальним проявам у сім'ї, *передусім насильству*, соціальний захист та підтримку сімей, які опинились у складних життєвих обставинах, у т.ч. шляхом проведення інформаційно-просвітницької кампанії та популяризації моделі “доброго батька” та протидії насильству в сім'ї. Для забезпечення позитивних зрушень у напрямі досягнення ЦРТ необхідним є привернення уваги до гендерної тематики у суспільстві та посилення політичної волі до здійснення конкретних дій для забезпечення гендерної рівності.

**Зменшення дитячої смертності та поліпшення здоров'я матерів.** Від рівня здоров'я дітей залежить формування майбутнього трудового та інтелектуального потенціалу України. Здоров'я жінок є одним із вирішальних факторів, які визначають здоров'я нових поколінь, а здоров'я матерів – одна з найвищих цінностей суспільства, що становлять основу економічного та духовного розвитку держави, поліпшення демографічної ситуації. Після участі у Саміті Тисячоліття ООН Президент України Л.Кучма у грудні 2000 року підписав Указ, яким було затверджено Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України. Основними напрямками реформування служби охорони здоров'я матерів і дітей було визначено: розширення профілактичних, лікувально-діагностичних і реабілітаційно-відновних заходів, спрямованих на оздоровлення жінок; розвиток служб планування сім'ї, безпечного материнства, медико-генетичного консультування тощо. На виконання взятих Україною зобов'язань по досягненню ЦРТ у лютому 2001 року Президент України відповідним Указом затвердив Національну програму «Репродуктивне здоров'я 2001-2005», яка стала першим стратегічним документом, спрямованим на поліпшення демографічної ситуації в державі, збереження репродуктивного здоров'я населення, охорони материнства і дитинства.

Відповідно до ЦРТ та документу ВООЗ «Політика досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті» Урядом у січні 2002 року було прийнято Міжгалузеву комплексну програму «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки. Вона передбачала комплекс заходів для задоволення потреб населення в охороні здоров'я, забезпечення прав громадян на якісну і доступну медико-санітарну допомогу, створення умов для формування здорового способу життя, проведення активної демографічної політики, охорони материнства і дитинства.

ЦРТ слугували орієнтиром для розроблення Концепції безпечного материнства (2002 рік), реалізація якої забезпечила розроблення державної, галузевих і регіональних програм охорони материнства та дитинства. Окремим актом Уряд затвердив Заходи щодо реалізації Концепції безпечного материнства, які відповідають ЦРТ та передбачають використання міжнародного досвіду, зокрема ініціативи ВООЗ та ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини». Після адаптації ЦРТ було розроблено Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року (2006 рік). Ця Програма визначала напрями формування і збереження репродуктивного здоров'я впродовж всього життя та покращення репродуктивного здоров'я за рахунок поліпшення якості та доступності медичної допомоги, пропаганди здорового способу життя, відповідального батьківства та безпечного материнства. У рамках Програми у діяльність закладів охорони здоров'я було запроваджено науково обґрунтовані стандарти та протоколи лікування, сучасні перинатальні технології, що дозволило знизити рівень ускладнених пологів більш ніж у 2 рази (у пілотних регіонах - АР Крим, Волинській, Донецькій, Львівській областях). Значним кроком у напрямі поліпшення здоров'я матерів та зменшення дитячої смертності стало виконання Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року (2009 рік).

Завдяки впливу ЦРТ на національний розвиток було запроваджено нові підходи до реформування системи охорони здоров'я. Програма економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» стала

інструментом, що конкретизує завдання, визначені національними ЦРТ у цій сфері. Ідеологія медичної реформи викладена у пакеті базових законів, прийнятих парламентом: новій редакції Закону про Основи законодавства про охорону здоров'я, Законі про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві, і Законі про екстрену медичну допомогу. У чотирьох пілотних регіонах завершено реорганізацію мережі первинної ланки: створено центри первинної медико-санітарної допомоги як організаційної основи для розвитку сімейної медицини, відпрацьовуються нові договірні механізми фінансування медичних закладів. У результаті запровадження нових умов оплати праці медичних працівників "первинки" залежно від обсягу та якості роботи у пілотних регіонах зарплата медиків досягає 5-6 тис. грн. За рахунок бюджетних коштів проведено оснащення амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, у тому числі закуплено автотранспорт. Триває робота над електронним реєстром пацієнтів. У пілотних регіонах концентрується стаціонарна медична допомога і визначаються медичні заклади, на базі яких утворюватимуться багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування - центри відповідних госпітальних округів. Ухвалений у липні 2012 р. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» передбачає зміну в усіх регіонах України підходів щодо надання екстреної медичної допомоги з метою гарантування вчасного доїзду бригади "швидкої" на виклик: у межах 10 хв. у місті та 20 хв. у сільській місцевості. Зроблено перші кроки і поліпшено матеріальне забезпечення: у 3-5 разів збільшено бюджетне фінансування на комплектування ліками сумки-аптечки лікаря "швидкої допомоги"; придбано рекордну за роки незалежності кількість сучасних автомобілів "швидкої допомоги" (286 одиниць). Ще 1000 санітарних авто має бути закуплено у 2013 році.

Відчутні перші позитивні результати державної політики стимулювання здорового способу життя. Україна однією з перших у Східній Європі підписала Рамкову конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну. Завдяки підвищенню акцизу, жорсткішим вимогам щодо торгівлі, маркування пачок цигарок, забороні реклами, обмеженню паління у громадських місцях та закладах громадського харчування вже є відчутні результати – зменшення масштабів тютюнопаління, особливо серед підлітків.

В рамках досягнення ЦРТ активно реалізується Національний проект «Нове життя»: відкрито десять перинатальних центрів, у яких народилось понад 25 тисяч малюків, триває робота по відкриттю ще десяти. Створення високотехнологічних перинатальних центрів зменшує материнську і дитячу смертність, значно покращує якість надання медичної допомоги жінкам та новонародженим. Розвиток сфери охорони громадського здоров'я в Україні відбувається з урахуванням положень Європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я-2020», схваленої восени 2012 року.

**Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДУ та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів.** Поширення ВІЛ-інфекції/СНІДУ і туберкульозу призводить до зменшення тривалості життя, зростання потреби в якісних медичних послугах, загострення проблем бідності, соціальної нерівності, безпритульності та сирітства. У 2000 році Президент України Л.Кучма видав Указ "Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ/СНІДУ", який став відправною точкою у процесі *стратегічного планування національних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДУ та виконання зобов'язань по досягненню ЦРТ.*

Програма профілактики ВІЛ/СНІДУ на 2001-2003 роки (2001 рік) забезпечила виконання комплексу заходів, які охоплювали: інформаційно-освітню роботу з дітьми та молоддю; співпрацю із ЗМІ щодо інформування населення з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДУ; заходи для зменшення небезпеки інфікування ВІЛ уразливих груп населення (споживачі ін'єкційних наркотиків, особи, що надають сексуальні послуги за плату, чоловіки, що мають сексуальні стосунки з чоловіками, ув'язнені тощо). За результатами ініційованої Україною 26-ї спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з проблеми ВІЛ/СНІД (червень 2001 року), Президент України оголосив 2002 рік «Роком боротьби зі СНІДом». Україна у 2002 році



увійшла до складу правління Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. У березні 2004 року було укладено угоду між Глобальним фондом боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією та Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД, відповідно до якої Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД реалізував програму «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні». Ця Програма сприяла підсилению національних заходів з протидії епідемії і забезпечила комплексний підхід до протидії епідемії ВІЛ/СНІД, що охоплює три напрями: лікування, догляд та підтримка для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД; подальший розвиток та розширення профілактичних послуг, спрямованих на найбільш уразливі до ВІЛ групи населення; створення сприятливого оточення через інформаційно-освітні заходи та адвокацію, моніторинг та оцінка.

Відповідно до рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, яка була одностайно ухвалена Генеральною Асамблеєю ООН у 2001 році, та згідно з рекомендаціями ЮНЕЙДС у грудні 2004 року Уряд зобов'язав центральні органи виконавчої влади проводити моніторинг і оцінку ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД за національними показниками. На виконання цього розпорядження МОЗ України затвердило перелік національних показників моніторингу та оцінки ефективності відповідних заходів та на їх базі них готує Національний звіт.

У листопаді 2005 року в Україні створено єдиний орган для координації заходів щодо реалізації єдиної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні - Національну координаційну раду з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, а у складі МОЗ України утворено Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам (з грудня 2010 року Державна служба з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань). Основними завданнями Національної ради є: проведення моніторингу виконання програм та здійснення заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу; участь у розробленні проектів нормативно-правових актів, програм та заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу; інформування Кабінету Міністрів України та громадськості про результати здійснення заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Підтвердженням відданості зобов'язанням досягти ЦРТ стало затвердження Законом України Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки (2009 рік), якою передбачено комплекс заходів, спрямованих на стабілізацію епідемічної ситуації, зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу шляхом реалізації державної політики щодо забезпечення доступу населення до широкомасштабних профілактичних заходів, послуг з лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. *Нею встановлено механізм моніторингу виконання завдань: перелік виконавців, термін виконання заходів, джерелами їх фінансування, а також очікувані результати її реалізації.*

Новітнім етапом на шляху досягнення ЦРТ стало зобов'язання Уряду вжити низку заходів для запобігання поширенню епідемії туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДу, вірусних гепатитів та надання доступної медичної допомоги громадянам, які страждають на ці захворювання. Зокрема зобов'язання включають: фінансування заходів із профілактики і протидії захворюванню на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію/СНІД; удосконалення механізму використання коштів благодійних і міжнародних організацій, які спрямовуються на закупівлю та постачання лікарських засобів і виробів медичного призначення для діагностики та лікування зазначених хвороб. У травні 2013 року Урядом схвалено Концепцію Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014—2018 роки, очікуваними результатами реалізації якої стане: зменшення на 50% кількість нових випадків інфікування серед представників груп підвищеного ризику; унеможливлення інфікування внаслідок передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини; забезпечення доступу усіх представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ до участі у профілактичних програмах; охоплення

100% дітей та молоді під час виконання програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та формування здорового способу життя; забезпечення усіх ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я, медичною допомогою та соціальними послугами з догляду та підтримки; забезпечення доступу до безперервного лікування препаратами антиретровірусної терапії усіх хворих на ВІЛ-інфекцію, які цього потребують; зменшення на 50% смертність від туберкульозу серед хворих з поєднаною інфекцією ВІЛ/туберкульоз; залучення до постійної участі у програмах замісної підтримувальної терапії не менш як 35% споживачів опіоїдних ін'єкційних наркотиків, які цього потребують, а також до участі у програмах їх реабілітації; сформування серед населення толерантне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп підвищеного ризику і зниження на 50% рівня дискримінації таких людей.

Адаптація ЦРТ в Україні привернула увагу до проблеми поширення туберкульозу в Україні, який залишається провідною причиною смерті дорослого населення в структурі смертності від інфекційних хвороб у цілому. *Туберкульоз вражає, у першу чергу тих, хто найбільше потерпає від бідності та недоїдання, незадовільних загальних санітарних умов.*

На виконання зобов'язань України по досягненню ЦРТ було реалізовано Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 роки (2001 рік). Програмою боротьбу з цим захворюванням було визначено одним з першочергових державних завдань із забезпеченням цільового фінансування на весь період епідемічного неблагополуччя. Реалізація передбачених програмою заходів забезпечила: виявлення та діагностику, лікування та профілактику туберкульозу; диспансерну роботу в осередках туберкульозної інфекції; профілактику туберкульозу; здійснення контролю за поширенням туберкульозу. В рамках реалізації Програми було придбано протитуберкульозні препарати, матеріали для мікробіологічної діагностики туберкульозу, пересувні флюорографи, бронхоскопи, та інше устаткування. У Донецькій, Одеській і Миколаївській областях створені відділення для лікування хворих з поєднаною патологією – туберкульоз та ВІЛ/СНІД.

У лютому 2006 року було затверджено порядок проведення обов'язкового профілактичного огляду певних категорій населення на виявлення туберкульозу.

Законом України було затверджено Загальнодержавну програму протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках (2007 рік), яка мала забезпечити поліпшення епідемічної ситуації шляхом зниження показників захворюваності та смертності населення від туберкульозу, підвищення ефективності його лікування, удосконалення системи підготовки і перепідготовки медичних працівників, поліпшення лабораторної діагностики туберкульозу.

Збільшення фінансування та послідовне виконання завдань програми призвело до поліпшення епідемічної ситуації та сприяло досягненню відповідної цілі ЦРТ.

Новим етапом у реалізації завдань по досягненню національних ЦРТ стало прийняття Програми економічних реформ на 2010-2012 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», *підготовленої на засадах сталого людського розвитку*. Нею серед проблемних питань у сфері охорони здоров'я визначено вищий у 20 разів порівняно з країнами ЄС рівень смертності від туберкульозу. У зв'язку з цим одним із індикаторів успіху реалізації Програми є зниження на 30% смертності від туберкульозу шляхом вжиття заходів щодо підвищення доступності та якості медичних послуг, створення стимулів для здорового способу життя.

Загальнодержавною цільовою соціальною програмою протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки, затвердженою Законом України (жовтень 2012 року), визначено комплекс заходів, спрямованих на зменшення кількості хворих на туберкульоз, зниження рівня захворюваності та смертності від нього шляхом забезпечення загального та рівного доступу населення до високоякісних послуг з профілактики, діагностики і лікування туберкульозу.

Вплив ЦРТ обумовив нові вимоги до підвищення ефективності профілактики та протидії захворюванню на туберкульоз, зокрема: першочергове охоплення груп ризику скринінговими дослідженнями та туберкулінодіагностикою, завершення оптимізації мережі лабораторій із мікробіологічної діагностики туберкульозу та створення відповідно до рекомендацій ВООЗ Національної референс-лабораторії; визначення критеріїв для оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, якими надається медична допомога хворим на туберкульоз; удосконалення примірного табеля оснащення протитуберкульозних закладів, зокрема, рентген-апаратами; прискорення темпів зниження захворюваності на туберкульоз (не менше ніж на 3 відсотки на рік). На регіональному рівні органи місцевої виконавчої влади розробляють та затверджують регіональні програми профілактики та протидії захворюванню на туберкульоз (з урахуванням заходів із забезпечення профільних медичних закладів необхідним обладнанням).

*Сталий розвиток довкілля.* Конституція України передбачає право громадян на безпечне для життя і здоров'я довкілля (стаття 50), при цьому забезпечення екологічної безпеки (стаття 16) та санітарно-епідемічного благополуччя (стаття 49) є обов'язком держави. ЦРТ стали потужним стимулом та механізмом стосовно забезпечення прав громадян, що впливають із зазначених статей Конституції України. В першу чергу це стосується забезпечення населення якісною та безпечною для здоров'я питною водою, оскільки це питання було і залишається одним із найбільш соціально значущих, адже безпосередньо впливає на стан здоров'я громадян і визначає рівень смертності і тривалості їх життя.

Після підписання Декларації Тисячоліття в Україні було розроблено Комплексну програму першочергового забезпечення сільських населених пунктів, що користуються привізною водою, централізованим водопостачанням у 2001-2005 роках і прогноз до 2010 року (2000 рік). Якісно новим етапом у сфері забезпечення населення якісною питною водою став прийнятий у січні 2002 року Закон України «Про питну воду та питне водопостачання». Ним відповідно до основних засад виконання ЦРТ запроваджується моніторинговий механізм – Національна доповідь про якість питної води та стан питного водопостачання в Україні, яку, починаючи з 2004 року щороку готує за участю інших міністерств та відомств і потім оприлюднює центральний орган виконавчої влади з питань ЖКГ. Подальшими кроками були затверджені у 2005 та 2011 році законами України відповідно загальнодержавні програми «Питна вода України» на 2006-2020 роки та на 2011-2020 роки. Виконання завдань цих програм мало забезпечити: упорядкування зон санітарної охорони джерел питного водопостачання; будівництво та реконструкцію водозабірних споруд із застосуванням новітніх технологій та обладнання; упровадження станцій (установок) доочищення питної води у системах централізованого водопостачання; будівництво та реконструкцію водопровідних та каналізаційних очисних споруд із застосуванням новітніх технологій та обладнання; оснащення лабораторій здійснення контролю якості води та стічних вод сучасним контрольно-аналітичним обладнанням; приведення нормативно-правової бази у сфері питного водопостачання та водовідведення у відповідність із стандартами Європейського Союзу.

*Програмами було визначено чіткий диференційований за роками план здійснюваних заходів та обсяги їх фінансування у розрізі джерел (зокрема державний, місцевий бюджети та інші), що відповідає моніторинговим принципам виконання ЦРТ.*

Окремим етапом у виконанні Україною завдань, визначених національними ЦРТ, зокрема щодо зменшення викидів парникових газів, стала ратифікація у лютому 2004 року Кіотського протоколу. Це розкрило можливість отримати іноземні інвестиції в екологічно чисті технології і залучити їх у галузі, технологічні об'єкти яких є одними з найбільших забруднювачів довкілля. З метою реалізації вказаного механізму, що базується на засадах сталого людського розвитку, Уряд у 2006 році затвердив положення, якими регулюються: процедура розгляду, схвалення, реалізації проектів спільного впровадження; проведення заходів центральних та місцевих органів виконавчої влади і місцевого самоврядування щодо

формування щорічного національного кадастру викидів парникових газів та національного повідомлення з питань зміни клімату; проведення робіт щодо створення Національного реєстру дозволів на антропогенні викиди парникових газів та розроблення національної системи торгівлі викидами парникових газів, Національного та регіональних планів заходів запобігання зміни клімату; сприяння в установленні та розвитку відносин з відповідними інституціями з питань зміни клімату з метою виконання міжнародних зобов'язань України.

Каталізуючий ефект у напрямі впровадження механізмів для досягнення цієї цілі із ЦРТ, мала забезпечити Програма економічних реформ на 2010-2014 «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Реалізація Програми спрямована проведення планомірної *технічної й технологічної модернізації існуючих потужностей електроенергетичного сектору, зокрема шляхом інноваційного розвитку економіки, й вирішення екологічних проблем*. Логічним продовженням розпочатої у 2010 році модернізації економіки стало прийняття парламентом Закону України «Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року» (грудень 2010 року). Основним завданням Стратегії є зниження антропогенного і техногенного навантаження на навколишнє природне середовище в Україні, що у кілька разів перевищує відповідні показники у розвинутих країнах світу і зумовлює *низьку тривалість життя в Україні*.

З метою максимально ефективною реалізації Стратегії державної екологічної політики, досягнення більш безпечного для здоров'я людини стану довкілля, зокрема шляхом розширення лісних площ і територій біосферних заповідників та національних парків, впровадження енергоефективних і ресурсозберігаючих технологій Урядом у травні 2011 року приймається Національний план дій з охорони навколишнього природного середовища на 2011-2015 роки, в основу якого покладено *визначені ЦРТ моніторингові принципи забезпечення виконання необхідних заходів і досягнення поставлених цілей до 2015 року* (завдання — виконавці — джерела фінансування — термін виконання та подання звіту).

Щорічна Національна доповідь про стан навколишнього природного середовища в Україні *все більш набирає моніторингових рис, запроваджених ЦРТ*. Останнє видання за 2011 рік містить 15 розділів, у яких описано стан, здійснювані заходи та динаміку змін, що стосуються забруднення атмосферного повітря, водних, земельних ресурсів, збереження біотичного та ландшафтного різноманіття, розвитку природно-заповідного фонду, поводження з відходами, впливу промисловості, енергетики, транспорту на стан довкілля.

Значну роль у виконанні завдань ЦРТ щодо сталого розвитку довкілля відведено реалізації національних проектів, запроваджених як практична основа здійснення економічних реформ в країні. Проект «Енергія природи», що реалізується переважно в Криму та Запоріжжі, передбачає створення «чистого» джерела енергії – вітру і сонця. Проект спрямовано на розв'язання проблем економічної ефективності транспортування електроенергії та збереження довкілля, і сприяє привабливості розвитку на цих територіях туристичного бізнесу. Проект «Чисте місто» – це будівництво сучасних комплексів з переробки твердих побутових відходів, адже в Україні однією з найгостріших комунальних проблем залишається проблема переробки промислових відходів, якими переповерхнені звалища, що не відповідає вимогам екологічної безпеки і є прямою загрозою життя людей. Проект «Якісна вода» – програма забезпечення населення якісною питною водою, адже сьогодні українці мають найгіршу питну воду в Європі. Більшість хвороб пов'язані із якістю води, яка значно скорочує життя. Проектом передбачено будівництво систем очистки питної води, якими насамперед, планується обладнати дитячі садки, школи і лікувальні заходи. Завдяки проекту в Україні буде досягнуто європейських стандартів у дотриманні одного з основних та базових прав людини – права на якісну питну воду.

*Незаперечним фактом є те, що саме вплив ЦРТ на національний розвиток та виконання завдань ЦРТ забезпечили позитивні зрушення в Україні, що відбилась на рівні життя людей.*

## **РОЗДІЛ ТРЕТІЙ: ПРОГРЕС НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ, ВСТАНОВЛЕНИХ ДЛЯ УКРАЇНИ**

### **Короткий огляд стану досягнення ЦРТ в Україні**

Стан досягнення Цілей розвитку тисячоліття в Україні в цілому можна оцінити позитивно.

#### **Вставка 3.1. Оцінка можливості досягнення Цілей розвитку тисячоліття в Україні до 2015 року**

##### **Ціль 1. Подолання бідності:**

змішаний прогрес/досягнення можливе до 2015 року

##### **Ціль 2. Забезпечення якісної освіти впродовж життя:**

змішаний прогрес/досягнення можливе до 2015 року

##### **Ціль 3. Забезпечення гендерної рівності:**

відсутній прогрес/досягнення не можливе до 2015 року

##### **Ціль 4. Зменшення дитячої смертності:**

Відчутний прогрес/очікується досягнення до 2015 року (з перевищенням рівня цільових показників)

##### **Ціль 5. Поліпшення здоров'я матерів:**

відчутний прогрес/очікується досягнення до 2015 року (з перевищенням рівня цільових показників)

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

змішаний прогрес/досягнення можливе до 2015 року

##### **Ціль 7. Сталий розвиток довкілля:**

змішаний прогрес/досягнення можливе до 2015 року.

На шляху **подолання бідності** в Україні спостерігались позитивні тенденції. Знижено масштаби бідності за абсолютним критерієм майже у 7 разів (частку населення, чие добове споживання не перевищує 5 дол. США за паритетом купівельної спроможності, знижено з 11,9% у 2000 р. до 1,7% у 2011 р.) та за відносним критерієм (частку населення за національною межею бідності знижено відповідно з 26,4% до 24,3%). Майже кожна третя сім'я з дітьми є бідною (32,0%), а серед працюючих – кожний п'ятий (19,6%). Проте традиційне розуміння бідності та підходів до її подолання повністю вичерпано. Для досягнення цільових показників необхідні послідовні програмні дії. Для **забезпечення якісної освіти впродовж життя** зроблені рішучі кроки у напрямі реформування освіти. Загальною середньою освітою охоплено майже 99% дітей, дошкільною – у містах 93%, у сільській місцевості 57,6%. Вищою освітою охоплено 45,7% молоді, проте необхідно забезпечити відповідність освітньої підготовки вимогам ринку праці (з урахуванням прогнозованих тенденцій розвитку економіки). Реалізація заходів згідно з Національною стратегією розвитку освіти в Україні на період до 2021 року (затвердженої у червні 2013 р.) має забезпечити

досягнення цілі до 2015 року. **Забезпечення гендерної рівності** є викликом для України. Досягнення гендерного паритету в органах влади та державного управління залишається актуальним завданням, незважаючи на здобутки та зміни на законодавчому та інституційному рівні. Після виборів 2012 року кількість жінок серед членів українського парламенту збільшилася (9,4%), проте досягнення цільових показників до 2015 р. (30/70) не уявляється можливим. Жінки становлять 12% серед складу обласних рад, 23% - районних рад, 28% - міських рад, 51% - сільських, 46% - селищних. Розрив у середній заробітній платі між чоловіками і жінками (близько 30%) є ще одним проявом гендерної нерівності. Досягнення цілі не вважається можливим, а забезпечення позитивних зрушень можливе за умови посилення політичної волі. **Зменшення дитячої смертності** майже вдвічі протягом 1995-2012 рр. (з 14,7 до 8,4 на 1000 народжених живими) відбулось завдяки цілеспрямованим зусиллям, у тому числі шляхом реформування та розвитку системи перинатальної допомоги. Приклади невідповідності статистичних даних привертають увагу до необхідності удосконалення системи спостережень. У цілому прогрес відчутний, прогнозується навіть перевищення цільових показників. Позитивні тенденції забезпечено на шляху **поліпшення здоров'я матерів**: рівень материнської смертності в Україні знижено за 2000-2012 рр. майже вдвічі (з 24,7 до 12,5 на 100000 живонароджених). На ранніх стадіях вагітності всі жінки проходять регулярні медичні огляди (рівень охоплення складає більше 90%). Викликає тривогу той факт, що понад 40% дорослого населення України (у тому числі й жінки дітородного віку) віком від 18 до 65 років мають принаймні одне хронічне захворювання. Недостатнім є рівень усвідомлення особистої відповідальності за своє здоров'я серед молоді та пропаганди «здорового способу життя». У цілому прогрес відчутний, можливим є перевищення цільових показників. На шляху **обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу** досягнуто успіхів: вперше у 2012 році знижено кількість нових випадків ВІЛ-інфекції на 1,6% порівняно з попереднім роком, що свідчить про зменшення інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції. В Україні близько 230 тис. ВІЛ-інфікованих людей (показник поширеності ВІЛ серед дорослого населення складає 0,58%). Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення зменшилась до 45,5 на 100 тис. населення. Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини не перевищує 5%, тобто вдалося забезпечити його зменшення майже у 6 разів (з 27,8% у 2001 році до 4,9% у 2010 році). Успіхів досягнуто, насамперед, завдяки профілактичним заходам серед груп підвищеного ризику інфікування, поліпшенню організації відповіді на епідемію та впровадженню відповідних загальнодержавних програм. Суттєве поліпшення епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні також відбулось значною мірою завдяки реалізації Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз. У 2012 році рівень захворюваності на туберкульоз було знижено на 19% порівняно з 2005 роком (68,1 випадку на 100 тис. населення). У цілому на шляху виконання завдань цілі спостерігається прогрес, досягнення цільових показників є можливим. Для **забезпечення сталого розвитку довкілля** необхідним є заходи, спрямовані на збереження і поліпшення земельних та водних ресурсів, атмосфери та біорізноманіття, підвищення ефективності використання енергії тощо. У зв'язку з антропогенним навантаженням близько 70% поверхневих вод і значна частка запасів ґрунтових вод втратили своє значення як джерело питного водопостачання. У 2012 році 4,3 млн тонн забруднюючих речовин було викинуто в повітряний басейн, у тому числі викиди метану та оксиду азоту, які є парниковими газами, склали 886,9 і 12,5 тис. тон відповідно. Більше двох третин викидів забруднюючих речовин в атмосферу від стаціонарних джерел припадає на Донецьку, Луганську та Дніпропетровську області. Для досягнення цілі необхідно вирішити широкий спектр природоохоронних питань, вдосконалити управління природними ресурсами, впроваджувати послідовну екологічну політику та забезпечити поступову екологічну модернізацію виробництва. У цілому на шляху виконання завдань цієї цілі спостерігається прогрес, досягнення низки цільових показників є можливим за умови вжиття негайних заходів.

## ЦІЛЬ 1. ПОДОЛАННЯ БІДНОСТІ

На шляху подолання бідності Україна досягла певних позитивних зрушень, проте традиційне розуміння бідності та підходів до її подолання повністю вичерпано. Для прискорення прогресу у напрямі досягнення цілі необхідним є спрямування зусиль на зменшення масштабів немонетарної бідності та соціального відторгнення.

### ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

Завдання	Індикатори
Завдання 1.А: Ліквідувати до 2015 року бідність за критерієм 5 дол. США на добу за ПКС	1.1. Частка населення, чиє добове споживання <sup>5</sup> є нижчим 5 дол. США на добу за ПКС, %
Завдання 1.В: Скоротити питому вагу бідного населення (за національним критерієм бідності <sup>6</sup> ) 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 рівня фактичного прожиткового мінімуму	1.5. Частка населення, чиє споживання є нижчим рівня фактичного прожиткового мінімуму, %

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Індикатор 1.1. Частка населення, чиє добове споживання є нижчим 5 (4,3) дол. США на добу за ПКС, %	11,9	11,0	3,0	4,0	2,0	1,3*								
						9,0	9,3	6,6	3,8	3,5	2,5	1,7	--	<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	-	25,0
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	-	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	19,6	19,6	-	15,0
Індикатор 1.5. Частка населення, чиє споживання є нижчим рівня фактичного прожиткового мінімуму <sup>3</sup> , %	71,2	69,2	65,0	59,9	51,0	38,7	31,0	30,5	19,9	24,8	23,5	25,8	-	7,0

\* до 2005 року використовувались значення у 4,3 дол. США на добу за ПКС

У таблиці наведено фактичні дані до 2012 року та цільові показники на 2015 рік, дані за 2012 рік уточнюються..

Відповідно до поставлених завдань за період 2010-2011 років вдалося досягти помітних успіхів на шляху досягнення цілі, про що свідчить зменшення частки населення, чиє добове споживання є нижчим 5 дол. США на добу за ПКС (у 2011 році вона становила лише 1,7% проти 4,0% цільового показника). Частка бідного населення за національним критерієм зменшилася до рівня 24,3%, тим самим випередивши цільовий показник 2015 року (25,0%). Неоднозначні зміни відбулися у структурі бідного за національним критерієм населення: якщо частка бідних серед дітей помітно зменшилася і становила 32,0% (33,0% - цільовий показник для досягнення у 2011 році), то частка бідних серед працюючих суттєво не зменшилась (19,6% проти 19,0% - прогнозований цільовий показник для досягнення у 2011 році). Повністю не вдалося виконати третє завдання, оскільки частка населення, чиє споживання є нижчим рівня

<sup>5</sup> Споживання - це середньодушові сукупні витрати домогосподарства у розрахунку на еквівалентну особу (за шкалою 1,0;0,7;0,7).

<sup>6</sup> У Стратегії подолання бідності визначено критерій належності різних верств населення до категорії бідних - 75% медіанного рівня сукупних витрат у розрахунку на умовного дорослого.

фактичного прожиткового мінімуму, різко зросла у 2009 році, згодом не повернулася на докризовий рівень, і в 2011-му становила 25,8% проти 15,0% цільового показника. Таким чином, спостерігається суттєве відставання, яке буде важко наздогнати до 2015 року.

**Вставка 3.1.1. Попередні дані 2012 року щодо бідності.** Зміни, які відбулись протягом останнього кварталу 2011 року та за 9 місяців 2012 року, свідчать про зростання масштабів відносної та абсолютної бідності:

- частка бідного за національним критерієм населення збільшилась до 26,0% (проти 24,6% у відповідному періоді попереднього року), при цьому рівень бідності серед дітей зріс відповідно з 31,7 до 33,3%, а серед працюючих – з 19,9 до 21,0%;
- частка населення, чие добове споживання є нижчим 5 дол. США на добу за ПКС, становила 2,2% проти 1,5% у відповідному періоді 2011 року;
- збільшилась частка населення з доходами нижче офіційно встановленого прожиткового мінімуму - з 8,2 до 9,9%.

Такі зміни частково можна пояснити підвищенням державних соціальних гарантій з відповідним зростанням доходів населення та вартісного значення межі відносної бідності. Значна частка населення перебуває у зоні низьких доходів, що може призводити до суттєвих коливань в рівнях бідності залежно від зміни вартісного значення межі. Проте підвищення рівня бідності за всіма зазначеними критеріями ліній свідчить про загальне погіршення ситуації.

Підсумовуючи, слід зазначити, що традиційне розуміння бідності та шляхів її подолання повністю вичерпано.

## **СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ.**

Бідність як багатоаспектне явище прямо чи опосередковано стосується всіх сторін життєдіяльності суспільства, одночасно виконуючи роль чинника та наслідку. Сучасні трактування розширюють розуміння бідності, все більшою мірою охоплюючи різні аспекти позбавлень. Питання подолання бідності торкаються всіх інших Цілей розвитку тисячоліття: з одного боку, проблеми поганого здоров'я, нерівного доступу до освіти, безпечного природного чи соціального середовища можуть бути наслідком монетарної бідності, а з іншого - вони виступають складовими бідності у її широкому розумінні, із включенням немонетарних компонентів.

Незважаючи на відчутні негативні наслідки економічної кризи, що позначилися як на доходній частині державного бюджету, так і на темпах зростання реальних доходів переважної частини населення, у 2010-2011 роках вдалося втримати масштаби монетарної бідності на контрольованому рівні. При чому, 2010 рік став переламним у ситуації з відносною бідністю – вперше відбулося помітне покращення всіх показників, обумовлене зменшенням загального розшарування у суспільстві. Завдяки утриманню виплат найменш забезпеченим категоріям населення на докризовому рівні вдалося зменшити диференціацію у низькодоходній групі, проте це відбулося за рахунок не багатих, а середньодоходних прошарків суспільства.

### **Вставка 3.1.2. Визначення термінів бідності.**

**Бідність** – неможливість унаслідок нестачі коштів підтримувати спосіб життя, притаманний конкретному суспільству в конкретний період часу.

**Офіційно встановлений прожитковий мінімум** – встановлений у Державному Бюджеті розмір мінімальних витрат на місяць на відповідний рік; визначається для різних соціально-демографічних груп населення та виступає базою для визначення державних соціальних гарантій.



**Фактичний прожитковий мінімум** – розрахункова величина за підсумками року, з урахуванням фактичних цін покупок.

**Відносна (національна) межа бідності** – визначена за критерієм 75 % медіанного рівня середньодушових еквівалентних сукупних витрат.

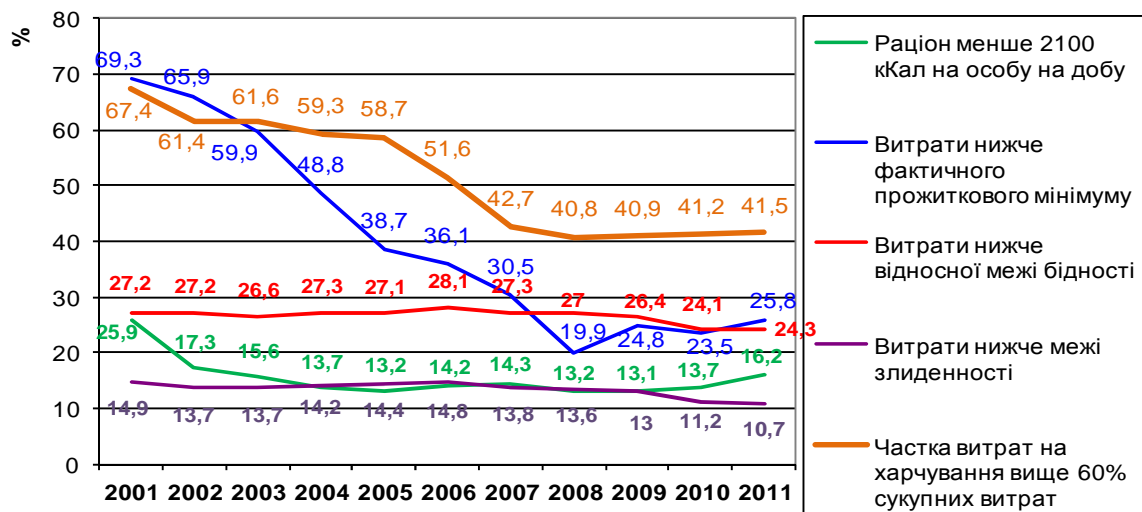
**Межа злиденності** – визначена за критерієм 60 % медіанного рівня середньодушових еквівалентних сукупних витрат та адаптована до критерію Європейського Союзу.

**Абсолютна межа бідності за рівнем споживання - межа нижче 5 дол. США за ПКС на особу на добу** – визначена за критерієм вартості добового споживання на рівні 5 доларів США відповідно до ПКС з метою міжнародного порівняння.

Раціон менше 2100 кКал на особу на добу – абсолютна межа бідності за показником споживання, відповідно до рекомендацій ВООЗ.

**Частка витрат на харчування в бюджеті домогосподарства вище 60%** - межа бідності, визначена за структурним критерієм.

**Тенденції бідності.** З 2001 до 2008 року ситуація з бідністю розвивалася за усталеними тенденціями: стрімке зменшення масштабів абсолютної бідності (за прожитковим мінімумом та добовим споживанням нижче 5 дол. США на особу, що використовується для міжнародних порівнянь); поступове зниження рівня бідності за структурним критерієм, практично стабільна ситуація впродовж всіх років з відносною бідністю (за національною межею бідності та за межею злиденності); фіксація з 2004 року рівня недоспоживання за показником калорійності добового раціону. (рис. 3.1.1).



**Рис. 3.1.1. Динаміка рівня бідності за основними критеріями визначення, 2001-2011 роки.**

Починаючи з 2009 року почали руйнуватися практично всі означені тенденції:

- насамперед, у 2009 році зросла частка населення, чий рівень споживання є нижчим від фактичного прожиткового мінімуму, а частка населення з витратами на харчування понад 60% перестала зменшуватися;
- у 2010 році частки населення з витратами на харчування понад 60% та з низькокалорійним раціоном (менше 2100 кКал на добу) почали зростати. Проте, вперше за весь період помітно зменшився рівень відносної бідності та рівень злиденності;
- дані 2011 року свідчать про загальне покращення ситуації з монетарною бідністю: зменшення рівня бідності за офіційно встановленим прожитковим мінімумом, збереження низьких значень показників відносної бідності та подальше зниження рівня злиденності.

Проте, за критерієм добового споживання та за структурним критерієм рівень бідності продовжує зростати, що свідчить про звуження споживчих можливостей населення та повну втрату позитивної динаміки докризових років.

На фоні перелому означених тенденцій після 2008 року постійно зростає рівень суб'єктивної бідності: частка населення, що називає себе бідним, збільшилась за 2008-2011 роки з 53,1 до 60,0%. При цьому самооцінка населенням купівельної спроможності власних доходів в останньому періоді дещо покращилась, і у 2011 році рівень бідності за самооцінкою доходів<sup>7</sup> становив 38,6% проти 40,3% у 2009 році. Отже, психологічний вплив кризи на населення був більш відчутним, ніж безпосередні фінансові втрати від зниження доходів.

**Загалом зміни впродовж 2009-2011 років у ситуації з бідністю можна охарактеризувати як стан невизначеності.** Основна інтрига полягає в тому, за яким сценарієм розвиватимуться події далі, коли економічна ситуація чи зміни принципів формування державної політики почнуть здійснювати вплив на бідність.

Незважаючи на зміни в протіканні загальноукраїнських процесів, основні профілі бідності у розрізі соціально-демографічних та соціально-економічних груп залишаються стабільними. Незмінні профілі формують традиційні групи підвищених ризиків бідності, які насамперед зосереджені у зоні вікового чиннику. Незалежно від обраного критерію, рівні бідності серед осіб працездатного віку та серед осіб пенсійного віку є нижчими за середнє по країні значення, а до вразливих груп потрапляють діти та так звані «старі» пенсіонери, тобто особи без залишкової працездатності.

**Статеві-вікова піраміда за показником рівня бідності** за показником рівня бідності має найбільші виступи (найвищі значення) у нижній та верхній частинах, тобто у групі дітей 0-15 років та осіб старше 75 років. Крім того, помітний виступ з перевищенням середніх по країні значень спостерігається у групі 35-45 років, яка припадає на пік трудової активності та кар'єрного зростання. Таку ситуацію можна пояснити зростанням витрат та освіти та розвиток дітей, батьки яких найчастіше перебувають саме в цій віковій групі. (рис. 3.1.2). Загалом найнижчі рівні бідності характерні для осіб у віці 45-65 років, коли доходи від зайнятості досягають максимального значення, до них згодом додаються пенсійні виплати, а діти виходять у самостійне життя. Відносно благополучний період припадає на 20-35 років, зі значеннями показників бідності на рівні або нижче середньоукраїнських, коли з'являються доходи від трудової діяльності, проте ще не настає пік дитородної активності та пов'язані з нею витрати на дітей. Проте, виключенням в цій групі є жінки у віці 25-30 років, які мають високі ризики бідності здебільшого внаслідок перебування у відпустці по догляду за дитиною, коли розмір щомісячної виплати на мати та дитину не перевищує рівня мінімальної заробітної плати. Після 75-ти років показники бідності різко зростають, особливо серед жінок, що пов'язано з двома чинниками – нижчим розміром пенсій осіб старших вікових груп у порівнянні з так званими «молодими» пенсіонерами, а також з втратою залишкової працездатності і можливості заробити додаткові до пенсії кошти.

**Гендерні аспекти бідності.** В цілому гендерний чинник здійснює незначний вплив на показники бідності, тобто суттєвих відмінностей у рівнях бідності за гендерною ознакою не спостерігається. По більшості вікових груп значення показників бідності серед чоловіків дещо вищі, а у найстарших групах традиційним є їх перевищення серед жінок (як результат нижчого розміру пенсій). Загалом рівень відносної бідності серед чоловіків у 2010-2011 перевищував аналогічний показник по жінках на 0,9 відсоткових пункти, ще менш відчутною була різниця між рівнями абсолютної бідності.

<sup>7</sup> Рівень бідності за самооцінкою доходів визначається як частка населення, які постійно відмовлялися собі у самому необхідному, крім харчування, або їм не вдалося забезпечити навіть достатнього харчування

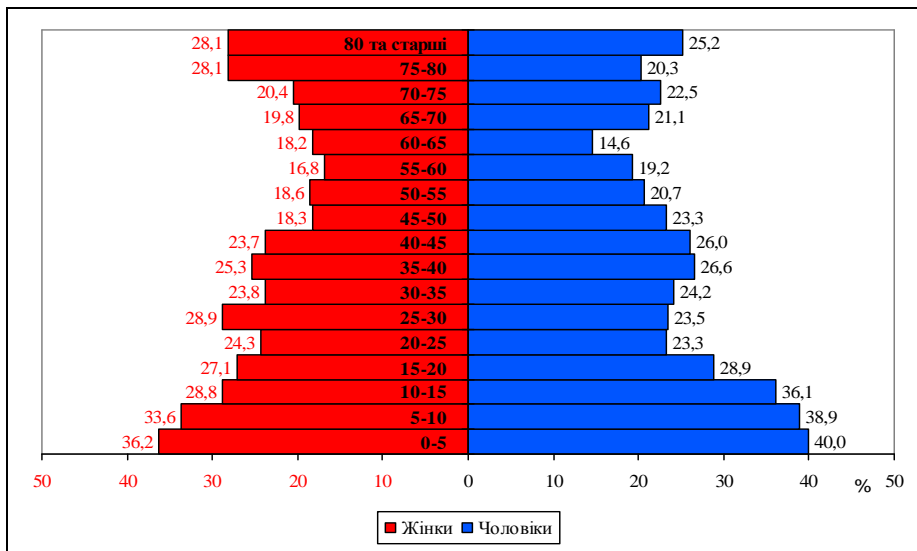


Рис. 3.1.2 . Статеві-вікова піраміда за показником рівня бідності, %, 2011 р.

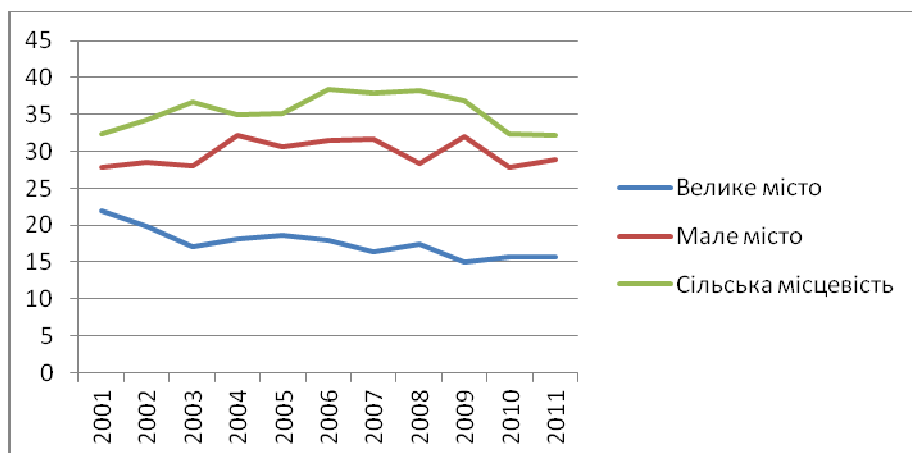
**Бідність серед дітей.** Надвисокі значення показників бідності серед дітей спостерігаються впродовж всього періоду досліджень бідності в Україні, виводячи фактор вікової та поколінної нерівності на перше місце в системі чинників. Основна проблема полягає в низьких стандартах оплати праці, особливо серед молоді на першому етапі трудової діяльності, на який найчастіше і припадає період народження та виховання дітей. Серед домогосподарств з дітьми рівень відносної бідності за 2010-2011 роки майже вдвічі перевищував значення по домогосподарствах без дітей (31 проти 16%), а найбільш вразливими традиційно є багатодітні сім'ї (з трьома та більше дітьми), домогосподарства з двома дітьми, з дітьми до 3-х років та з подвійним демооекономічним навантаженням. Матері, які в силу різних обставин самостійно виховують дітей, рідко мешкають окремим домогосподарством внаслідок фінансових проблем і неспроможності самотужки вирішувати побутові питання (менше 3% від загальної кількості домогосподарств по країні). Решта неповних сімей мешкає в складних багатопоколінних домогосподарствах, які належать до групи високих ризиків бідності. Проте, навіть незначний відсоток одиноких матерів, які спроможні проживати окремо, мають показники бідності вищі за середньо українські – 24,7 проти 24,3%. Зона високих ризиків бідності зосереджена в домогосподарствах з дітьми, які і формують основну сукупність бідних сімей.

Проблема низьких стандартів оплати праці сьогодні посилюється регулярними затримками з виплати заробітної плати. Станом на травень 2013 року офіційна заборгованість становила 1056,2 млн. грн. проти 1014,8 у відповідному періоді минулого року. І хоча ознак поетапного зростання загальної суми боргу перед найманими працівниками сьогодні немає, проблема поступово переходить у хронічну форму.

**Тенденції нерівності.** Специфічною ознакою української ситуації стала нерівність між містом та селом за показниками бідності. Впродовж останніх років відбувається зближення рівнів бідності за типом поселення, що на перший погляд може сприйматися як позитивне явище, проте ці зміни значною мірою пояснюються зростанням відсотку бідних у малих містах. В останні роки за характеристиками бідності населення малих міст скоріше наближене до сільської місцевості, аніж до великих міст (рис. 3.1.3.). Отже, створюється своєрідна прірва між великими та малими містами, а центр формування нерівності зміщується з типу поселення до ознаки розміру населеного пункту.

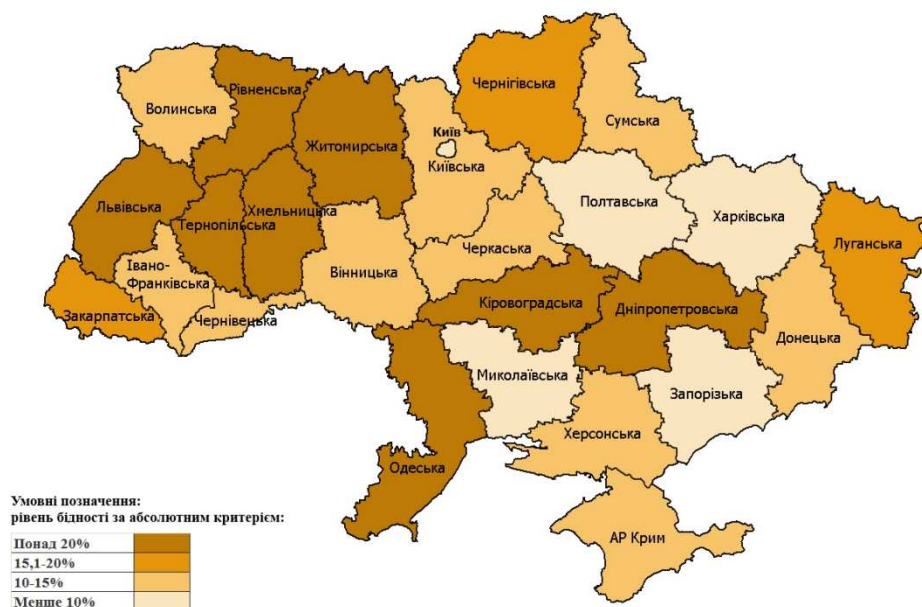
Зазначена ситуація виникла внаслідок розгортанням кризових явищ в економіці. Перша хвиля кризи, її наслідки та подальші тенденції негативно вплинули на рівень життя населення

малих міст. На першому етапі зменшення доходів відчуло населення монофункціональних міст, що спеціалізувалися у кризових галузях економіки, а на другому етапі втрата заробітків торкнулася населення малих міст з традиційною структурою виробництва споживчих товарів, насамперед, через зниження купівельної спроможності доходів переважної більшості населення країни.



**Рис. 3.1.3. Рівень відносної бідності<sup>8</sup> за типом населеного пункту, %, 2001-2011 рр.**

Вперше за останні роки у 2011 році регіональна диференціація рівня бідності набула чітко окреслених географічних рис. Незалежно від обраного критерію (відносного чи абсолютного) виділяються 2 осередки вразливості: північно-західний район (Житомирська, Львівська, Рівненська, Тернопільська та Хмельницька області) та в меншій мірі південно-центральної (Кіровоградська, Одеська та Дніпропетровська області). (рис. 3.1.4)



**Рис. 3.1.4. Рівень бідності в регіонах України за абсолютним критерієм<sup>9</sup>, 2011 р.**

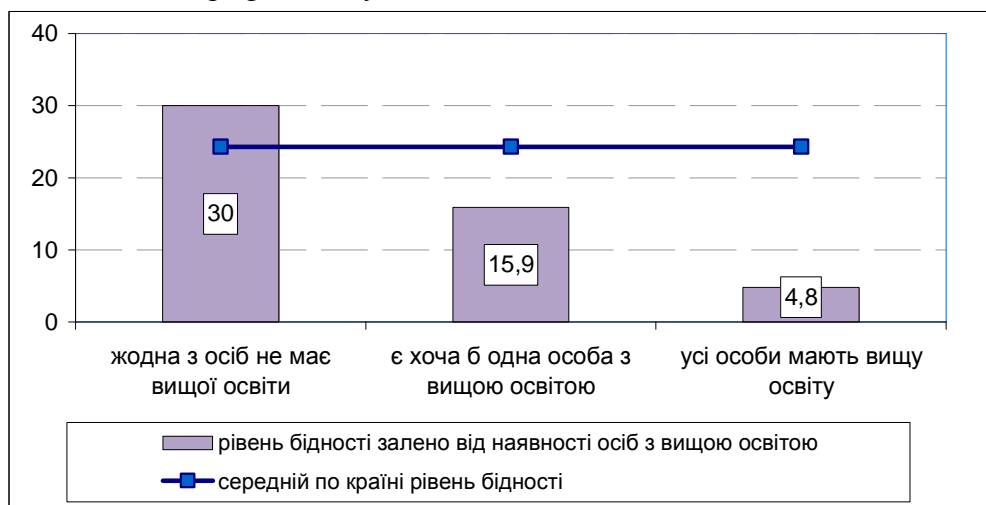
Якщо Кіровоградська, Рівненська, Житомирська та Тернопільська області традиційно потрапляють до регіонів з найвищими ризиками бідності, то Дніпропетровська, Львівська та Хмельницька області опинилися у зоні найбільшої вразливості. Традиційно осередок

<sup>8</sup> Національна межа бідності – 75% медіани сукупних еквівалентних витрат за шкалою 1,0;0,7;0,7

<sup>9</sup> Витрати нижче прожиткового мінімуму

надвисоких ризиків складала регіони з переважно сільськогосподарською спеціалізацією та низьким рівнем урбанізації<sup>10</sup>, проте в останні роки відбуваються зміни в географії бідності: так, Сумська та Херсонська області перейшли із зони традиційно високих ризиків до групи благополучних регіонів, а Дніпропетровська область, навпаки, вперше за останні десять років потрапила до групи з критичною ситуацією. Скоріше за все означені зміни є наслідком зміщення зон вразливості з сільських поселень до малих міст.

Одним з факторів низьких рівнів бідності в промислово розвинених регіонах є більша за середню частка населення з вищою освітою. Освітній чинник формує значні розриви у рівнях бідності домогосподарств України: поява хоча б однієї особи з вищою освітою майже вдвічі знижує ризик відносної бідності всього домогосподарства (16 проти 30%), а для домогосподарств, що мають в своєму складі виключно осіб з вищою освітою характерні найнижчі по країні рівні бідності (менше 5%). (рис. 3.1.5). Цікаво, що така закономірність зберігається незалежно від галузі, в якій було отримано освіту, від статусу на ринку праці та відповідності професії набутій освіті.



**Рис. 3.1.5. Рівень відносної бідності залежно від наявності в домогосподарстві осіб з вищою освітою, %, 2011 р..**

**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, які пройшли частотний та консенсусний контроль<sup>11</sup>.

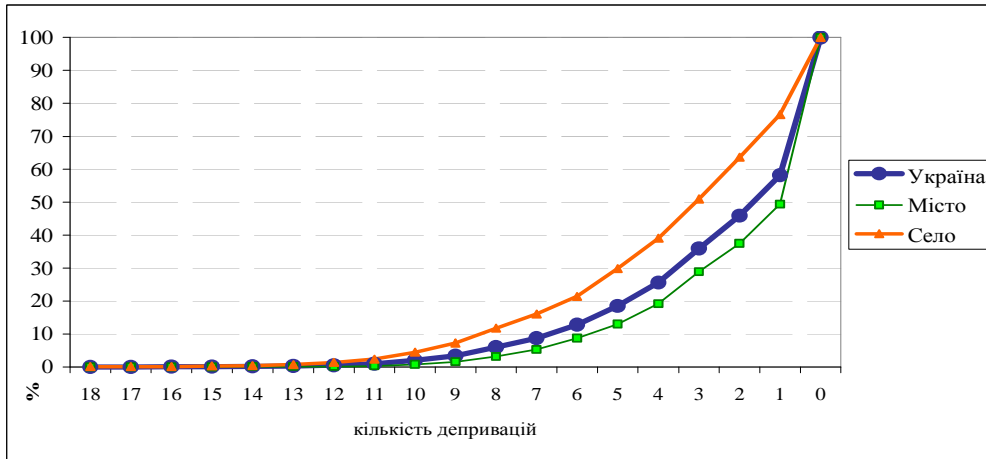
Загалом у 2011 році 25,6% населення було бідним за умовами життя. Сьогодні в найбільшій мірі позбавлення стосуються доступності послуг охорони здоров'я та об'єктів соціальної інфраструктури, від чого потерпає близько 20% населення країни. Зазначені проблеми є характерною ознакою сільської місцевості: якщо в містах вони актуальні для 3-7% населення, то в селах частка позбавлених вища в 4-12 разів. Так, від відсутності закладів, що надають побутові послуги, потерпає 49,1% сільських мешканців, своєчасних послуг швидкої медичної допомоги – 43,3%, відсутності поблизу житла медичної установи – 25,8%, регулярного транспортного сполучення з населеним пунктом із більш розвинутою інфраструктурою – 23%, дошкільних закладів – 8,2% (або 14,7% сільського населення, що має дітей).

<sup>10</sup> Рівень урбанізації - частка міського населення в загальній чисельності населення регіону.

<sup>11</sup> Консенсусний контроль – відбір тих ознак, які більшість населення вважає необхідними для нормального життя; частотний контроль – відбір благ, якими володіє більшість населення країни (суспільний стандарт)

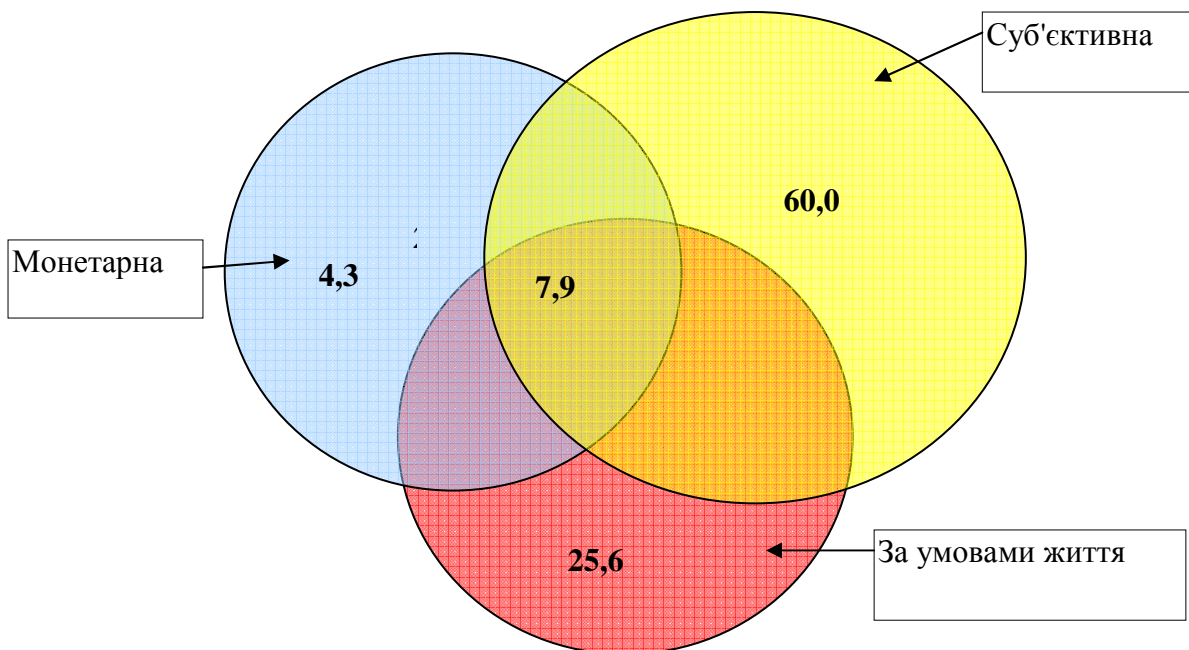
Означені позбавлення спричинені існуванням в Україні значного розриву між містом та селом за ступенем розвиненості соціальної інфраструктури. Ця проблема існувала ще за радянських часів, проте в умовах незалежності вона не тільки не вирішувалася, а дедалі поглиблювалася. В результаті рік від року посилюється процес деградації інфраструктури сільських населених пунктів, особливо в регіонах з високими показниками старіння населення.

Очевидно, що більший ступінь позбавлення та вищий їх кумулятивний відсоток характерний для сільської місцевості: якщо серед міських мешканців близько половини не зазнають жодного позбавлення в умовах життя, то в сільській місцевості таких лише одна третина, натомість рівень деприваційної бідності (4 та більше позбавлень) у сільській місцевості удвічі вищий порівняно з містами – 39,1 проти 19,2%. (рис. 3.1.6)



**Рис. 3.1.6. Кумулятивний відсоток населення з різною кількістю ознак позбавлення в умовах життя, 2011 р., %.**

Тенденції немонетарної бідності за 2009-2011 роки не можна оцінити однозначно: за незначного зменшення частки населення з 4-ма та більше позбавленнями в умовах життя щорічно зростає частка населення, яке вважає себе бідним. Загалом у 2011 році майже 8% населення могли бути віднесені до бідних одночасно за трьома підходами – монетарним (відносна бідність), суб'єктивним (за самовизначенням) та дериваційним (за наявністю 4 та більше ознак позбавлення життєвих благ). (рис. 3.1.7)



**Рис. 3.1.7. Рівень бідності за різними критеріями виміру, %, 2011 р.**

Різні форми бідності вказують на різні фактороутворюючі особливості: якщо для монетарної бідності визначальним чинником є наявність та число дітей в домогосподарстві, для суб'єктивної бідності – вік членів домогосподарства та наявність у складі осіб пенсійного віку, то для дериваційної бідності – визначальним фактором виступає місцевість проживання.

## **ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ**

**Низькі темпи економічного зростання не створюють умов для більш повної реалізації економічної активності населення та підвищення доходів від зайнятості.** В Україні за роки незалежності фіксувалася значна залежність ситуації з бідністю від показників економічного розвитку. Зміна економічної ситуації з лагом в 1-2 роки віддзеркалювалася у показниках рівня життя та бідності населення, при чому за незмінних принципів державної соціальної політики. Покращення економічної ситуації щоразу викликало зниження рівня абсолютної бідності, визначеної за критерієм прожиткового мінімуму чи критерієм для міжнародних порівнянь, проте динаміка відносної бідності мала зворотну тенденцію. Так, за умови однакових темпів зростання доходів у всіх майнових групах рівень відносної бідності залишається незмінним або, навіть, підвищується. Натомість, в період останньої економічної кризи, коли реальні доходи середніх верств населення зменшились, а доходи малозабезпечених підтримувалися на докризовому рівні, відбулося зниження рівня відносної бідності. Отже, розв'язання проблем суто економічного характеру сприятиме зниженню рівня абсолютної бідності завдяки автоматичному перенесення ефекту на всі шари суспільства, включаючи найбідніші верстви. При цьому вплив на масштаби відносної бідності може бути в кращому випадку нейтральним, якщо не відбудуться зміни у базових принципах політики розподілу. За сприятливого сценарію розвитку економічних процесів вдасться в короткі строки розв'язати низку проблем, пов'язаних з монетарною бідністю, особливо з її крайніми проявами. В іншому випадку, на ситуацію з бідністю можна буде впливати виключно за рахунок розподільчих механізмів.

**Незмінні принципи та механізми розподілу доходів стримують позитивну динаміку відносної бідності.** Зменшення рівня відносної бідності у 2010 році відбулося завдяки активній державній підтримці найбільш вразливих верств населення за рахунок перерозподілу доходів від середніх шарів суспільства. Резерв зменшення масштабів бідності в межах діючих розподільчих процесів було повністю вичерпано, в подальшому навіть для утримання показників на рівні 2010 року необхідно вносити принципові зміни в систему оподаткування та розподілу бюджетних коштів. За умови збереження діючих принципів та механізмів розподілу може бути законсервовано модель поляризованого суспільства – з незначним прошарком багатих та великими масштабами низькодоходності. При цьому показник відносної бідності повернеться до значень минулих років, а диференціація в доходах, як і раніше, буде зростати за рахунок відриву найбагатших 10% населення від решти суспільства. Перехід до нових принципів розподілу сьогодні унеможлиблюється через існування значних масштабів незареєстрованих доходів, адже будь-які намагання, наприклад, перенести податковий тягар з бідних на багатих в нинішніх умовах буде призводити до посилення навантаження на середньодоходні верстви та до подальшого розмивання групи з ознаками середнього класу. Отже, будь-які зміни в системі розподілу мають розпочинатися з процесу активного висвітлення доходів.

**Низькі стандарти оплати праці, особливо серед молоді, формують проблему надвисокої бідності дітей.** В Україні впродовж тривалого часу склалися певні традиції зайнятості, які трансформувалися в значні вікові розриви за показником доходів. Набуття високого статусу на ринку праці, який гарантує вищі за середні по країні доходи, припадає на періоди зменшення дітородної активності. Отже, молоді люди, які народжують та виховують дітей, найчастіше не встигають набути статусу з гарантовано високим доходом, що спричиняє

суттєве зростання ризиків потрапляння до категорії бідних з народженням кожної наступної дитини. Система державної підтримки сімей орієнтована на допомогу впродовж 2-4 років після народження дитини (виключення складають лише багатодітні родини), коли один з батьків вимушено не працює. Отже, допомога при народженні та по догляду може тимчасово компенсувати заробіток одного з батьків, але не може гарантовано знизити ризики бідності сімей з малолітніми дітьми. Крім того, проблема нестачі коштів посилюється інфраструктурною компонентою, насамперед, неможливістю влаштувати дитину у дошкільний заклад, територіальною недоступністю медичних та освітніх закладів, що надають більш якісні послуги, закладів позашкільної освіти, тощо.

**Значні масштаби монетарної бідності в малих населених пунктах в поєднанні з проблемою звуження доступу до послуг соціальної сфери створюють особливий осередок вразливості.** Вищі рівні монетарної бідності в сільській місцевості обумовлені звуженими можливостями щодо ефективної зайнятості, переважанням праці в особистому підсобному господарстві з проблемами реалізації виробленої продукції. Проте, більший розрив між містом та селом спостерігається за показниками немонетарної бідності внаслідок обмеженого доступу сільських мешканців до послуг соціальної сфери. Сьогодні можна говорити про проблему соціального відторгнення сільського населення, оскільки більшість сільських мешканців потерпає від цілого ряду позбавлень в базових аспектах життя. До того ж, дану проблему нерівного доступу залежно від місцевості проживання можна розглядати як ознаку соціальної несправедливості. Основна складність ситуації полягає в необхідності комплексного розв'язання проблеми, що потребує серйозних багаторічних інвестицій та кардинального реформування окремих сфер, насамперед, охорони здоров'я та освіти.

**Низька дієвість державної підтримки бідних та неефективне витрачання бюджетних коштів на соціальну підтримку гальмують процес подолання монетарної бідності та порушують принцип соціальної справедливості.** Сьогодні система державної соціальної підтримки практично не здійснює впливу на масштаби бідності внаслідок низки причин, основними серед яких є: відсутність чіткої орієнтації соціальних програм на контингент бідного населення; неврахування нужденності сім'ї при наданні соціальних пільг та більшості соціальних виплат, що є наслідком застосування переважно категорійного підходу (право на допомогу витікає з факту належності до певної категорії) замість адресного (який передбачає розгляд кожної конкретної сім'ї); невідповідність офіційних та реальних доходів претендентів на адресні види допомоги; низка проблем методично-організаційного забезпечення. Внаслідок цього кошти соціальних програм розпорошуються на значне число реципієнтів<sup>12</sup>, а до бідних доходять їх незначна частина<sup>13</sup>. Навіть кошти адресних програм в більшості надходять до небідних верств населення, особливо в частині житлових субсидій. Такий розподіл бюджетних коштів на соціальну підтримку не сприяє зменшенню нерівності та бідності в суспільстві, порушуючи тим самим принцип соціальної справедливості.

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ**

Бідність як комплексна проблема торкається практично всіх сфер життєдіяльності суспільства, отже для її пом'якшення та часткового вирішення необхідне створення особливих умов розвитку економічного, екологічного та соціального середовища. За сприятливих економічних подій відбувається зменшення масштабів абсолютної бідності та з'являються додаткові фінансові можливості державного впливу на немонетарні складові формування бідності. Натомість, в ситуації економічної кризи чи стагнації, коли відбувається вичерпання всіх фінансових резервів, основний акцент політики переходить у площину розподільчих

<sup>12</sup> 57% домогосподарств є реципієнтами хоча б однієї програми соціальної підтримки

<sup>13</sup> До 30% найбідніших традиційно потрапляє менше 50% коштів програм соціальної підтримки



процесів та залучення всіх суб'єктів громадянського суспільства до розв'язання проблеми бідності.

**Зміна принципів та механізмів розподілу доходів.** Основна ідея полягає у переорієнтуванні системи оподаткування в напрямку перерозподілу доходів від найбільш забезпечених до бідних верств населення, пом'якшивши тим самим навантаження на середньодоходні групи. Задля реалізації цього завдання необхідне сприяння поетапному висвітленню доходів (як через систему індикативної заробітної плати, так і шляхом кращого адміністрування доходів з нетрудових джерел). Основною метою системи розподілу доходів має стати не розвиток економіки, а розвиток людини. Наприклад, пільгове оподаткування чи субсидування має застосовуватися виключно до тих галузей чи підприємств, які здатні вирішувати конкретні проблеми: значне збільшення кількості робочих місць в депресивному регіоні, вироблення суспільно необхідної на даному етапі та на даній території продукції, зниження ціни на соціально значимі продукти чи послуги, тощо.

**Зменшення масштабів дитячої бідності.** Для виконання цього завдання основний акцент має бути переведено у площину оплати праці. Необхідним є поетапне підвищення стандартів оплати праці шляхом випереджаючого (порівняно з іншими державними гарантіями) зростання мінімальної заробітної плати (із обґрунтуванням більш високої вартості робочої сили). З метою розширення можливостей батьків для фінансового забезпечення сім'ї слід особливу увагу приділити масштабному впровадженню гнучкого графіку роботи, особливо для матерів з малолітніми дітьми. З іншого боку, необхідно надавати можливість матері для своєчасного чи дострокового виходу на роботу після декретної відпустки шляхом підвищення доступності місць у дошкільних закладах. Подолання немонетарних аспектів дитячої бідності сприятиме поширенню безоплатних послуг для розвитку дитини на всіх етапах її становлення (за рахунок багатоканального фінансування). Також необхідно забезпечити розв'язання проблем бідності вразливих категорій дітей (своєчасне виявлення, облік та проведення соціального інспектування та супроводження, надання комплексної допомоги сім'ям з дітьми з метою попередження виникнення кризових ситуацій, проведення постійного моніторингу становища дітей, які тривалий час перебувають в складних життєвих обставинах тощо). Необхідно забезпечити можливість надання об'єктивної оцінки масштабів безпритульності (шляхом налагодження збору даних офіційної статистики). Для зменшення масштабів бідності дітей з обмеженими можливостями необхідним є реалізація заходів, спрямованих не тільки на підвищення рівня їх життя, але і на подолання бар'єрів на шляху їх соціального залучення та самореалізації. Також важливим є подолати проблеми недостатньої адресації допомоги впродовж останніх років, у тому числі шляхом розроблення механізмів перевірки на сімейну нужденність).

**Розширення доступу до послуг соціальної сфери для сільських мешканців.** Необхідним є перенесення акцентів з фінансування соціальної сфери (інфраструктурних об'єктів та заробітної плати персоналу) на забезпечення доступності базових послуг для всіх верств населення, незалежно від рівня доходів та місця проживання. В умовах обмежених бюджетних можливостей та посилення деградації сільської соціальної інфраструктури це стає практично нездійсненним завданням. Проте, розробка схеми доступності послуг на основі дотримання балансу між соціальною справедливістю та економічною ефективністю, з залученням багатоканального фінансування, могла б дати певні результати на короткостроковий період. Започаткована реформа охорони здоров'я, яка насамперед торкнулася сільських населених пунктів, сьогодні має бути оцінена з точки зору доступності послуг різного рівня для різних верств населення. У випадку негативної оцінки необхідно здійснити корегування реформи, зокрема, для підвищення доступності та якості послуг зберегти базові заклади та обладнання шляхом більш ефективного розподілу бюджетних коштів та сприяння залученню фінансів від приватних осіб, громади та бізнесу. Крім того, реформування системи розподілу міжбюджетних трансфертів вирівнювання на основі єдиних

стандартів надання соціальних послуг сприятиме зменшенню територіальної диференціації за показниками немонетарної бідності.

**Підвищення ефективності системи державної соціальної підтримки населення та її впливу на бідність.** Основним завданням є переорієнтація системи соціальної підтримки з допомоги всім вразливим чи неконкурентним верствам на допомогу найбільш бідним. В цьому контексті необхідно забезпечити кращу адресацію соціальної допомоги бідним верствам через вдосконалення законодавчого, методичного та технічного забезпечення системи державної соціальної підтримки. При такому підході буде забезпечуватися вища ефективність розподілу бюджетних коштів на соціальні цілі, і відповідно можливість збільшення розмірів соціальних трансфертів в межах діючого фінансування.

В сучасних умовах, коли відбувається загострення складних соціальних проблем на фоні фінансової неспроможності їх ефективного розв'язання, виникає необхідність нового підходу до питання розподілу відповідальності. Сьогодні необхідно говорити про розподіл відповідальності, в тому числі фінансової, між всіма суб'єктами громадянського суспільства (державою, бізнесом, громадою та індивідуумом) в частині забезпечення рівного доступу до якісних послуг соціальної сфери, дотримання принципів соціальної справедливості в розподілі коштів на соціальну підтримку, забезпечення особливих умов для розвитку соціально вразливих верств населення.

## ЦІЛЬ 2. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКІСНОЇ ОСВІТИ ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ

Доступність якісної освіти відповідно є передумовою інноваційного розвитку економіки та сталого суспільного розвитку. Актуальним завданням є гармонізація професійної освіти та ринку праці, насамперед модернізація напрямів підготовки фахівців для потреб економіки. Обмеженість «ресурсів розвитку» обумовлює необхідність більш повного використання внутрішнього потенціалу освітньої системи з метою осучаснення змісту освіти, пошуку і впровадження нових форм передачі знань, удосконалення навчально-виховного процесу.

### ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

Завдання	Індикатори
<b>Завдання 2.А:</b> Підвищити рівень охоплення освітою	2.1. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей 3–5 років, які проживають у міських поселеннях, % 2.2. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей 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 від 17 до 22 років, % 2.5. Сукупний валовий показник кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили свою кваліфікацію, тис. осіб
<b>Завдання 2.В:</b> Підвищити якість освіти	2.6. Кількість ЗНЗ, які мають підключення до Інтернету, %

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	010	011	012	015
<b>Індикатор 2.1.</b> Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей 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	7,5	7,6	3,0*	<b>5,0</b>
<b>Індикатор 2.2.</b> Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей 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	9,7	3,2	7,6*	<b>0,0</b>
<b>Індикатор 2.3.</b> 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	7,3	8,8	9,5	<b>99,9</b>
<b>Індикатор 2.4.</b> Чистий показник охоплення вищою освітою осіб віком від 17 до 22 років, %													
31,5	32,5	34,8	35,0	37,2	41,8	44,1	45,4	46,3	46,9	7,0	5,9	5,7	<b>56,0</b>
<b>Індикатор 2.5.</b> Сукупний валовий показник кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили свою кваліфікацію, тис. осіб													
-	158	-	167	188	193	193	197	293	224,5	49,4	64		<b>320</b>
<b>Індикатор 2.6.</b> Кількість ЗНЗ, які мають підключення до Інтернету, %**													
-	-	-	-	-	-	-	-	42	43	57	69,1	6,4	<b>0</b>

\* – дані Держстату (попередні);

\*\* – до 2008 року дані відсутні.

На шляху досягнення цілі за останні роки вдосконалено законодавство України стосовно дошкільної і загальної середньої освіти, зокрема, запроваджено обов'язковість дошкільної освіти для дітей старшого дошкільного віку, встановлено 11-річний термін навчання для

здобуття повної загальної середньої освіти, затверджено нові державні стандарти дошкільної та загальної середньої освіти, Положення про освітній округ, Положення про загальноосвітній навчальний заклад, Порядок організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах, Положення про дистанційне навчання, розроблено Концепцію літературної освіти, Концепцію розвитку інклюзивної освіти тощо. Вагомим надбанням України є приведення законодавчої та нормативно-правової бази про загальну середню освіту стосовно дітей з особливими освітніми потребами до міжнародних норм, Конвенції ООН про права дитини. У 2012 році три українські університети увійшли до міжнародного рейтингу університетів світу QS World University Rankings.

Україні вдається зберігати досить високі показники в освітній сфері (писемність населення, охоплення повною загальною середньою та вищою освітою). Протягом останніх років вдалося розширити напрями освітньої політики та удосконалити механізми її втілення, зокрема через впровадження низки державних цільових програм для різних рівнів освіти. Наразі не існує жодних гендерних обмежень у доступі до всіх рівнів освіти, навіть серед населення, охопленого вищою освітою, існує гендерний дисбаланс на користь жінок.

Серед нещодавніх здобутків сфери освіти: створення нового покоління освітніх стандартів; затвердження Національної рамки кваліфікацій; удосконалення механізму державного замовлення на підготовку фахівців та перепідготовку кадрів; модернізація профілів та напрямів професійної підготовки; активізація впровадження інноваційних освітніх технологій; відновлення розвитку позашкільної освіти; розвиток державно-громадського управління освітою; осучаснення системи моніторингу, поєднання імідж-інформаційної політики ВНЗ тощо.

Однак на загальному фоні багатьох позитивних змін залишаються актуальними питання щодо подолання міжпоселенських диспропорцій у доступі до якісних освітніх послуг, гармонізації професійної освіти та ринку праці, впровадження нових технологій формування бюджету системи освіти, використання економічних регуляторів та стимулів для заохочення ініціатив у освітній сфері.

У червні 2013 року Указом Президента затверджено Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 року, метою якої визначено: підвищення доступності якісної, конкурентоспроможної освіти відповідно до вимог інноваційного сталого розвитку суспільства, економіки та забезпечення особистісного розвитку людини згідно з її індивідуальними здібностями, потребами на основі навчання протягом життя. Національна стратегія визначає основні напрями розвитку освіти, відповідно до яких розроблятимуться плани заходів.

## **СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ**

Збільшення рівня охоплення освітою дітей 3–5 років відбулося завдяки таким системним заходам: у 2010 році на законодавчому рівні прийнято рішення про обов'язковість дошкільної освіти дітей старшого дошкільного віку, а у 2011 році було затверджено Державну цільову соціальну програму розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року. На сьогодні у сфері дошкільної освіти здійснено помітні кроки для покращення якості та осучаснення її змісту: затверджено програму розвитку дітей старшого дошкільного віку «Впевнений старт»; врегульовано актуальні питання функціонування ДНЗ;<sup>14</sup> прийнято нову редакцію Базового компоненту дошкільної освіти. Впроваджуються інновації різноманітного характеру, у тому числі оздоровчі технології дошкільнят, системи електронної реєстрації до дитячих садків, нові форми роботи з батьківською громадськістю, поширення найкращого досвіду засобами педагогічної преси.

<sup>14</sup> Наприклад, про здійснення контролю за організацією харчування, налагодження фізкультурно-оздоровчої роботи, поліпшення медичного обслуговування дошкільнят, ведення ділової документації та атестації ДНЗ.

З метою збільшення рівня охоплення дітей дошкільною освітою розширено форми її здобуття,<sup>15</sup> скорочено чисельність першокласників, які розпочинають навчання у приміщеннях ДНЗ. Однак внаслідок зростання загальної чисельності дітей дошкільного віку в Україні завантаженість дитсадків щороку невідмінно збільшується. На сьогодні у 60,7% ДНЗ чисельність вихованців перевищує кількість наявних місць.

У 2012 році чисельність дітей віком 1–6 років у закладах у розрахунку на 100 місць в середньому по Україні вже становила 119 дітей (2011 рік – 116 дітей), а у міських поселеннях – 129 дітей (2011 рік – 126 дітей). Ця проблема залишається вкрай актуальною для більшості великих міст України, насамперед західних областей.<sup>16</sup>

Хоча за останні два роки мережа дошкільної освіти поповнилася на 768 закладів (за рахунок відновлення будівель, виселення орендарів, виграних судів, переміщення державних установ, введення в експлуатацію 27 нових споруд тощо), ще багато будівель дошкільної мережі використовується не за призначенням. Дитсадки приватної форми власності користуються попитом серед заможних верств населення, однак їх кількість досить незначна (305 закладів, або 1,9% до загальної кількості ДНЗ), та й розташовані вони майже всі у містах.

За даними Обстеження умов життя домогосподарств України,<sup>17</sup> у 2011 році серед сільських домогосподарств з дітьми, 14,7% – потерпали від відсутності ДНЗ (серед міських домогосподарств з дітьми таких було лише 4,1%). Причому серед сільських сімей з однією дитиною, позбавлених можливості доступу до цих послуг, було 10,6%, з двома дітьми – 19,3%, а вже серед багатодітних – 23,9%. Однак обмеженість доступу населення до послуг дошкільної освіти зумовлена й фінансовою неспроможністю домогосподарств. Так, для 16,6% дітей, які не відвідують ДНЗ, основною причиною є нестача коштів на оплату послуг закладу батьками. Інші причини (відсутність вільних місць, неприйнятність графіку роботи закладу або віддаленість його розташування від місця проживання) мають другорядне значення.<sup>18</sup>

Прогрес у напрямі охоплення дітей повною загальною середньою освітою забезпечено завдяки гарантуванню державою (з перших років незалежності) обов'язковості та безоплатності повної загальної середньої освіти. Крім того, в Україні диверсифіковані джерела її здобуття у різних типах навчальних закладів. Після закінчення основної школи молодь може продовжувати подальше навчання у ЗНЗ (денних або вечірніх), ПТНЗ чи ВНЗ.

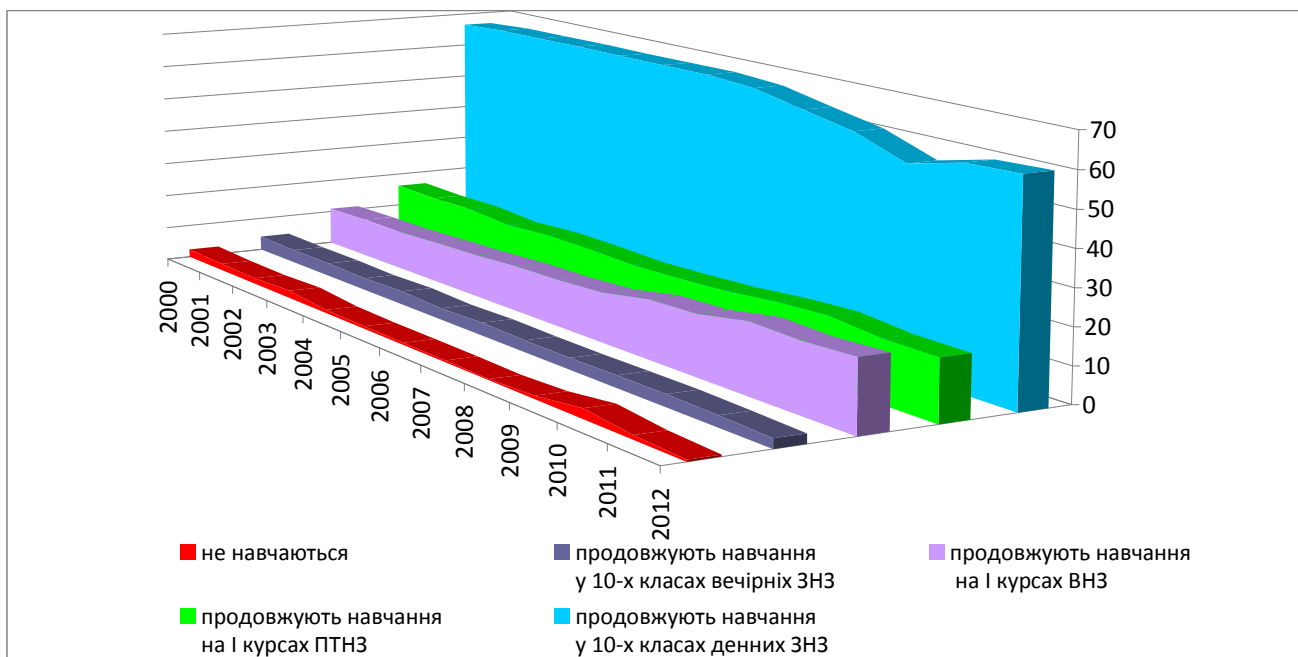
---

<sup>15</sup> Створені групи при школах, центрах розвитку дітей; організовано роботу навчально-виховних комплексів, консультативних пунктів для батьків; запроваджено різні форми соціально-педагогічного патронату.

<sup>16</sup> Так, у Тернополі на 100 місцях виховується 176 дітей, у Львові – 166, Ужгороді – 165.

<sup>17</sup> Проводиться на постійній основі Держстатом.

<sup>18</sup> Сталый людський розвиток: забезпечення справедливості: Національна доповідь / кер. авт. колективу Е.М.Лібанова. – К. : Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В.Птухи, 2012. – С. 180, 236–237.

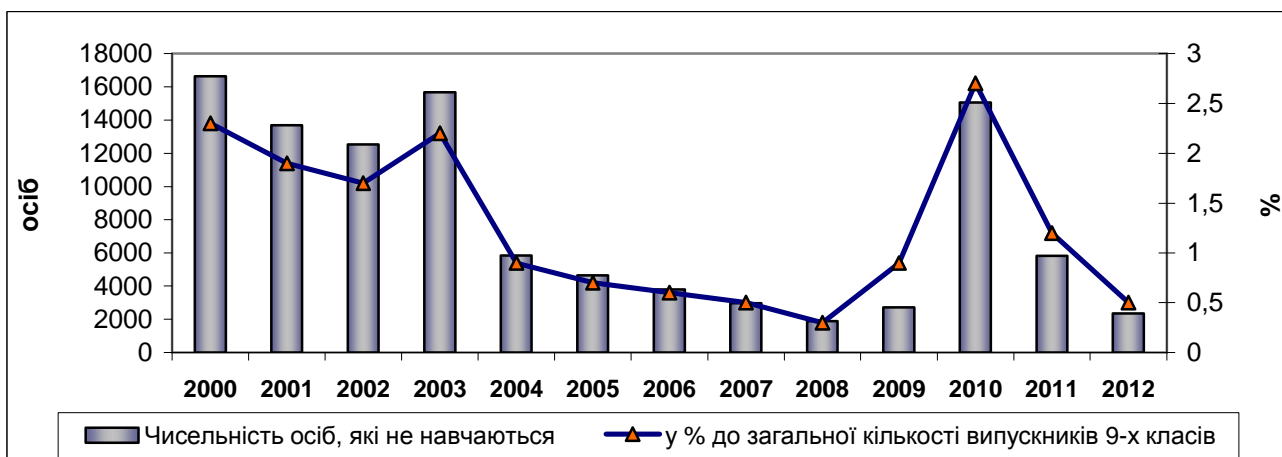


**Рис. 3.2.1. Розподіл випускників 9-х класів ЗНЗ за видами подальшої освітньої підготовки, %**

Джерело: за даними Держстату.

Наразі посилюється тенденція щодо одночасного здобуття молоддю повної загальної середньої освіти та професії/кваліфікації (рис. 3.2.1). Якщо у 2000 році після закінчення 9-го класу 16,2% учнів поступали до ПТНЗ, а 10,9% – до ВНЗ, то у 2012 році – 16,8% та 19,7% відповідно. Тому зменшується частка школярів, які залишаються навчатися у старших класах денних шкіл (2000 рік – 66,5%; 2012 рік – 60,4%) та вечірніх школах (4,1% та 2,6% відповідно).

Загальновизнано, що здобуття повної загальної середньої освіти підвищує подальшу трудову мобільність індивіда. При цьому вимоги до рівня освіти (навіть для низькооплачуваних професій) постійно зростають. Тому нестабільність значень показника «Випускники 9-х класів, які не продовжили навчання після здобуття базової середньої освіти» протягом останніх 12 років (рис. 3.2.2) вказує на серйозну «приховану» проблему.



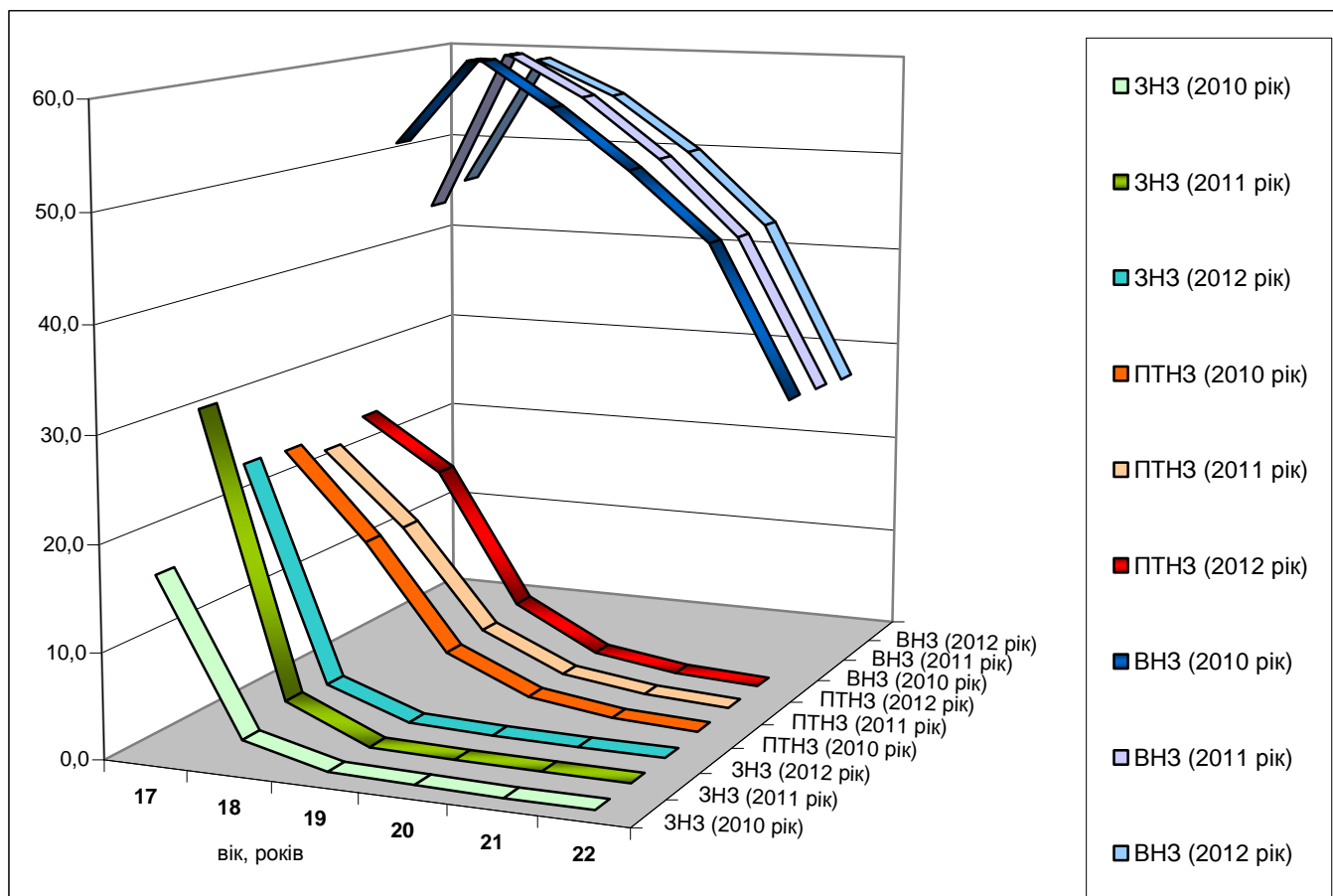
**Рис. 3.2.2. Випускники 9-х класів, які не продовжили навчання після здобуття базової середньої освіти**

Джерело: за даними Держстату.

Спад інтересу до здобуття більш високого освітнього рівня, насамперед серед учнів із низькодохідних та соціально неблагополучних сімей, посилює загрозу такого небезпечного явища для соціуму, як поширення й закріплення «культури бідності». Розподіл підлітків віком

15–17 років, які ніде не навчаються,<sup>19</sup> свідчить про постійне переважання у їх складі жителів міських поселень (2003 рік – 59,6%; 2012 рік – 55,9%), а за статтю – хлопців (54,1% та 53,7% відповідно).

Відсутність прогресу за показником охоплення вищою освітою осіб віком від 17 до 22 років зумовлює коригування його цільового значення.<sup>20</sup> При цьому слід взяти до уваги структурні зрушення у чисельності учнівських і студентських контингентів відповідного віку (рис. 3.2.3). Перехід на 11-річний термін шкільного навчання позначився на збільшенні частки 17-річних дітей серед учнів ЗНЗ<sup>21</sup>: 2010 рік – 17,0%; 2011 рік – 30,8%; 2012 рік – 24,1%. Також зросла питома вага 18-річних старшокласників (2,6%, 4,0%, 3,5% відповідно). Збільшується залучення молоді до професійно-технічної освіти: у 2012 році серед населення віком 17 років питома вага учнів ПТНЗ становила 24,2%, віком 18 років – 19,1%. Отже незначне зниження рівня охоплення молоді вищою освітою відбулося за рахунок скорочення студентського контингенту віком 17–18 років (насамперед ВНЗ III–IV рівнів акредитації). Рівень охоплення вищою освітою молоді віком від 19 до 22 років залишається доволі стабільним.



**Рис. 3.2.3. Рівень охоплення молоді освітою\*, %**

Примітка: \* чисельність учнів ЗНЗ, ПТНЗ та студентів ВНЗ у відсотках до загальної чисельності осіб відповідного віку.

Джерело: за даними Держстату.

В цілому динаміка показників залучення молоді до вищої освіти свідчить про збереження її доступності, у тому числі завдяки розширенню державного фінансування, соціальної підтримки та усуненню суттєвих інституційних перешкод для її здобуття. Важливим напрямом освітньої політики у цьому контексті є покращання об'єктивності, відкритості і

<sup>19</sup> Без дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку.

<sup>20</sup> Треба визнати, що очікування при плануванні значення індикатора 2.4 на 2015 рік були завищені.

<sup>21</sup> Без учнів, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку.

прозорості вступної кампанії, удосконалення системи довузівської підготовки молоді, її профорієнтації на здобуття вищої освіти.

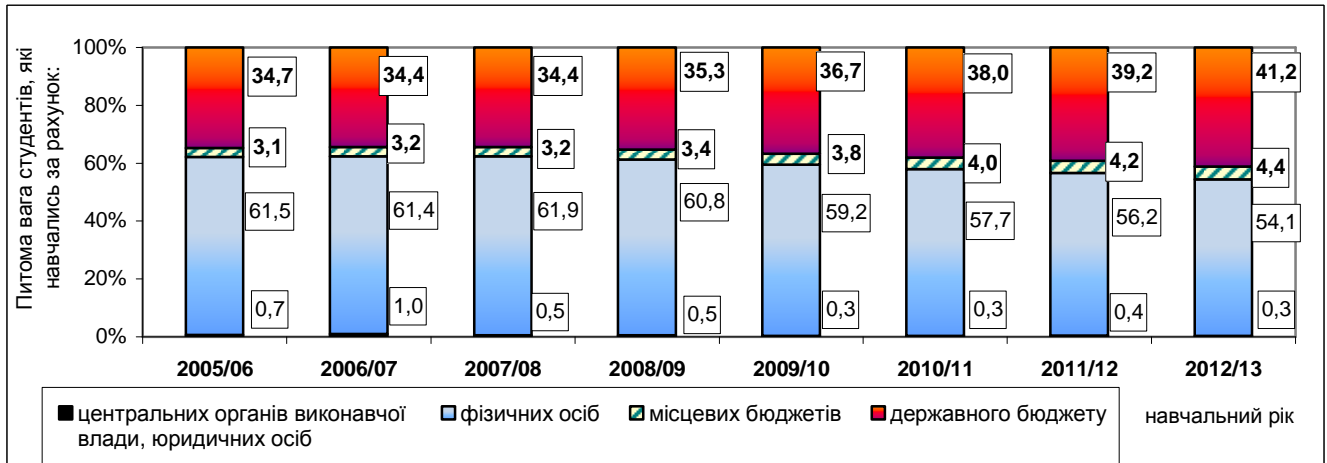


Рис. 3.2.4. Джерела фінансування навчання студентів у ВНЗ, %

Джерело: за даними Держстату.

Протягом останніх років збільшується частка студентів, які навчаються за рахунок державного та місцевих бюджетів: 2006 рік – 37,8%, 2012 рік – 45,6% (рис. 3.2.4).

У 2012 році вже більше половини загальної кількості студентів (53,2%) було прийнято на початковий цикл навчання за кошти державного та місцевих бюджетів. При цьому в Україні збережено право на пільгове зарахування до ВНЗ соціально вразливих категорій громадян.<sup>22</sup> Пільговикам наразі належить 25% бюджетних місць, і ця квота є обов'язковою для кожної спеціальності всіх державних ВНЗ. Попри існуючі уявлення, вступ до ВНЗ для сільської молоді в Україні є не менш доступним, ніж для міської. Сільські жителі мають можливість вибору як майбутньої професії, так і навчального закладу.<sup>23</sup>

Також забезпечується безперервність переходу між середньою і вищою школами (табл. 3.2.1): переважна більшість учнів стають студентами ВНЗ одразу після закінчення школи (2012 рік – 71,1%).

Таблиця 3.2.1

Зарахування до ВНЗ випускників шкіл у 2005 та 2012 роках\*, %

	Зараховано до ВНЗ:					
	I–II рівнів акредитації		III–IV рівнів акредитації		I–IV рівнів акредитації	
	2005	2012	2005	2012	2005	2012
<b>Усього прийнято</b> на початковий цикл навчання після закінчення школи, у тому числі:	77,6	78,3	70,6	68,9	72,4	71,1
– після закінчення основної школи зі свідоцтвом про базову загальну середню освіту	37,6	53,3	5,3	11,8	13,5	21,2
– після закінчення старшої школи з атестатом про повну загальну середню освіту	40,0	25,0	65,3	57,1	58,9	49,9

Примітка: \* закінчили школу у поточному році.

Джерело: за даними Держстату.

<sup>22</sup> Діти-сироти та позбавлені батьківського піклування, інваліди, діти військових і працівників правоохоронних органів, які загинули при виконанні службових обов'язків, інші категорії.

<sup>23</sup> У тому числі за цільовим направленням згідно з встановленою квотою.



Збільшення кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили свою кваліфікацію, зумовлено не тільки зростаючими потребами економіки знань, змінами на локальних і галузевих ринках праці, а й звуженням бази відтворення трудового потенціалу країни. Вже у найближчі 15 років має помітно скоротитись абсолютна і відносна чисельність осіб допрацездатного і працездатного віку. Особливо прискориться цей процес у 2015–2020 роках, оскільки за межі працездатного віку почнуть виходити найбільш численні покоління.<sup>24</sup>

Розширення можливостей здобуття освіти впродовж життя закладено у Законах України «Про професійний розвиток працівників» та «Про зайнятість населення» (2012 рік). Так, право на отримання ваучера для безкоштовної перекваліфікації передбачено для осіб віком старше 45 років, які мають професійно-технічну або вищу освіту. Також затверджено Порядок підтвердження результатів неформального професійного навчання осіб за робітничими професіями (для громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які постійно проживають в Україні). Ця процедура здійснюється за результатами визначення рівня професійних знань, умінь і навичок особи із застосуванням засобів вимірювання та критеріїв оцінювання.

За ініціативи Президента України 2011 рік було оголошено Роком освіти та інформаційного суспільства. Тому особливу увагу керівництва держави зосереджено на впровадженні інформаційно-комунікативних технологій (ІКТ) у навчальний процес. Треба зазначити, що процес інформатизації середньої ланки освіти в Україні набуває позитивних ознак соціальної відповідальності (зокрема, співпраця з провідним вітчизняним виробником послуг зв'язку компанією «Київстар», відомими світовими корпораціями Microsoft, Intel, Apple, Samsung Electronics та ін.).

Завдяки реалізації державної цільової програми «Сто відсотків» забезпечено позитивні зрушення: у 2012 році підключення до Інтернету мали 76,4% шкіл. Однак цей процес, внаслідок об'єктивних передумов, значно краще відбувається у міських поселеннях. Вже 94,9% денних міських ЗНЗ з'єднані з глобальною мережею, тоді як у сільській місцевості – 67,1% шкіл.

Також позитивний вплив на поліпшення якості освіти мало введення з 2012 року нових освітніх стандартів початкової школи, відповідно до яких вже з другого класу діти будуть обов'язково вивчати предмет «Інформатика», а з першого класу – іноземну мову. Паралельно з цим активна увага приділяється навчанню педагогів основам ІКТ та підвищенню їх кваліфікації з питань використання у навчальному процесі найсучасніших інформаційних технологій. Значно покращилася динаміка співвідношення кількості учнів на один шкільний комп'ютер (2005 рік – 54:1; 2012 рік – 25:1).

Взагалі практику використання ІКТ в організації освітньої діяльності значно розширено. Для дітей громадян України, які проживають за кордоном, з 2007 року працює «Міжнародна українська школа», а дистанційне навчання організовано з учнями 60 країн світу. Започатковано проведення інтернет-олімпіад з різних шкільних дисциплін, інтернет-зборів для батьків майбутніх першокласників, моніторингових досліджень серед учнів тощо.

За результатами TIMSS–2011 українські восьмикласники отримали 479 балів з математики та 501 бал з природничих наук. У порівнянні з 2007 роком Україна покращила свій результат на 17 та 16 балів відповідно, що дозволило піднятися їй у міжнародному рейтингу з 25-го місця на 19-ге з математики та з 19-го на 18-ге з природничих наук<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Сталый людський розвиток: забезпечення справедливості: Національна доповідь / кер. авт. колективу Е.М.Лібанова. – К. : Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В.Птухи, 2012. – С. 158.

<sup>25</sup> Джерело: Прокопенко Н.Тимчасові відповіді на вічні запитання // Дзеркало тижня. Україна. – № 47–48(95–96). – 22 грудня 2012 р. – С. 12.

Підсумовуючи, можна зробити висновок, що прогрес на шляху досягнення цілі є помітним. Позитивною ознакою є не тільки намагання влади модернізувати сферу освіти, а й пожвавлення участі у цьому процесі педагогічної й наукової спільноти, роботодавців, громадських та самоврядних організацій, соціальних партнерів.

## ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Центральною проблемою сфери освіти є недостатня якість освітньої підготовки. Якість «ретрансляції» знань молодим поколінням залежить не тільки від якості праці педагогів. Наразі треба звернути увагу на **невідповідність ресурсної складової системи освіти (матеріально-технічної та навчально-методичної бази) новим вимогам часу**. Не втрачає актуальності питання щодо подолання існуючої диференціації умов навчання у навчальних закладах різних рівнів та видів.

Гострою є проблема із забезпеченням шкіл, насамперед у сільській місцевості, вчителями іноземної мови, інформатики, вчителями предметів з природничого циклу. Наразі немає жодного шкільного предмета, на 100% забезпеченого вчителями з повною вищою освітою. Останніми роками безперервно підвищується частка педагогічних працівників пенсійного віку, які є носіями застарілого досвіду. Рівень забезпечення приладами та обладнанням навчальних кабінетів ЗНЗ є занадто низьким і має значну регіональну диференціацію. Так, рівень забезпечення кабінетів фізики по регіонах коливається у межах 17–40%, кабінетів-лабораторій хімії – 18–49%, кабінетів-лабораторій біології – 14–24%.<sup>26</sup>

Проблемними залишаються питання щодо **відставання в інформатизації та комп'ютеризації шкільної освіти від сучасних вимог**, недостатнього рівня забезпечення закладів, насамперед у сільській місцевості, високошвидкісною мережею Інтернет та ліцензійними програмними засобами. Взагалі проблема «застарілих комп'ютерів та відсутності сучасного Інтернету» визнається як одна з найгостріших проблем сучасної української школи серед керівників освіти різних рівнів.<sup>27</sup>

Найбільш кропіткою процедурою у інформатизації середньої ланки освіти є створення ефективної системи дистанційного навчання дітей з обмеженими можливостями та дітей, які перебувають на довготривалому лікуванні. Це допоможе розв'язати надскладну проблему щодо **розширення інклюзивного навчання**<sup>28</sup> та охоплення шкільною освітою дітей, які не навчаються за станом здоров'я. Адаптація є категорії (насамперед зі складними порушеннями розвитку), навчання яких на державному рівні фактично не організоване. За даними МОН, у 2012 році у ЗНЗ інтегровано 71,5 тис. дітей з особливими потребами. Але чисельність дітей віком 6–18 років, які не здобували повну загальну середню освіту за станом здоров'я, становила 10,9 тис. осіб. Значна частина з них (84,1%) – діти, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку. У 14 тис. школах (73,4% від загальної кількості денних ЗНЗ, без спеціальних шкіл) вже організовано безперешкодний доступ учнів-інвалідів до першого поверху. Однак лише у 63 школах (0,3%) є доступ для цих учнів до другого поверху, та у 18 школах (0,09%) – до третього і наступного поверхів.<sup>29</sup>

Можливі наслідки **оптимізації мережі шкіл**, насамперед малокомплектних сільських, викликають неабиякий суспільний резонанс. У свідомості громадян наслідки оптимізації шкіл

<sup>26</sup> Національна доповідь про стан і перспективи розвитку освіти в Україні / Нац. акад. пед. наук України; за заг. ред. В.Г.Кременя. – К. : Пед. думка, 2011. – 304 с.

<sup>27</sup> Десять найгостріших проблем сучасної української школи / Результати опитування Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України керівників освіти різних рівнів (14.08.2012 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mon.gov.ua/index.php/ua/11476-desyat-najgostrishikh-problem-suchasnoji-ukrajinskoji-shkoli>

<sup>28</sup> З 2012 року у класах з інклюзивним навчанням введено посаду асистента вчителя та розроблено кваліфікаційну характеристику до цієї посади.

<sup>29</sup> Дані Держстату на початок 2012/13 навчального року.

асоціюються зі складною ситуацією у дошкільній освіті – вкрай переповнених дитсадків у містах або повної їх відсутності у деяких сільських поселеннях. Безпосередньо у сільських громадах причин для оптимізму ще менше. Адже в умовах недосконалої системи місцевого самоврядування, вкрай обмеженої інфраструктури соціальних та культурних послуг у сільській місцевості школа залишається чи не єдиним життєздатним соціокультурним центром. Вже зараз наявна мережа сільських ЗНЗ фізично неспроможна забезпечити належне охоплення підлітків повною середньою освітою. У 9 регіонах України кількість денних сільських загальноосвітніх закладів I та I–II ступенів перевищує кількість закладів I–III ступеня (наприклад, у Тернопільській області – у 2,9 разу, Львівській області – 2,4 разу, Закарпатській – 1,8 разу), при цьому на всю країну налічується лише 8 сільських закладів II–III ступеня. З випускників 9-х класів у сільській місцевості продовжують навчання в 10-му класі денних ЗНЗ 55,8%, тоді як у містах – 64,8%.<sup>30</sup>

**Поширення сфери платних послуг не гарантує доступу до якісної освіти, насамперед вищої.** Гострій критиці піддаються і занадто розгалужена мережа вищої школи (у тому числі через функціонування відокремлених структурних підрозділів ВНЗ), і можливість підготовки закладом «широкого спектру» фахівців без урахування свого основного профілю (у тому числі за кошти фізичних осіб). Однак в останні роки основні негативні тенденції було подолано (зокрема, через застосування механізмів «зовнішнього» регламенту – ліцензування та акредитації). Загальна кількість ВНЗ скоротилася протягом 2007–2012 років з 904 до 823 закладів (на 9%), а чисельність студентів, які навчаються у відокремлених структурних підрозділах головних ВНЗ – з 309,5 тис. до 197,5 тис. осіб (на 36%).

**Досить повільно й неефективно відбувається процес гармонізації професійної освіти та ринку праці.** Високий запит на вищу освіту серед молоді протягом останніх десятиліть (у тому числі можливість отримання бажаного фаху на контрактній формі навчання) зумовив не тільки значні деформації у освітньо-професійній структурі населення, а й фактично знизив конкурентоспроможність молодих фахівців на ринку праці. Значна частина дипломованих спеціалістів вимушена займати робочі місця за іншою спеціальністю або іншою кваліфікацією, оскільки основною проблемою сучасного ринку праці є нестача якісних робочих місць з гідними умовами та оплатою праці, особливо для молоді. Ознаками погіршення потенціалу самореалізації людини в майбутньому є рівень безробіття серед молоді (віком 15–24 років), який у 2012 році становив 17,3%, що вдвічі вище, ніж загалом серед населення працездатного віку. У цьому контексті існує нагальна потреба в удосконаленні трудового та освітнього законодавства, оскільки існуючі освітньо-кваліфікаційні рівні (насамперед бакалавра) досить часто «не узгоджуються» із вимогами роботодавців.

**Вставка 3.2.1. Проблеми надлишкової кваліфікації.** В Україні проблема надлишкової кваліфікації посилюється відсутністю необхідних структурних реформ в економіці, що призводить до поглиблення дисбалансу між зростаючим рівнем освіти населення і якістю наявних робочих місць. Протягом 2000–2011 років заклади професійно-технічної освіти підготували 3,2 млн. кваліфікованих робітників, заклади вищої школи – 5 млн. фахівців з базовою і повною вищою освітою. Водночас кількість професіоналів на посадах, які потребують наявності повної вищої освіти, зросла лише на 0,35 млн. осіб, кількість працівників сфери послуг і торгівлі збільшилася на 0,8 млн., а в інших видах діяльності кількість кваліфікованих працівників навіть скоротилася на 1,4 млн. При цьому кількість працюючих за найпростішими професіями зросла на 1,2 млн. осіб. За даними Обстеження економічної активності населення України, у 2011 році 6,6 млн. зайнятих (майже третина загальної кількості зайнятого населення) мали надлишкову кваліфікацію, у тому числі: 3,5 млн. осіб з вищою освітою працювали на посадах клерків або в робітничих професіях; 3,1 млн. осіб з повною середньою освітою працювали у найпростіших професіях.

<sup>30</sup> Дані Держстату на початок 2012/13 навчального року.

**Використовуються «застаріли» технології формування бюджету системи освіти**, в переважній більшості – за нормативною формулою асигнування фінансових ресурсів на освіту, що ігнорує реальне недофінансування попереднього року та не пов'язана з чисельністю учнів та студентів. Внаслідок цього постійно відновлюється процес пріоритетного фінансування тих навчальних закладів, де вартість навчання вища. Так, у привілейованому положенні опинилися спеціалізовані школи (гімназії, ліцеї тощо), де вивчаються додаткові предмети, забезпечується краще співвідношення учнів і викладачів, у класах і кабінетах встановлене сучасне обладнання.

Поки що не затверджений Порядок визначення вартості підготовки кадрів за державним замовленням. Особливою складною проблемою є впровадження принципів бюджетування, що встановлюють чіткий взаємозв'язок між фінансуванням освітнього закладу та якістю його роботи. Система морального та матеріального стимулювання праці вчителів практично не розвинута. Якість освітніх послуг (особливо на рівні дошкільної, середньої та позашкільної освіти) дедалі залежить від обсягу платежів населення (у тому числі неформальних).

Внаслідок недосконалої законодавчої бази щодо диверсифікованості джерел фінансування освіти залишаються обмеженими можливості навчальних закладів до залучення додаткових коштів, використання грантової підтримки дослідних проектів та освітніх інновацій. Серед управлінської, педагогічної та наукової спільнот найбільш складним є питання про надання автономії навчальним закладам, насамперед вищої школи.

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ**

Покращення якості освіти залежить від вирішення комплексу завдань нормативно-правового, фінансово-економічного, організаційного, кадрового та науково-педагогічного характеру.

Гарантія **доступності якісної дошкільної освіти** має підкріплюватися фінансовими механізмами, що спрямовані на прискорений розвиток відповідної інфраструктури, підвищення ефективності функціонування дошкільної освіти, задоволення потреб населення у якісному вихованні дітей, бюджетну підтримку батьків для оплати послуг ДНЗ. У міських поселеннях альтернативою нестачі місць у дитсадках може бути розширення системи гнучкого режиму відвідування та сприяння розвитку приватних та корпоративних закладів дошкільного профілю.<sup>31</sup> У сільській місцевості – створення освітніх округів і сімейних дитсадків. Задля ефективного відновлення мережі дошкільної освіти доцільно ремонт, реконструкцію та спорудження об'єктів ДНЗ включати у програми розвитку регіонів.

Принципово важливого значення набуває **якість шкільної освіти**. Саме у школі починає формуватися «конкурентоспроможне майбутнє» нашої країни, саме від школи багато в чому залежить успішність подальшого професійного навчання молоді. Тому переважна більшість напрямів державної підтримки має зосереджуватися на вирівнюванні матеріально-технічної та навчально-методичної бази міських та сільських шкіл,<sup>32</sup> впровадженні інноваційних освітніх технологій, покращанні якості природничо-математичної освіти, розширенні мережі навчальних закладів нового типу. Актуалізується проблема максимізації цінностей навчальної успішності учнів, особливо серед старшокласників.

<sup>31</sup> МОН вже ініційовано кілька урядових рішень щодо спрощення реєстрації ДНЗ та зменшення терміну розгляду документів в органах освіти. Пропонується також спільно з МОЗ змінити деякі норми, що «стримують» розвиток мережі дошкільної освіти у великих містах.

<sup>32</sup> У тому числі шляхом будівництва та реконструкції приміщень навчальних закладів, проведення своєчасного їх ремонту, забезпечення матеріально-технічних і санітарно-гігієнічних умов для організації навчально-виховного процесу.

**Поліпшення ресурсного забезпечення навчальних закладів** усіх рівнів зумовлює необхідність посилення уваги з боку держави до розвитку вітчизняної індустрії сучасних засобів навчання. При цьому усі заклади мають бути забезпечені ними в обсягах, передбачених державними стандартами освіти.

**Організація якісного профільного навчання** – основна вимога до сучасної моделі старшої школи, оскільки створює найоптимальніші умови для професійного самовизначення учнів. Зважаючи на це, необхідно затвердити Концепцію профільного навчання в старшій школі та удосконалити механізми його фінансування.

Подальший **розвиток державних освітніх інвестицій** має ґрунтуватися не на простому нарощуванні видатків, а на підвищенні їх ефективності. Тому підготовку кваліфікованих робітників та фахівців з вищою освітою за рахунок державного бюджету доречно здійснювати лише у тих закладах, які забезпечують високі стандарти та якість навчання, а розміщувати державне замовлення лише за тими напрямками, де існує дефіцит спеціалістів. У цьому контексті необхідно забезпечити прозорість та об'єктивність вступної кампанії у ПТНЗ та ВНЗ I–II рівнів акредитації, а також вивчити питання щодо можливого об'єднання цих навчальних закладів у одну галузь (доопрацювання проекту закону «Про професійну освіту»).

Більш ефективними важелями впливу на якість вищої освіти мають стати ліцензування та акредитація. Слід також гарантувати об'єктивність і достовірність висновків експертів при проведенні відповідних процедур. Вимога щодо забезпечення практичної спрямованості освітніх програм потребує знаходження шляхів законодавчого врегулювання виробничої практики студентів ВНЗ та учнів ПТНЗ. Гарантування якості вищої освіти має забезпечити прийняття нового Закону України «Про вищу освіту». При цьому розширення академічної, фінансової, організаційної та кадрової автономії вищої школи має розглядатися, насамперед, з огляду на підвищення якості освітніх послуг.

**Прискорена інформатизація сфери освіти**, приєднання навчальних закладів (усіх видів та типів) до високошвидкісної мережі Інтернет, забезпечення їх навчальними комп'ютерними комплексами, а опорних навчальних закладів освітніх округів – мультимедійним обладнанням. Треба розглянути питання щодо можливості своєчасного оновлення застарілого парку комп'ютерної техніки (наприклад, за рахунок розширення фінансової автономії навчальних закладів або через затвердження відповідних нормативів).

Не менш нагальним є активізація процесів щодо створення електронних підручників та енциклопедій навчального призначення, розвитку мережі електронних бібліотек на всіх рівнях освіти. Повноцінна інтеграція вітчизняної освіти у міжнародне освітнє середовище передбачає вільний доступ навчальних закладів до світових інформаційних ресурсів, у тому числі наукових. Тому принципового значення набуває розширення доступу ВНЗ України до контенту інформаційно-наукової системи бази даних «Scopus». Пріоритетність курсу на повномасштабну інформатизацію освіти зумовлює визначення професій, спеціальностей та кваліфікацій з підготовки фахівців для сфери інформаційно-комунікаційних технологій.

**Поширення моделі інклюзивного навчання** передбачає найповніше урахування її різноманітних міждисциплінарних та соціальних аспектів (зокрема, при розробці та затвердженні нових державних санітарних норм і правил утримання навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу). Необхідно активізувати роботу щодо створення безбар'єрного навчального середовища для дітей з особливими потребами, а у найближчій перспективі забезпечити безперешкодний доступ до закладів освіти дітей з обмеженими фізичними можливостями. Ця робота буде більш ефективною, якщо на місцевому рівні до співпраці залучаться громадські організації та соціальні партнери.

Вкрай актуальним залишається розв'язання таких проблем: розробка повноцінного науково-методичного супроводу інклюзивної освіти, із залученням найкращих науковців та фахівців; створення системи дистанційного навчання для дітей з обмеженими можливостями та дітей, які перебувають на довготривалому лікуванні; забезпечення спеціальних навчальних закладів (груп, класів) корекційними комп'ютерними програмами; удосконалення мережі спеціальних навчальних закладів; розширення практики інклюзивного та інтегрованого навчання в дошкільних та позашкільних навчальних закладах.

**Посилення кадрового потенціалу освіти** є важливим завданням у коротко- та середньостроковій перспективі. Потребують комплексного вирішення кадрові проблеми дошкільної та шкільної освіти: підвищення рівня кваліфікації педагогічних працівників; покращання їх гендерного та вікового складу; впровадження ефективних механізмів для стимулювання притоку та «закріплення» молодих кадрів, насамперед у сільській місцевості.

Слід «нарощувати» кадровий потенціал інклюзивної та корекційної освіти, забезпечувати підготовку та своєчасне підвищення кваліфікації вчителів та асистентів учителів для роботи в інклюзивних класах.

Необхідно вдосконалити систему педагогічної освіти, усунути серйозні диспропорції в мережі, структурі та змісті підготовки педагогічних і науково-педагогічних кадрів. Доцільно розширити практику підготовки педагогічних працівників для усіх рівнів освіти за інтегрованими програмами (поєднання спеціальностей або спеціальності та спеціалізації).

Потребує покращання діяльність закладів післядипломної педагогічної освіти, структурних підрозділів ВНЗ, на базі яких здійснюються перепідготовка та підвищення кваліфікації педагогів. З метою удосконалення системи перепідготовки та підвищення кваліфікації педагогічних, науково-педагогічних працівників і керівників навчальних закладів слід розробити стандарти післядипломної педагогічної освіти. Важливим напрямом є удосконалення системи підготовки та підвищення кваліфікації інженерно-педагогічних кадрів професійно-технічної освіти.

**Удосконалення моніторингу у сфері освіти.** Оцінка якості усіх рівнів освіти має здійснюватися на засадах прозорості та відкритості. Якнайшвидше треба запровадити розроблену Національну систему рейтингового оцінювання ЗНЗ та щорічно оприлюднювати результати рейтингу шкіл на офіційному сайті МОН. На часі також розробка критеріїв оцінювання якості та результативності виховної діяльності навчальних закладів. На державному рівні необхідно посилити увагу щодо значного розширення участі України у міжнародних порівняльних дослідженнях якості освіти (насамперед TIMSS, PISA, PIRLS).

Нагальним є створення ефективної системи зовнішнього і внутрішнього оцінювання якості вищої освіти. Така система має вибудовуватися з урахуванням європейських стандартів і рекомендацій, а її результатом має стати створення Національної агенції із забезпечення якості вищої освіти та її членство в Європейській мережі із забезпечення якості вищої освіти.

Наразі на глобальному (наднаціональному) рівні розширюється практика ранжування сфери вищої освіти, відбувається інституалізація цієї діяльності. Це ставить на порядку денному питання щодо входження провідних українських університетів в найближчій перспективі до основних міжнародних рейтингів найкращих університетів світу. І це буде вагомим кроком для підвищення конкурентоспроможності національної системи освіти.

**Активізація соціального партнерства у сфері освіти** необхідна з огляду на незадовільні темпи розвитку єдиного інформаційного простору освіти (впровадження сучасних освітніх технологій у навчальний процес, створення дієвої системи розповсюдження різноманітних освітніх інновацій, використання потенціалу потужних науково-освітніх центрів та ін.).

Іншим важливим напрямом є **налагодження результативного міжсекторального партнерства** щодо гармонізації діяльності освітньої сфери та ринку праці, визначення обсягів і напрямів перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів, удосконалення процедур прогнозування розвитку професійної освіти. У зв'язку з цим потребує затвердження Стратегія розвитку національної системи кваліфікації на період до 2020 року. Доцільно також розширити практику залучення об'єднань роботодавців до участі у розробці законодавчих та інших нормативно-правових актів з питань професійної освіти.

**Подальше поглиблення міжнародного співробітництва** диктується необхідністю посилення конкурентоспроможності вітчизняної системи освіти в глобальному освітньому просторі. Необхідно не тільки розширювати практику освітніх і наукових обмінів, стажування та навчання за кордоном учнів, студентів, педагогічних і науково-педагогічних працівників, а й терміново удосконалити відповідні фінансові механізми задля можливості своєчасного проходження такого навчання.

Удосконалення договірної бази міжнародного партнерства через збільшення кількості укладених з іншими державами міжурядових та міжвідомчих угод про співробітництво в галузі освіти і науки має супроводжуватись активною реалізацією усіх запланованих заходів та обов'язковим звітуванням перед громадськістю щодо основних результатів з цих напрямів роботи. Збільшення кількості іноземних студентів треба розглядати не тільки як перспективні інвестиції у вищу освіту, а й у розвиток національної економіки. Разом з цим, невирішеними залишаються питання щодо гарантування належної якості освіти, «повне» визнання українських дипломів на міжнародному рівні. Необхідно розширити представництво відповідних вітчизняних структур з міжнародної освіти в інших країнах для поживлення рекламно-інформаційної роботи та провадження порядку набору іноземців на навчання в Україні (у тому числі для навчання у ПТНЗ). Перевагами для здобуття освіти в Україні іноземними громадянами має бути не тільки прийнятна вартість навчання, «географічна» привабливість країни, можливість отримання державних стипендій, толерантне ставлення з боку суспільства, а й висока якість освітньої підготовки.

## ЦІЛЬ 3: ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ

Протягом останнього десятиліття країні вдалося досягти певного прогресу у формуванні основних складових інституційного забезпечення гендерної рівності. Про це свідчить приведення вітчизняної законодавчої бази у відповідність до вимог засадничих міжнародних документів, створення спеціальних уповноважених органів та розвиток потужного сектору недержавних організацій, діяльність яких спрямована на протидію гендерній нерівності. Проте досягнення значень цільових показників до 2015 року є нереальним, а досягнення цілі щодо забезпечення гендерної рівності у широкому сенсі є можливим лише за умови посилення політичної волі.

### 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. (або навпаки) 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 до середнього рівня заробітної плати чоловіків, %

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
<b>Індикатор 3.1.</b> 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	30/70
<b>Індикатор 3.2.</b> Гендерне співвідношення серед депутатів місцевих органів влади, чис.жін./чис.чол. (або навпаки)													
42/58	42/58	42/58	42/58	42/58	42/58	35/65	35/65	37/63	37/63	37/63	44/56	...	50/50
<b>Індикатор 3.3.</b> 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	30/70
<b>Індикатор 3.4.</b> Співвідношення середнього рівня заробітної плати жінок до 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	86

Гендерна нерівність, тобто нерівність за ознакою статі, в тій чи іншій мірі притаманна всім суспільствам, незалежно від рівня соціально-економічного розвитку, державного ладу або політичного устрою країни. На глобальному рівні нерівні можливості реалізації жінок і чоловіків простежуються в різних сферах життя - в доступі до економічних ресурсів та управлінських повноважень, у становищі на ринку праці та сфері політичної участі; в окремих регіонах світу не втрачає значення проблема нерівного доступу до освітніх можливостей або систем охорони здоров'я. Специфіка ж вітчизняних гендерних проблем зумовлюється тим, що, незважаючи на високі освітні здобутки та досить високі рівні економічної активності та зайнятості українських жінок, вони стикаються з бар'єрами при просуванні на керівні посади, несуттєво представлені серед високопосадовців та отримують нижчу заробітну плату порівняно з чоловіками.

Взявши на себе зобов'язання щодо вирішення гендерних проблем у відповідності до Цілей розвитку тисячоліття, Україна поставила перед собою ряд завдань, виконання яких безпосередньо пов'язано з усуненням зазначених проявів нерівності жінок і чоловіків. Зокрема,



національні завдання гендерного розвитку зосереджені на забезпеченні паритетного представництва жінок і чоловіків у виборчих органах влади та сфері державного управління, а також скороченні гендерної нерівності в рівні оплати праці. Дані завдання відображені в системі індикаторів, що характеризують участь жінок і чоловіків у представницьких органах влади різного рівня – в національному парламенті та на рівні місцевого управління, на вищих посадах державної служби (серед керівників 1–2 категорій), а також гендерне співвідношення середньої заробітної плати в економіці країни.

## СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Досягнення гендерного паритету в представницьких органах влади та у сфері державного управління залишається одним з найбільш актуальних завдань для України, оскільки саме за цим показником країна найпомітніше поступається розвиненим державам. Хоча в 2012 році відбулось незначне зростання участі жінок у складі народних депутатів України VII скликання (42 жінки серед 445 депутатів), завдяки чому значення індикатора зросло до 9,4%, чинний рівень паритетного представництва жінок і чоловіків у Верховній Раді залишається вкрай віддаленим від цільового значення, встановленого на 2015 рік (не менше 30% тієї чи іншої статі). Можна з впевненістю стверджувати й про неможливість досягнення проміжного цільового показника на 2013 рік (25%:75%) без зміни загальних підходів до реалізації політичного процесу в державі, зокрема застосування принципу паритетного представництва жінок і чоловіків при формуванні партійних списків. На жаль, законопроекти щодо внесення відповідних змін до виборчого законодавства досі не тримали підтримки народних депутатів, хоча неодноразово подавалися на розгляд Верховної Ради України.

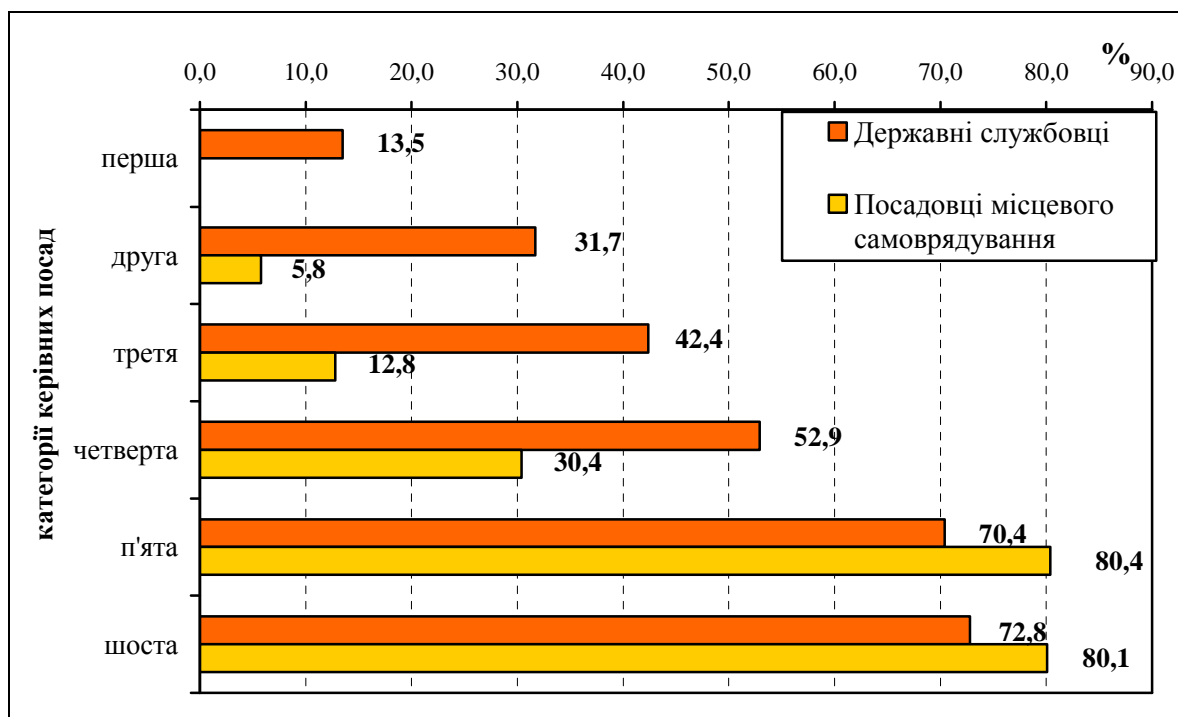
Ситуація з досягненням даного завдання виглядає ще більш несприятливою у порівнянні з глобальною тенденцією до розширення представництва жінок в національних парламентах інших країн: на кінець 2012 року жінки посідали в середньому 20,4% парламентських місць в країнах світу, а той час як у скандинавському регіоні цей показник сягнув 42%, і навіть в арабських державах впритул наблизився до 15%. Необхідно наголосити, що за часткою жінок у складі народних депутатів Верховної Ради Україна поступається всім без виключення країнам пострадянського простору<sup>33</sup>. Таким чином, за умови відсутності радикальних змін у політичній сфері, країна віддалятиметься все далі від сучасних стандартів гендерної демократії, що матиме вагомим значення для її міжнародного іміджу, виступатиме обмежуючим чинником євроінтеграційних прагнень держави.

Привід для певного оптимізму надає ситуація на місцях, де вища частка жінок серед депутатів місцевих рад засвідчує наявність потенціалу для гідного представництва жіноцтва серед народних обранців й на національному рівні. Згідно даних Міністерства соціальної політики України, в 2012 році жінки становили 12% депутатів обласних рад, 23% депутатів районних рад, 28% депутатів міських рад, 51% депутатів сільських рад та 46% депутатів селищних рад. Однак залежність між рівнем повноважень ради та її гендерним складом залишається очевидною: традиційно жінки значно краще представлені у представницьких органах нижчих рівнів, зокрема серед депутатів сільських та селищних рад. Ключовими факторами більшої доступності цих виборчих посад для жінок є наближеність до місцевих громад, що забезпечує можливість вищої електоральної підтримки завдяки кращій обізнаності виборців про їх досвід, попередню діяльність та програмні лозунги висуванців, менші фінансові витрати на реалізацію виборчих кампаній на місцях. З іншого боку, вужча сфера повноважень та менші обсяги ресурсів, що перебувають в адмініструванні місцевих рад, визначають передумови для менш гострої електоральної боротьби порівняно з дією тих бар'єрів, що перешкоджають просуванню жінок на загальнодержавні управлінські рівні.

<sup>33</sup> На кінець 2012 року частка жінок в національних парламентах країн регіону складала: Білорусь – 26,6%, Литва – 24,5%, Казахстан – 24,3%, Киргизія – 23,3%, Латвія – 23,0%, Узбекистан – 22%, Естонія – 20,8%, Молдова – 19,8%, Таджикистан – 19,0%, Туркменістан – 16,8%, Азербайджан – 16,0%, Російська Федерація – 13,6%, Грузія – 12%, Вірменія – 10,7%.

Хоча загалом вітчизняну систему державного управління можна охарактеризувати як «фемінізовану» сферу зайнятості, оскільки саме жінки формують понад три чверті сукупного складу державних службовців (відповідно 76,8% на кінець 2012 року). Однак їх чисельна перевага формується переважно за рахунок посадовців нижчих управлінських рівнів: хоча жінки становлять понад дві третини керівників п'ятої та шостої категорії, із просуванням на посади вищого рівня їх частка стрімко зменшується (рис. 3.3.1). Серед керівників першої категорії, тобто саме тих високопосадовців, які відповідають за прийняття рішень загальнодержавного значення, жінки становлять лише 13,5%. Зокрема, за підсумками 2012 року, у складі Кабінету Міністрів України лише дві жінки очолювали Міністерства (Міністерство соціальної політики та Міністерство охорони здоров'я), одна жінка посідала посаду першого заступника міністра (Міністерство юстиції), ще одна жінка – посаду заступника міністра (Міністерство соціальної політики). Жінка також посідала посаду першого заступника Глави Адміністрації Президента України.

Обмежені можливості доступу жінок до вищих управлінських посад, що узагальнюються в міжнародних дослідженнях в рамках поняття «скляна стеля»<sup>34</sup>, чітко простежується й серед посадовців органів місцевого самоврядування України: якщо в 2012 році жінки обіймали до 80% посад керівників п'ятої та шостої категорії, то серед керівників другої категорії їх частка становила лише 5,8% (рис. 3.3.1).



**Рис. 3.3.1. Представництво жінок в органах управління України за категоріями керівних посад, кінець 2012 року (% до загальної кількості посадовців відповідної категорії)**

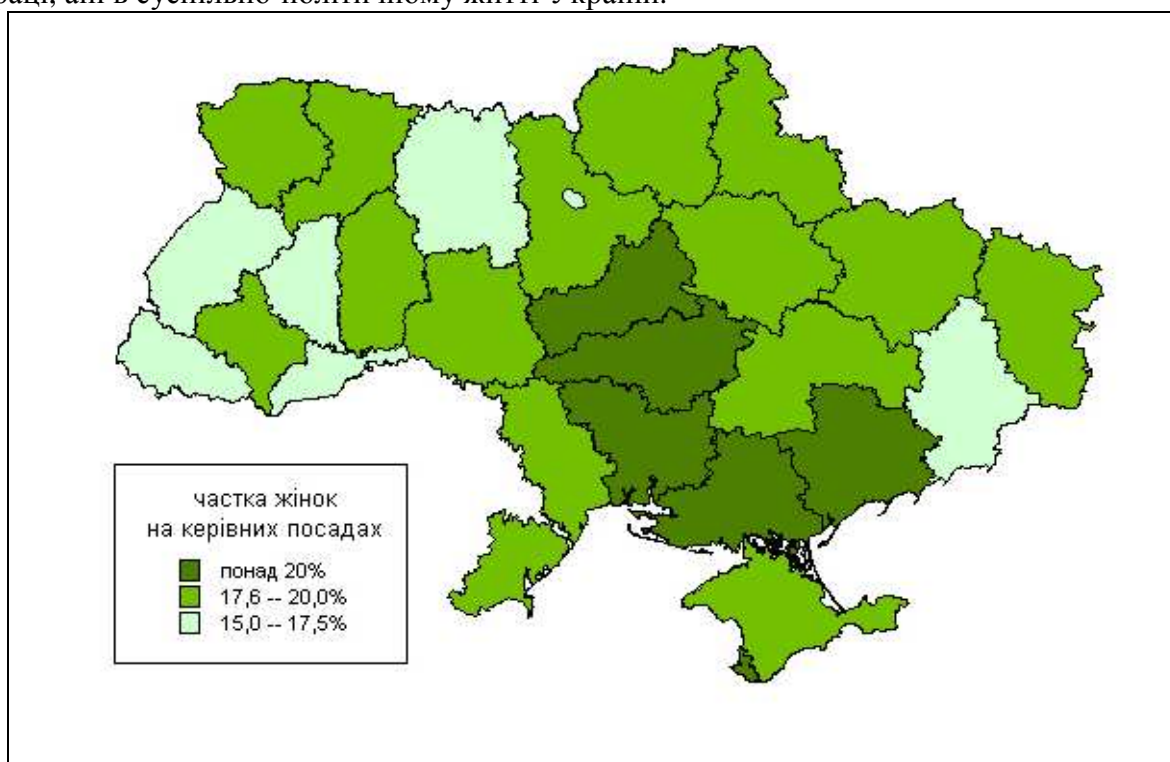
*Джерело: Кількість державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування на 31 грудня 2012 року : Статистичний бюлетень. - К.: Державна служба статистики України, 2013. – С. 10.*

В контексті окресленої проблеми позитивним слід вважати поступове підвищення частки жінок серед вищих державних службовців (1-2 категорії), що досягла 27,8% в 2012 році. За умови збереження цієї динаміки в найближчі роки, досягнення в 2015 році цільового 30-відсоткового представництва жінок у складі високопосадовців видається цілком ймовірним.

<sup>34</sup> Wirth L. (2001). Breaking Through the Glass Ceiling: Women in Management. International Labour Office, 186 p.

Проте, оскільки прогрес в зазначеній площині досі забезпечується за рахунок жінок-керівників другої посадової категорії (31,7% посадового складу державних службовців цього рівня в 2012 р.), особлива увага має приділятися забезпеченню можливостей рівного доступу жінок до керівних посад найвищого рівня, розширенню їх представництва у складі Уряду та в керівництві центральних органів виконавчої влади. Неодмінною умовою виконання поставленого завдання є відмова від принципу політичної доцільності при посадових призначеннях у системі державної служби, більш широке залучення наявного кадрового резерву, що має відповідну кваліфікацію та досвід роботи.

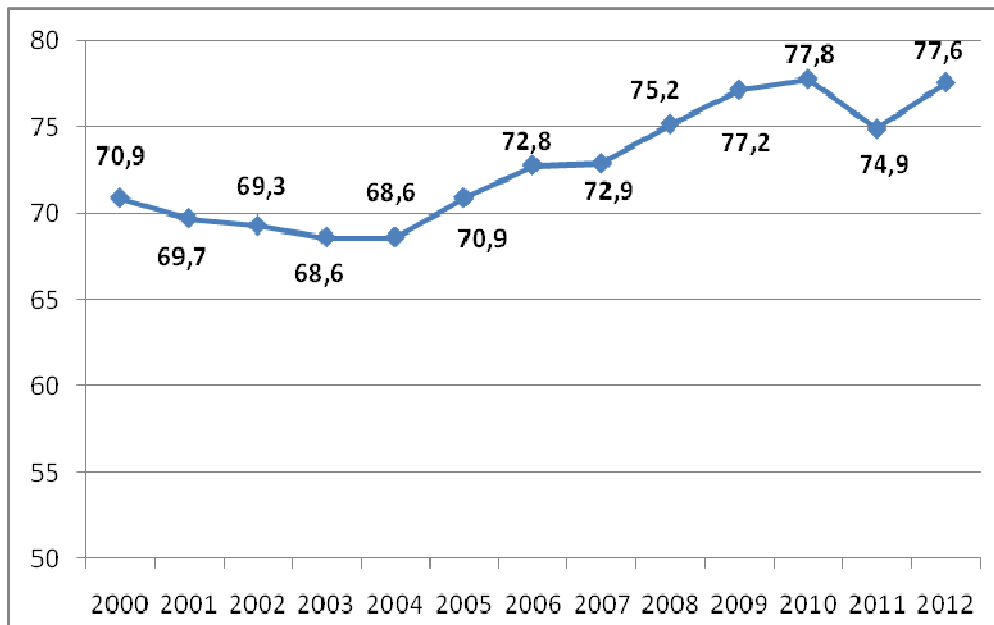
Особливості представництва жінок серед державних службовців, які займають посади керівників, характеризуються й певними регіональними особливостями. Хоча відмінності залишаються невисокими в умовах загального низького значення показника, на території країни виокремлюється група адміністративно-територіальних одиниць з порівняно вищою часткою жінок серед державних службовців-керівників (рис. 3.3.2), що формується за рахунок деяких центральних та південних областей (Кіровоградська – 23,2%, Миколаївська - 22,3%, Херсонська – 21,3%, Запорізька – 21,2%). Найнижчі ж рівні представленості жінок серед керівників характерні для державних службовців західного регіону, а також Донецької області та м. Києва, в якому зафіксовано найнижчий по країні рівень представництва жінок на керівних посадах серед державних службовців (лише 15%). Можна припустити, що в столиці обмежений доступ жінок до керівних рівнів державної служби зумовлюється вищою посадовою конкуренцією внаслідок зосередження тут управлінської верхівки та фінансових потоків загальнодержавного значення; дія «скляної стелі» щодо просування жінок на керівні посади посилюється й у Донецькій області, з її традиційно «чоловічою» структурою зайнятості та промислового розвитку. З іншого боку, в західних областях країни нижча представленість жінок на керівному рівні може пов'язуватися з більшою роллю традиційних поглядів на роль жіноцтва в житті суспільства, згідно яким жінки мають надавати пріоритет виконанню сімейних обов'язків, поступатися публічним життям на користь приватного. Не можна нехтувати й таким фактором, як значні масштаби зовнішніх трудових міграцій у цьому регіоні, що характеризуються високим рівнем фемінізованості; здебільшого міграційні переміщення формуються за рахунок найбільш активної частини жіноцтва, яка внаслідок цього не реалізує свій потенціал ані на ринку праці, ані в суспільно-політичному житті України.



**Рис. 3.3.2. Представництво жінок серед державних службовців, які займають посади керівників, за регіонами України (на кінець 2012 року).**

Джерело: Кількість державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування на 31 грудня 2012 року : Статистичний бюлетень. - К.: Державна служба статистики України, 2013. – С. 10.

Основним проявом гендерної нерівності на ринку праці виступає різниця в розмірі заробітної плати жінок і чоловіків, що спостерігається у переважній більшості країн світу<sup>35</sup>. Починаючи з 2000-го року, в Україні середня заробітна плата жінок коливалася на рівні 70% середньої заробітної плати чоловіків; однак протягом останніх років динаміка даного співвідношення була досить суперечливою (рис. 3.3.3). Якщо до 2004 року спостерігалось повільне зростання відмінностей у рівні заробітної плати на користь чоловіків, то з 2005 році намітилася позитивна тенденція до скорочення гендерного розриву в оплаті праці, яка призвела до його історичного мінімуму в 2010 році (середня заробітна плата жінок склала 77,8% середньої заробітної плати чоловіків). На жаль, в 2011 році відбувся суттєвий «стрибок» назад. Незважаючи на певну стабілізацію ситуації протягом 2012 року, коли середня заробітна плата жінок склала 77,6% середньої заробітної плати чоловіків (відповідно 2 661 проти 3 429 грн. на місяць), досягнення в 2015 році цільового значення показника у 86% видається малоймовірним.



**Рис. 3.3.3. Співвідношення середньої заробітної плати жінок та середньої заробітної плати чоловіків в Україні, %**

Джерело: Державна служба статистики України.

Імовірним поштовхом до скорочення гендерного розриву в заробітній платі стало поетапне впровадження Єдиної тарифної сітки у бюджетній сфері з 2005 року, що забезпечило поступове підвищення рівня оплати праці у найбільш «фемінізованих» видах економічної діяльності, що включають галузі соціальної сфери (освіту, охорону здоров'я, соціальне обслуговування, культуру тощо). Проте подальше прискорення даної тенденції пов'язується з впливом іншого чинника: в результаті фінансово-економічної кризи, яка розпочалась наприкінці 2008 року, відбулось «замороження» або навіть часткове зменшення розміру заробітних плат в більшості секторів економіки, що призвело до міжпосадового та міжгалузевого вирівнювання оплати праці працівників – як жінок, так і чоловіків. Більш того, оскільки від кризи в більшій мірі постраждали саме ті види економічної діяльності, де традиційно зосереджується зайнятість чоловіків (будівництво, галузі видобувної та важкої промисловості, транспорт), можна стверджувати, що додатковим чинником скорочення

<sup>35</sup> За даними Євростата, в середньому по країнам Європейського Союзу (ЄС-27) розрив у середній заробітній платі жінок і чоловіків становив 16% в 2011 році, варіюючи від 2% у Словенії до 27% в Естонії (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>).

гендерних відмінностей у зарплаті стало сповільнення темпів росту «чоловічих» зарплат, а не прискорене зростання «жіночих».

Показово, що поступове відновлення економіки призвело до чергового стрибка у розмірі гендерного розриву в 2011 році, ймовірно за рахунок більш швидкого зростання зарплат в ринковому секторі економіки порівняно з бюджетними галузями соціальної сфери, де зосереджується зайнятість жінок. Лише після розпочатого в цьому ж році відновлення Єдиної тарифної сітки та поступового підвищення посадових окладів працівників бюджетної сфери середня заробітна плата жінок знову наблизилась до середньої заробітної плати чоловіків у 2012 році.

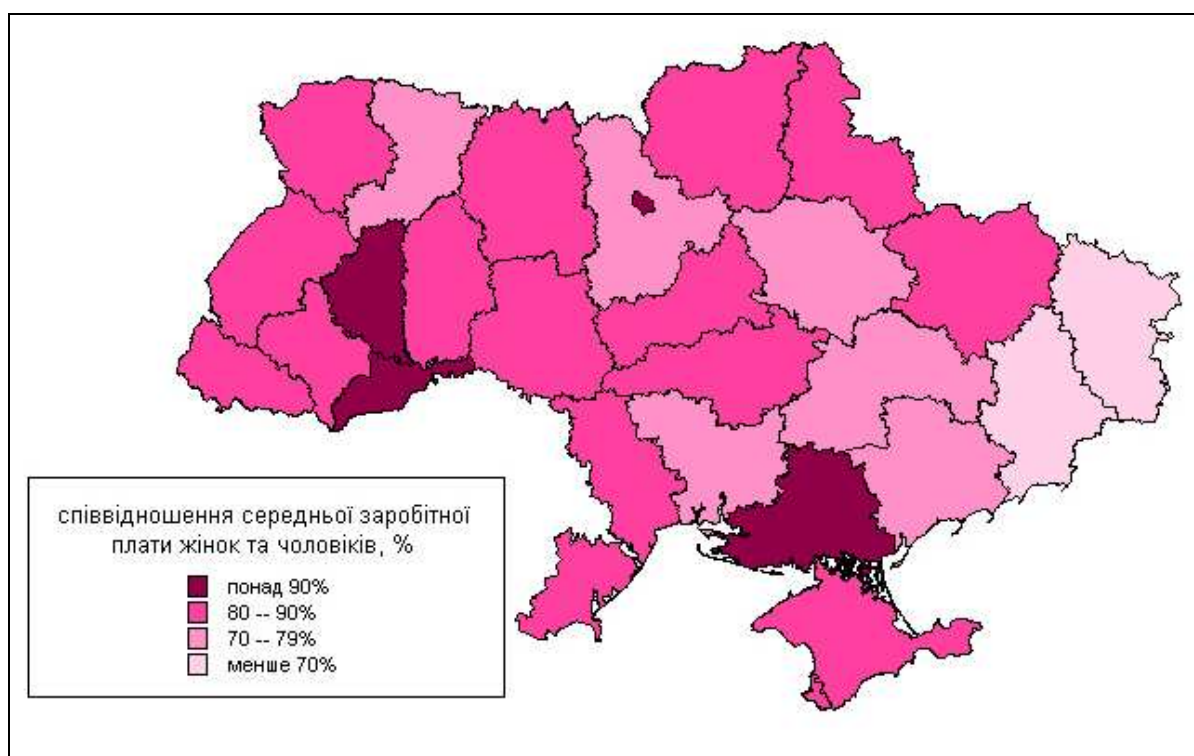
Ці дані підтверджують високий вплив професійної гендерної сегрегації ринку праці України на відмінності в рівні заробітної плати жінок і чоловіків. Традиційне для країни зосередження жіночої зайнятості в галузях соціальної сфери, що характеризуються нижчими рівнями оплати праці («горизонтальна» форма професійної сегрегації за ознакою статі), та обмежений доступ жінок до керівних посад у всіх видах економічної діяльності (відповідно, «вертикальна» форма професійної сегрегації) визначають передумови нижчої заробітної плати порівняно з чоловіками, які переважають серед зайнятих у високооплачуваних професіях та видах діяльності, домінують серед топ-менеджерів як в приватному, так і в державному секторі.

Так, у більшості традиційно «жіночих» видів економічної діяльності середня заробітна плата жінок не надто відстає від середньої заробітної плати чоловіків. В галузях освіти, охорони здоров'я та надання соціальних послуг, де жінки становлять понад три чверті штатних працівників, середній рівень «жіночих» зарплат поступається «чоловічим» лише на 10%; більш того, в закладах дошкільної освіти середня заробітна плата жінок навіть перевищує середню заробітну плату чоловіків на 13,4%, у закладах середньої загальної освіти – на 5,2%. Це пояснюється загальним низьким рівнем оплати праці у згаданих секторах: якщо середня по Україні заробітна плата працівників становила 2765 грн. на місяць в 2011 році, то в секторі освіти – відповідний показник склав лише 2 113 грн., а у сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги – лише 1 776 грн.

Натомість у промисловому секторі спостерігається протилежна ситуація – середня заробітна плата чоловіків на 30-35% перевищує середню заробітну плату жінок у підгалузях видобувної промисловості, металургійному виробництві, виробництві машин та устаткування. Найбільший зарплатний гендерний розрив на користь чоловіків (54%) спостерігається в галузі видобування вугілля, лігніту і торфу, що вочевидь пов'язано з законодавчо встановленими обмеженнями зайнятості жінок на підземних роботах. Серед інших галузей промисловості зі значним відривом «чоловічих» зарплат - виробництво офісного устаткування та електронно-обчислювальної техніки, виробництво апаратури для радіо, телебачення та зв'язку (середня заробітна плата жінок становить тут на 40% менше середньої заробітної плати чоловіків). Суттєвими залишаються й гендерні відмінності в рівні оплати праці у таких високооплачуваних секторах, як фінансова діяльність (середня заробітна плата чоловіків перевищувала середню заробітну плату жінок більше, ніж на 30%) та комунікації (відповідно більше, ніж на 40%).

**Регіональні диспропорції** також ілюструють залежність між гендерним розривом у рівні заробітної плати та її середнім розміром. Найбільший гендерний розрив у рівні оплати праці (понад 30%) має місце в індустріальних областях Сходу України (рис. 3.3.4), в структурі промислового потенціалу яких переважають галузі видобувної та важкої переробної промисловості, де спостерігаються низькі рівні представленості жінок на керівних посадах у системі державної служби. Із просуванням на Захід відмінності в рівні заробітної плати жінок і чоловіків скорочуються, в той час як найнижчий по країні гендерний розрив спостерігається в Чернівецькій області (менше 7%), а також в Херсонській і Тернопільській областях та у м. Києві. Якщо в останньому випадку столичні функції міста визначають високий розвиток індустрії послуг, у якій пропонуються високі рівні оплати праці та створюються сприятливі

можливості для зайнятості й просування жінок, то менший гендерний розрив в оплаті праці населення західного регіону визначається загальним низьким рівнем заробітної плати населення (в межах якого «нівелюються» гендерні відмінності) в умовах високого рівня безробіття, відсутності значного промислового потенціалу та поширення зайнятості в аграрному секторі, що має сезонний характер.



**Рис. 3.3.4. Співвідношення середньої заробітної плати жінок і чоловіків в регіонах України, 2012 р.**

*Джерело: Державна служба статистики України.*

Маючи нижчий рівень доходів, жінки закономірно стикаються з вищими ризиками бідності та соціальної вразливості. Саме жінки становлять переважну більшість малозабезпеченого населення, що звертається по соціальну допомогу держави: у складі одержувачів допомоги на дітей чисельність жінок перевищує чисельність чоловіків у 1,2 рази, у складі користувачів соціальних пільг – у 1,4 рази, а серед осіб, що отримують субсидії, - в 2,1 рази. Про більшу залежність добробуту жінок від допомоги держави свідчать й гендерний розподіл особистих доходів населення<sup>36</sup>: в структурі сукупних доходів чоловіків вищим є внесок доходів від зайнятості, в той час як сукупні доходи жінок в більшій мірі формуються за рахунок пенсій, різних видів соціальної допомоги, допомоги від родичів тощо.

Поряд з цим, жінки формують специфічні «профілі» вітчизняної бідності, серед яких – самотні літні особи (особливо віком старше 75 років), жінки з дітьми перших років життя, які в цей період здебільшого поступаються зайнятістю на ринку праці на користь сімейних обов'язків. Вочевидь, ризики бідності останньої групи населення зростають у неповних сім'ях, які не отримують належної чоловічої підтримки у вихованні дітей та забезпеченні добробуту родини. Негативні прояви гендерної нерівності посилюються недостатньою ефективністю системи соціального захисту та низьким рівнем соціальних трансфертів, незадовільним розвитком соціальної інфраструктури (зокрема сектору побутових послуг та мережі дитячих дошкільних закладів), безпосередніми споживачами якої в більшій мірі є жінки.

<sup>36</sup> Дані обстеження умов життя домогосподарств, що проводиться Державною службою статистики України.

Водночас необхідно зважати, що прояви гендерної нерівності в українському суспільстві мають і інший аспект. Покладаючи на чоловіків роль «годувальників» родини, традиційні гендерні стереотипи «ідеального» чоловіка призводять до загострення «чоловічого» виміру медико-демографічної кризи в Україні. Надмірне психоемоційне навантаження, стреси, недостатнє поширення настанов здорового способу життя, ризиковані форми поведінки, брак суспільної безпеки, - все це чинники надвисокої смертності чоловіків працездатного віку. Вищі показники захворюваності на соціально детерміновані хвороби (туберкульоз, ВІЛ/СНІД), злоякісні новоутворення, що тісно пов'язані зі способом життя, висока смертність від зовнішніх чинників (травми, отруєння тощо) та самогубств залишаються важливим проявом гендерної нерівності у суспільстві, що пов'язаний не лише зі станом здоров'я чоловіків, а й з особливостями соціального середовища. Це зумовлює необхідність комплексного підходу до розбудови та реалізації гендерної політики, яка має враховувати різні прояви гендерної нерівності у суспільстві, не зосереджуючись виключно на поліпшенні становища жінок.

## **ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ**

Окремі індикатори досягнення поставлених завдань у сфері гендерного розвитку засвідчили деякий прогрес у 2012 році, проте основні проблемні питання залишаються сталими та мають системний характер. Незважаючи на певну популяризацію гендерної тематики в Україні завдяки активній позиції громадських організацій, розширенню уваги засобів масової інформації, реалізації ряду соціальних проектів, спрямованих на протидію різним проявам нерівності, досі доводиться констатувати брак усвідомлення та серйозного ставлення до гендерних проблем як серед широкого загалу, так і серед розробників політики.

**Нестабільність політичної волі щодо реалізації гендерних перетворень** залишається базовим бар'єром у вирішенні гендерних проблем у суспільстві. Розпочата в 2010 році адміністративна реформа, що супроводжувалась міжвідомчою передачею інституційних повноважень щодо розробки та впровадження гендерної політики, на практиці призвела до сповільнення реалізації гендерних ініціатив, в тому числі «замороження» чергової Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, зниження активності з лобювання законопроектів щодо впровадження гендерних квот у виборчому процесі, згортання інших напрямів реалізації гендерної політики. Наслідком незавершеності адміністративної реформи на регіональному рівні стало зниження інституційної спроможності механізму забезпечення гендерної рівності, послаблення координації діяльності центральних і місцевих органів управління в цій сфері, в тому числі ліквідація інституту гендерних радників на місцях. Хоча при Міністерстві соціальної політики було створено Експертну раду з питань розгляду звернень за фактами дискримінації за ознакою статі, доступність антидискримінаційного механізму для широкого загалу залишається недостатньою з огляду на непрозорість та невідпрацьованість процедур звернень, нерозуміння проблематики працівниками органів юстиції. Відсутність масштабних роз'яснювальних кампаній призводить не лише до непоінформованості суспільства щодо існування даного механізму, а й до низької правової обізнаності населення з питань дискримінації за ознакою статі.

Несприйняття вагомості окреслених проблем залишається також наслідком **«живучості» традиційних гендерних стереотипів щодо розподілу соціальних ролей у суспільстві**<sup>37</sup>, що дає підстави стверджувати про загрозу сучасного «ренесансу» патріархату в системі гендерних цінностей на всьому пострадянському просторі. Відтворення гендерних стереотипів посилюється й непоодинокими проявами сексизму в діяльності засобів масової інформації та рекламі, що досі зберігаються в інформаційному просторі України, зважаючи на відсутність законодавчих норм регулятивного характеру. Разом з цим, в країні активізується діяльність

<sup>37</sup> Гендерні стереотипи та ставлення громадськості до гендерних проблем в українському суспільстві. – К.: ПРООН, Інститут соціології НАНУ, 2007. – 144 с.

антигендерних рухів, представники яких розповсюджують недостовірну та викривлену інформацію щодо змісту та напрямів політики забезпечення гендерної рівності.

**Збереження високого рівня професійної гендерної сегрегації на ринку праці України** обумовлює не лише відмінності в розмірі заробітків жінок і чоловіків, а й якісні характеристики їх зайнятості, її престижність та соціальний статус. При цьому чинники гендерного поділу праці мають комплексний характер, включають як об'єктивні фактори (зокрема, законодавчу заборону зайнятості жінок у певних професіях, що характеризуються небезпечними або шкідливими умовами праці), так і суб'єктивні настанови представників різних статей щодо вибору професії, що іноді «програмується» панівними гендерними стереотипами. Не можна нехтувати й впливом чинників відверто дискримінаційного характеру, що виявляються в упередженому ставленні роботодавців при працевлаштуванні або вивільненні працівників певної статі, нарахуванні заробітної плати або сприянні їх кар'єрному росту.

У цьому контексті важливе значення має **недостатня правова обізнаність населення з питань гендерної дискримінації**, невміння «діагностувати» її прояви на робочому місці в умовах низької активності профспілок та загального низького рівня самоорганізації суспільства. Водночас, як показують результати соціологічних досліджень<sup>38</sup>, самі жінки подекуди демонструють занижену оцінку власних професійних якостей та схильні поступатися кар'єрними прагненнями на користь родини. Так, за даними Європейського соціального обстеження<sup>39</sup>, Україна виділяється серед інших країн регіону найбільшою часткою респондентів, які підтримують думку, що жінка має бути готовою менше працювати на оплачуваній роботі, щоб приділяти більше уваги родині<sup>40</sup>.

Актуальною залишається проблема **недостатнього розвитку соціально-побутової інфраструктури, системи інституційної підтримки працівників з сімейними обов'язками**. На практиці це призводить до нерівномірного розподілу виконання домашніх обов'язків між жінками та їх чоловіками, надмірної завантаженості більшості жінок хатньою працею, що виступає стримуючим чинником їх професійного розвитку. Недостатньо сформованим у країні залишається й ринок побутових послуг, розвиток якого сприяв би скороченню «другої робочої зміни» жінок у домашньому господарстві; потребує покращання й загальний рівень забезпечення домогосподарств базовими зручностями, особливо в сільській місцевості та невеликих населених пунктах. Поряд з цим, руйнація транспортної інфраструктури в регіонах посилює соціальне виключення сільського населення внаслідок обмеженої мобільності, ускладненого доступу не лише до центрів побутового обслуговування, а й закладів охорони здоров'я та освіти, територіальних центрів зайнятості або соціальних послуг.

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ**

**Зміцнення національного механізму забезпечення гендерної рівності** має принципове значення для успішної реалізації гендерних перетворень у суспільстві, включаючи як вдосконалення законодавчого та інституційного середовища, так і розвиток відповідних консультативно-дорадчих органів, підтримку діяльності громадських організацій. Серед пріоритетних напрямів діяльності в цьому контексті: завершення адміністративної реформи на регіональному рівні та посилення міжвідомчої координації діяльності; відновлення інституту гендерних радників при органах управління та розширення практики проведення освітніх заходів для державних службовців; активізація діяльності уповноважених органів з питань

<sup>38</sup> Соціологічне опитування «Дослідження участі жінок у складі робочої сили України-2012», проведене за підтримки Фонду народонаселення ООН Українським центром соціальних реформ та Центром «Соціальний моніторинг».

<sup>39</sup> European Sociological Survey (<http://ess.nsd.uib.no/ess/round4/>).

<sup>40</sup> Зокрема, з цим твердженням повністю погодилися 38% опитаних українок, в той час як у Швеції, Норвегії, Данії та Нідерландах дану позицію висловили менше 3% опитаних жінок, а в Німеччині та Великобританії – відповідно по 6% жінок.



протидії дискримінації за ознакою статі. Принципове значення для успішної реалізації гендерних перетворень має остаточне ухвалення програмних документів, що покликані сприяти просуванню гендерної рівності в суспільстві, та забезпечення достатнього обсягу коштів для фінансування передбачених заходів. Наразі в Україні створено потужне експертне середовище науковців, освітян, громадських активістів та правозахисників, діяльність яких пов'язана з забезпеченням гендерної рівності; відповідно, використання даного потенціалу при розробці державної гендерної політики сприятиме підвищенню ефективності та дієвості реформ. Нарешті, існує потреба у вдосконаленні статистичного забезпечення моніторингу й оцінки прогресу в сфері вирішення гендерних проблем. Це завдання охоплює як регулярний перегляд системи відповідних індикаторів, оскільки розглянуті завдання розвитку не охоплюють всі прояви гендерної нерівності в суспільстві, так і розширення загального переліку гендерно-дезагредованих даних, що узагальнюються державними органами статистики та використовуються для обґрунтування програмних рішень і спрямування інвестицій.

**Розширення участі жінок у прийнятті рішень** залишається важливим пріоритетом не лише в контексті дотримання принципів демократичного врядування, а й з точки зору розширення можливостей та повноважень жінок в інших сферах життя. Зокрема, досягнення паритетного представництва жінок і чоловіків на вищих рівнях державного управління матиме принципове значення й для просування «ланцюгової» реакції щодо розширення участі жінок у топ-менеджменті приватного сектору економіки та зміцненні їх економічних повноважень. Вочевидь, в умовах поширення чоловічої корпоративної практики існує потреба в тимчасових заходах позитивної дискримінації, тобто прямої підтримки жіночих кандидатур у представницьких та виконавчих органах влади. Можливими шляхами реалізації цього завдання є впровадження гендерних квот при формуванні виборчих списків політичних партій або встановлення цільових відсоткових завдань щодо участі представників обох статей на керівних посадах. Законопроекти щодо гендерного квотування у виборчому процесі неодноразово подавалися на розгляд Верховної Ради України, проте досі не отримали належної підтримки членів парламенту. Зважаючи на значну присутність жінок у складі кваліфікованого кадрового резерву державної служби, активну позицію громадських організацій та підтримку міжнародних експертів у просуванні цього завдання, його вирішення наразі перебуває в безпосередній залежності від політичної волі парламентарів та підтримки урядовців.

Поряд з цим, важливе значення мають дії «непрямого» впливу, що сприятимуть як активізації кар'єрних прагнень самих жінок, так і дотриманню гендерно-чутливої кадрової політики в організаціях різної форми власності. Відповідні заходи мають користуватися державної підтримкою та включати системну пропаганду «кращих» практик забезпечення гендерного паритету у сфері прийняття рішень з міжнародного досвіду, популяризацію прикладів успішних жінок (підтримка спеціальних інформаційних видань, створення циклів програм та публікацій в засобах мас-медіа), організацію конкурсів кращих керівників або компаній, що дотримуються принципу гендерної рівності в кадровій політиці тощо.

**Політика у сфері зайнятості та оплати праці** має підпорядковуватись завданням реструктуризації зайнятості населення – як в гендерному аспекті (підвищення престижу та рівня оплати праці в традиційно «жіночих» професіях та сферах діяльності з метою поступового «переливання» до них чоловіків), так і в інноваційному вимірі (загальне скорочення робочих місць, що потребують фізичної праці, характеризуються шкідливими умовами праці та високим рівнем травматизму, на користь створення нових робочих місць «знаневомісткого» характеру, розвитку сектору послуг). Це дозволить забезпечити не лише модернізацію вітчизняної економіки, а й пом'якшення ефектів гендерної сегрегації зайнятості населення. Поряд з цим, системне підвищення рівня оплати праці в бюджетній сфері призведе до скорочення рівня міжсекторальної диференціації заробітної плати, а отже – й зменшення відповідного впливу на формування гендерного розриву у рівні доходів.

Особлива увага має приділятися **адвокативній роботі з працедавцями з метою заохочення їх до недискримінаційного ставлення до працівників та створення більш сприятливих умов зайнятості для осіб із сімейними обов'язками.** Так, загально визнаними шляхами гармонізації поєднання професійних та сімейних пріоритетів працівників є розвиток дистанційних форм зайнятості та надомництва, можливість вибору гнучкого графіку робочого часу або часткової зайнятості. Важливим питанням в цьому контексті залишається недостатня увага, що приділяється в Україні проблемі поєднання професійної діяльності з виконанням зобов'язань батька: незважаючи на надання вітчизняним законодавством можливості відпустки по догляду за дитиною до трьох років для чоловіків, ця ідея залишається мало прийнятною як для більшості роботодавців, так і для самих працівників. Проте, як показує досвід скандинавських країн, саме політика розширення залучення чоловіків до батьківства та вирівнювання розподілу сімейних зобов'язань є найбільш перспективним напрямом не лише просування гендерної рівності в суспільстві, а й підвищення рівня народжуваності в контексті вирішення демографічних проблем.

**Заходи соціальної політики** мають ґрунтуватися на застосуванні адресних підходів до надання соціальної підтримки вразливим категоріям населення, оскільки певні «профілі» малозабезпеченості в Україні мають чітко виражений гендерний вимір, а нижчий розмір особистих доходів жінок визначає вищу залежність їх добробуту від «щедрості» соціальних гарантій держави. Саме з позицій жінок актуалізується також необхідність переходу до проактивного типу соціальної політики, тобто стимулювання населення щодо пошуку виходу із стану нужденності власними силами, зважаючи на пасивнішу поведінку у пошуку нових робочих місць та більшу залежність від допомоги державних служб зайнятості, що підтверджується їх чисельним переважанням серед зареєстрованих безробітних.

Не втрачає свого значення й **подальший розвиток соціальної інфраструктури**, а саме - підвищення доступності до медичних та освітніх закладів, територіальних центрів соціального та побутового обслуговування населення, оскільки обсяги домашньої праці в українському суспільстві залишаються суттєво вищими в порівнянні з досвідом європейських країн. Саме сімейні зобов'язання, які пов'язуються не лише з материнством та вихованням дітей, а й піклуванням та доглядом за непрацездатними членами родини (хворими, інвалідами або особами похилого віку), веденням домашнього господарства, виступають основним обмежуючим чинником суспільної реалізації жінок. Першочергове значення для працюючих жінок з дітьми мають проблеми відсутності дошкільних закладів у сільській місцевості та їх надмірної завантаженості в містах, які ускладнюються браком забезпечення їх фінансовими ресурсами та кваліфікованим персоналом. Тому вирішення цієї проблеми потребуватиме як безпосереднього розширення мережі дошкільних закладів державної та комунальної форми власності, так і субсидування розвитку приватних дитячих садків, в тому числі запровадження в сільській місцевості дитячих садків сімейного типу.

Нарешті, будь-які заходи гендерної політики залишатимуться малоефективними за умови відсутності змін у суспільній думці, трансформації загального ставлення населення до гендерних проблем. Саме тому **подолання гендерних стереотипів щодо розподілу соціальних ролей** є найбільш важливим, однак і найбільш складним завданням, що потребуватиме тривалої та системної діяльності. Ключовими напрями в цій сфері мають стати реалізація інформаційно-просвітницьких кампаній з цільовими групами (державні службовці, освітяни, працівники мас-медіа) та запровадження масштабної соціальної реклами для широкого загалу, що мають підпорядковуватися ідеям вирівнювання гендерних ролей у суспільстві, заохочення більшого залучення чоловіків до виконання сімейних та батьківських обов'язків, подолання проявів сексизму та дискримінаційного ставлення в інформаційному просторі. Важливе значення має розширення практики включення гендерного компоненту до освітніх програм навчальних закладів, оскільки саме на цьому рівні можливо найбільш ефективно закласти розуміння принципів гендерної рівності у свідомості молоді.

## ЦІЛЬ 4: ЗМЕНШЕННЯ ДИТЯЧОЇ СМЕРТНОСТІ

Охорона здоров'я дітей є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я, результати діяльності якої значною мірою зумовлюють перспективи подальшого розвитку суспільства. Рівень дитячої смертності є одним з найважливіших показників здоров'я населення, який інтегрально віддзеркалює рівень життя населення, рівень освіти і культури суспільства, насамперед молоді, стан довкілля та дієвість системи охорони здоров'я тощо. Прогрес на шляху досягнення цілі є суттєвим, оскільки достроково перевищено значення цільових показників.

### ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

<i>Завдання</i>	<i>Індикатори</i>
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

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Індикатор 4.1. Рівень смертності дітей віком до 5 років, кількість померлих дітей відповідного віку на 1000 народжених живими													
16,0	14,4	13,6	12,9	12,4	12,9	12,4	13,6	12,2	11,3	10,7	10,7	-	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	8,5	9,3

У таблиці наведені фактичні дані Держстату до 2012 року включно та цільові показники 2015 року.

За період 2000-2012 років вдалося досягти помітних успіхів на шляху досягнення цілі. Зокрема за результатами аналізу динаміки показників дитячої смертності (до 5 років) та смертності немовлят (до 1 року) за 2000-2012 рр. та з урахуванням державної політики у сфері охорони здоров'я, реальним є не тільки досягнення цілі, але і перевиконання цільових показників 2015 року.

### СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

**Тенденції показників дитячої смертності.** За 2000 - 2012 рр. дитяча смертність (дітей віком до 5 років і смертність немовлят) помітно знизилась. До 2007 року зниження носило хвилеподібний характер, але починаючи з 2008 року динаміка показників дитячої смертності демонструє сталу тенденцію до зниження. Коливання показників було спричинено як об'єктивними чинниками (взагалі змінами у якості життя населення, у тому числі щодо доступності послуг охорони здоров'я, рівня доходів сімей, якості житлово-побутових умов тощо), так і змінами методики реєстрації й обліку народжень і смертей. Підвищення рівня показників дитячої смертності у 2007 р. було прогнозованим, адже з 1 січня 2007 року Україна перейшла на нові стандарти щодо визначення критеріїв перинатального періоду та живонароджуваності і мертвнонароджуваності. Вже з 2008 р. показники дитячої смертності відновили тенденцію до зниження, проте рівень мертвнонароджуваності протягом останніх років практично не змінився.

Починаючи з 2010 року прогрес на шляху досягнення цілі став помітним: показники перевищили очікуване значення 2015 року (11,0 та 9,3 відповідно). У 2012 р. в Україні

zareestrovano rekordno nizьku za останні 20 років смертність дітей віком до 1 року — 8,5 випадка на 1 тис. народжених живими<sup>41</sup>.

Позитивну динаміку показників дитячої смертності було забезпечено шляхом впровадження 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 Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги. У 2011 році в Україні було проведено оцінку якості стаціонарної допомоги матерям та новонародженим із застосуванням сучасного інструментарію ВООЗ, яка ураховується у процесі реформування системи охорони здоров'я та медичного догляду. Питання проведення уніфікованої та об'єктивної оцінки якості перинатальної допомоги, визначення ключових аспектів надання медичної допомоги при вагітності, в пологах і в ранньому неонатальному періоді, які вимагають поліпшення, а також визначення пріоритетних заходів тощо перебувають у центрі суспільної уваги, оскільки структура смертності дітей до року в Україні не змінюється (більше половини випадків становлять стани, які виникають у перинатальному періоді).

**Розвиток системи перинатальної допомоги.** В Україні відбувається перехід до трирівневої системи надання перинатальної допомоги: I рівень — це центри первинної медико-санітарної допомоги, пологові відділення центральних районних лікарень, дільничних і районних лікарень; II рівень — поліклініки міських лікарень, жіночі консультації міських лікарень, міські пологові будинки та перинатальні центри II рівня; III рівень — виключно перинатальні центри III рівня та науково-дослідні інститути. В рамках Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» передбачається створення мережі 27 перинатальних центрів по всій країні на засадах об'єднання діяльності акушерської, неонатальної та педіатричної служб. На сьогодні вже створено десять перинатальних центрів, де народилися понад 25 тис. дітей, триває робота з відкриття ще десяти. В Україні новелою у системі перинатальної допомоги є створення замкнутого циклу надання допомоги (тобто в одному закладі охорони здоров'я допомога надається жінкам з високим і середнім ризиком для вагітності, майбутнім матерям та новонародженим дітям).

**Перехід до трирівневої перинатальної допомоги.** Зобов'язання щодо виконання завдань ЦРТ зумовили необхідність реформування існуючої системи перинатальної допомоги в Україні для забезпечення її доступності усім категоріям населення відповідно до складності випадку. Розвиток перинатальної допомоги в Україні, яка раніше складалась з акушерської та неонатальної, відбувався під впливом глобальних змін у підходах та стандартах підвищення якості перинатальної допомоги. До початку реорганізації системи перинатальної допомоги в Україні протягом 2009–2010 рр. медичну допомогу вагітним і роділлям надавали у багатьох акушерсько-гінекологічних закладах (у 87 пологових будинках, у пологових відділеннях 8 обласних лікарень, у пологових відділеннях 99 міських багатопрофільних лікарень, у пологових відділеннях 470 центральних районних та районних лікарень, на пологових ліжках 8 дільничних лікарень у переважно гірських районах). Амбулаторна допомога надавалась у 494 жіночих консультаціях, у 1223 акушерсько-гінекологічних відділеннях (кабінетах) амбулаторно-поліклінічних закладів, у 107 центрах (кабінетах) планування сім'ї та у 92 кабінетах медичної генетики. Реформування спрямовано на перехід до трирівневої системи надання перинатальної допомоги. Як і в попередні роки, перинатальну допомогу поділяють на амбулаторну та стаціонарну. До перинатальної допомоги I рівня (базова допомога) належать центри первинної медико-санітарної допомоги (сімейні лікарі): надання певного обсягу акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам, у тому числі під час нормального перебігу вагітності лікарем загальної практики-сімейним лікарем. Жіночі консультації

<sup>41</sup> Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2013 році : Щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. – К. : НІСД, 2013. – С.106. <http://www.president.gov.ua/docs/poslannia2013.pdf>

продовжуватимуть надавати консультативну допомогу вагітним та організаційно-методичну підтримку сімейним лікарям на первинному рівні. На II рівні надання медичної допомоги передбачається створення міжрайонних акушерських відділень у центральних районних лікарнях з кількістю пологів не менше 400 на рік та радіусом обслуговування не більше 60 км., у складі яких є відділення анестезіології й інтенсивної терапії, а також лікар-акушер-гінеколог та лікар-педіатр-неонатолог цілодобово. Окрім того, до закладів II рівня можуть бути віднесені міські пологові будинки та міжрайонні перинатальні центри, створені на базі міських пологових будинків або багатопрофільних лікарень з кількістю пологів 1500 і більше у рік та радіусом обслуговування також не більше 60 км., які мають у своєму складі відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених.

До закладів III рівня надання медичної допомоги відносяться: обласний перинатальний центр або структурно-функціональна його модель, акушерське відділення обласної лікарні та неонатологічні відділення дитячих обласних лікарень або багатопрофільних міських дитячих лікарень (с функціями обласних закладів підрозділів) та науково-дослідні інститути.

Перинатальний центр III рівня — це лікувальний заклад високого рівня, своєрідна «верхівка» вертикалі надання медичної допомоги матерям і дітям у регіоні, тобто він є не тільки лікувальним закладом, а ще й організаційно-методичним центром. Усі інші структури підпорядковані йому з метою впровадження ідеології до рівня сімейного лікаря, фельдшерсько-акушерського пункту, акушерки і, відповідно, до кожної окремо взятої людини. Завдання перинатального центру – сформувати цю ідеологію, визначити чіткі правила і здійснювати контроль їх дотримання, за необхідності – вносити корективи, організувати конференції, клінічні аналізи тяжких випадків. Завдання місцевої влади – забезпечити транспортування і маршрутизацію жінки із найвіддаленішого куточка до перинатального центру.

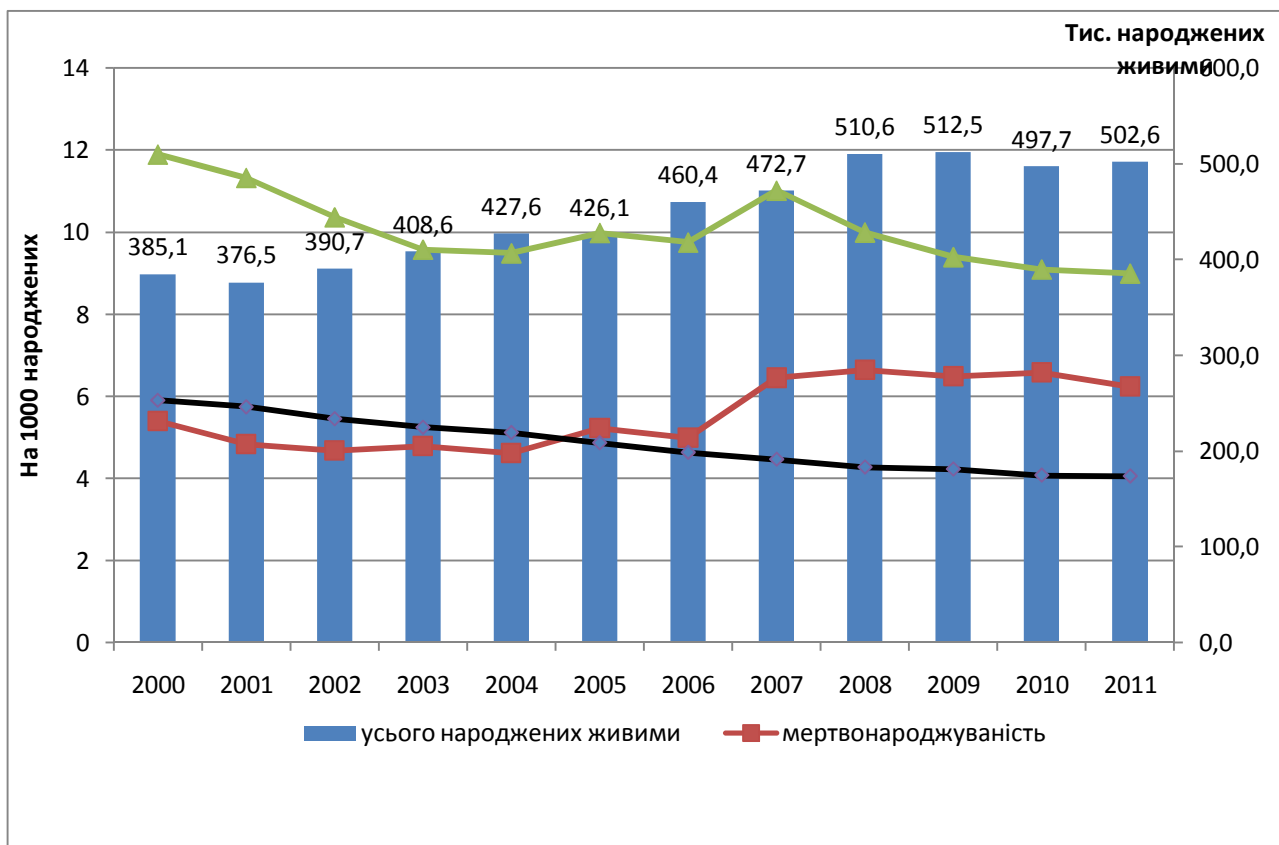
**Підтримка грудного вигодовування.** Важливе місце у створенні умов для здоров'я немовлят відводиться грудному вигодовуванню. Впровадження програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006–2010 роки» надало змогу суттєво підвищити рівень інформованості населення щодо переваг грудного вигодовування немовлят, здійснювати підготовку вагітних жінок до грудного вигодовування новонародженої дитини, створити систему підготовки спеціалістів з питань вигодовування, створити мережі «лікарень, доброзичливих до дитини» тощо. Наразі збільшено кількість новонароджених, виписаних з акушерського стаціонару на **виключно грудному вигодовуванні**. з 92,1% у 2006 році до 98,2% - у 2010 році. До 6 місяців на грудному вигодовуванні знаходиться 50,5% малюків (2006 р. - 23,7%), а до 12 місяців і більше - 29,9% (2006 р. - 10,5%)<sup>42</sup>.

**Основні причини дитячої смертності.** Незважаючи на досягнуті успіхи, рівень смертності немовлят в Україні поки що більше ніж удвічі вищий за середньоєвропейський. В структурі дитячої смертності в Україні смертність від нещасних випадків посідає перше місце, на другому - перинатальна смертність, потім слідує смертність внаслідок вроджених аномалій, від хвороб нервової системи та смертність від злоякісних новоутворень<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> Лікарня, доброзичлива до дитини НДСЛ «ОХМАТДИТ» <http://kdm-idd.org.ua/idd/index.php?tab=1&subtab=1&submenu=71&entity=381>

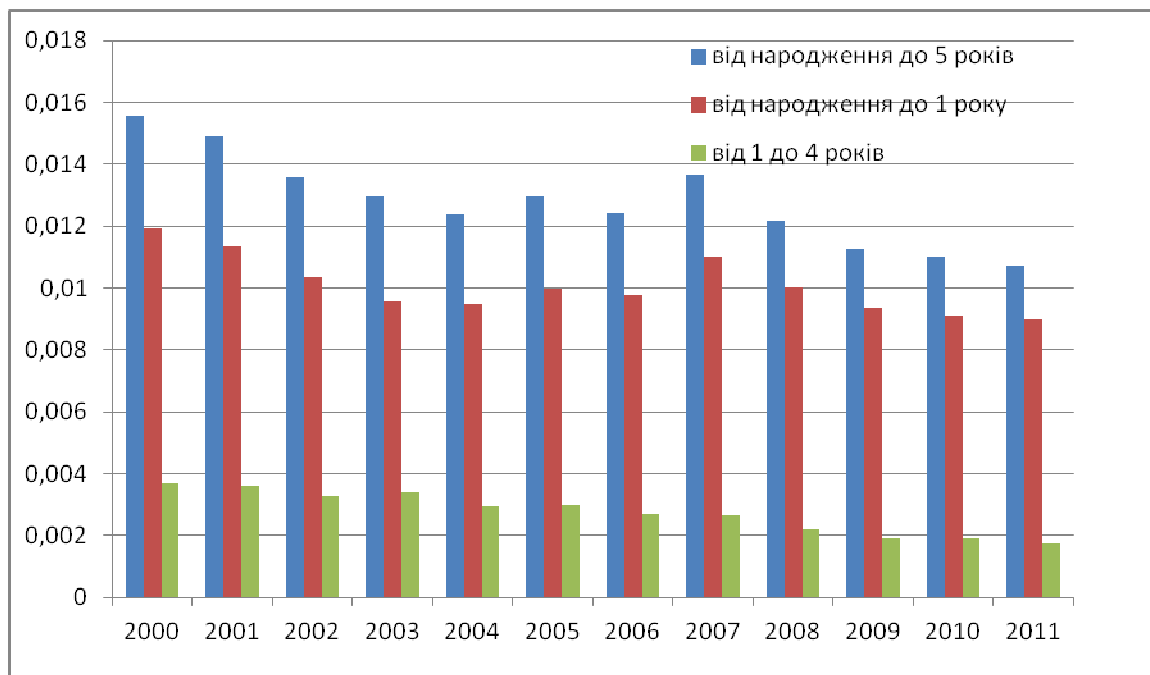
<sup>43</sup> Дані МОЗ України [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20100813\\_0.html#4](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20100813_0.html#4)



**Рис. 3.4.1. Чисельність народжених, смертність немовлят і мертвонароджуваність**  
*Джерело: Розрахунки за даними Держстату; HFA Database, updated January 2013.*

У структурі причин смерті немовлят майже 53% становлять «окремі стани, що виникають у перинатальному періоді». У 2010 р. за даними ВООЗ показник перинатальної смертності в Україні перевищував середній по країнах ЄС рівень у 1,4 раза. Понад 30-40% випадків перинатальної патології та смертності пов'язані або зумовлені передчасними пологами. Невиношуванням закінчується кожна десята вагітність. Прямі репродуктивні втрати від невиношуваної вагітності щороку становлять 36-40 тис. ненароджених бажаних дітей. Залишається значною частка немовлят, причина смерті яких медичними працівниками не була встановлена (5%). Серед чинників перинатального ризику експерти розрізняють три групи: по-перше, соціальні та поведінкові (соціальна ізоляція або відсутність соціальної підтримки; відсутність житла; небажана вагітність; відсутність чоловіка; юний вік; насильство у родині; вживання алкоголю та/або наркотичних речовин; куріння; випадкові сексуальні зв'язки тощо); по-друге, соціально-економічні (безробіття, низька заробітна плата; бідність тощо); по-третє – порушення загального та репродуктивного здоров'я.

Смертність немовлят в Україні є визначальною у формуванні смертності дітей до 5 років. Ймовірність померти різко зменшується після досягнення дитиною однорічного віку. Вважається, що рівень смертності дітей віком 1 – 4 роки є порівняно незалежним від ризиків у передпологовий, пологовий та післяпологовий період і відображає недостатність харчування або ж інших оптимальних умов життя протягом перших 1 – 1,5 років життя, а тому може бути чутливим індикатором соціально-економічного розвитку і рівня медичного обслуговування.



**Рис. 3.4.2. Імовірність померти у дитячому віці**

Джерело: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В.Птухи НАН України

Однією із п'яти основних причин втрат дітей віком до 5 років є збільшення рівня захворюваності на новоутворення. Смертність дітей від злоякісних новоутворень посідає п'яте місце в структурі дитячої смертності. За даними МОЗ України щорічно реєструється від 1 тисячі до 1200 нових випадків онкологічних захворювань у дітей. Так, наприклад, у 2009 році на обліку в онкологічних диспансерах України перебувало 5479 дітей (показник становить 66,9 на 100 тис. дитячого населення 0-17 років), у 2008 році - 5441 дітей (65,4), у 2007 році - 5432 дитини (63,6), у 2006 році - 5412 дітей (61,5). Очікується збільшення числа врятованих життів дітей з онкологічною патологією внаслідок впровадження сучасних методів діагностики і лікування, покращання забезпечення онкологічних (гематологічних) відділень обладнанням у межах реалізації Державної програми «Дитяча онкологія»<sup>44</sup>.

**Стан імунопрофілактики в Україні.** Важливим чинником, що негативно впливає на рівень дитячої смертності, є недостатня імунопрофілактика. Інфекційні хвороби залишаються однією з основних причин інвалідності та смертності населення в усьому світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 24,7% усіх смертей у світі обумовлено інфекційною патологією. Що ж стосується дитячої смертності, то 63% від загальної кількості летальних випадків, що трапляються з малюками, пов'язано саме з інфекційною патологією. За офіційними даними, щороку у світі від пневмонії помирають 2 млн. дітей, а внаслідок ускладнень кору - до 200 тис. До 1 млн. дітей занедужують на кашлюк, 350 тис. з них помирають. 500 тис. дітей гинуть від інфекції, викликаной гемофільною паличкою типу b, ще 500 тис. народжуються з симптомами вродженої краснухи, майже 30 тис. дітей помирають від менінгококової інфекції.

На сьогодні в Україні рутинна вакцинація проводиться проти 10 інфекційних захворювань. Спільними інфекційними хворобами, для профілактики яких проводяться щеплення як в країнах ЄС так і в Україні, є кашлюк, дифтерія, правець, поліомієліт, Ніб-інфекція, кір, краснуха, епідемічний паротит. Позитивною є динаміка рівня охоплення щепленнями дітей першого року життя проти дифтерії, кашлюку, правця (його зростання у 2012

<sup>44</sup>Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної програми «Дитяча онкологія» на 2006-2010 роки» від 19 липня 2006 р., № 983

році порівняно з 2011 роком склало 30%, проти кору, паротиту, краснухи – 12%, проти поліомієліту – 20%). Необхідним є подальше удосконалення імунопрофілактики в Україні (фінансування, підготовка фахівців, інформаційний супровід програм імунізації та процесу щеплення, наявність лабораторних можливостей для забезпечення контролю якості вакцин).

**Моніторинг стану здоров'я матері та дитини.** Понад 90% жінок з ранніх строків вагітності перебувають на диспансерному обліку<sup>45</sup>. Слід відзначити, що більше половини жінок мають розлади здоров'я. Так, наприклад, з кожних 100 жінок, що перебували у 2012 році під наглядом жіночих консультацій під час вагітності, анемію зареєстровано у 25 осіб. У розвинених країнах спостерігають збільшення дострокових пологів та кількості новонароджених з недостатньою вагою. У країнах ЄС щорічно 5-9%, а у США – 12-13% дітей народжуються передчасно, і кількість передчасно народжених дітей зростає. Частково це пояснюється відтермінуванням народження дитини до віку 35 років і більше. У багатьох західних країнах пік народжуваності припадає на 30-32 роки, швидко зростає народжуваність у віці 40 і більше років. В Україні також відзначається стрімке підвищення народжуваності в групі матерів віком 35-39 років, а цей вік сам по собі підвищує ризик несприятливого закінчення вагітності.

**Регіональні та територіальні відмінності за рівнями смертності немовлят.** Рівень смертності немовлят має суттєві регіональні відмінності: у 2012 найнижче значення показника (5,7 у Київській області) у 2,2 раза перевищувало найвище значення цього показника (12,7 у Донецькій області). У 2000 р. ця різниця становила 1,9 раза. Відхилення від середнього по країні рівня у бік зменшення спостерігається у 16 регіонах; відповідно, у бік збільшення – у 10 регіонах. Ситуація у Донецькій області є найгострішою: кількість померлих у області немовлят склала у 2011 році більше 10% цієї величини по Україні, а народилося в області у тому ж році лише 8,3% усіх дітей, так само як і у 2010 р<sup>46</sup>. Висока смертність немовлят в цьому регіоні зумовлена негативним впливом екологічних чинників, оскільки Донецька область є однією із найбільш забруднених територій України.

**Соціальні аспекти зниження рівня дитячої смертності.** Позитивний вплив на досягнення цілі має реалізація державного соціального проекту щодо створення мережі «Центрів матері і дитини», яка налічує 19 центрів з перспективою доведення їх кількості до 27 (передбачається створення принаймні одного центру у кожній області). Ці соціальні заклади призначені для тимчасового проживання жінок на сьомому-дев'ятому місяці вагітності та матерів з дітьми віком від народження до 18 місяців, які опинилися в складних життєвих обставинах. Такі центри безоплатно надають жінкам підтримку: починаючи з психологічної і закінчуючи харчуванням та сприянням здобуттю освіти, фаху, навичок самостійного життя матері з дитиною поза межами центру, захистом їх прав та інтересів. Діяльність центрів спрямовано на запобігання ризикам відмови матерів від дитини у пологовому будинку та загрозам здоров'ю і життю дитини.

---

<sup>45</sup> Згідно з наказом МОЗ від 28.12.2002 N 503 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», оптимальна кількість відвідувань лікаря вагітною жінкою за період спостереження на допологовому етапі становить в середньому 10-12 разів.

\* При розрахунку коефіцієнту смертності немовлят беруться до уваги народжені у попередньому році, яким ще не виповнилося 1 року.





**Рис. 3.4.3. Смертність немовлят (померло дітей віком до 1 року на 1000 народжених) у розрізі регіонів України**

Джерело: Держстат України

Помітні відмінності між показниками дитячої смертності у місті й селі виникли у 2004 році, наразі ця тенденція зберігається. За оцінками експертів, до 2004 р. у сільській місцевості мав місце недооблік, який пізніше було виправлено. Показник смертності дітей віком 1 – 4 роки у сільській місцевості становив 67,2 проти 39,9 на 100 тис. осіб у місті. У 2011 р. з кожних десяти тисяч міських річних малюків не мали шансів дожити до 5 років 15 дітей, а сільських – 23 дитини. У цьому віці головними причинами смерті є зовнішні. За даними Держстату, у 2011 році від зовнішніх причин загинула майже кожна третя дитина з числа померлих (288 з 864 смертей дітей у віці від року до п'яти). Абсолютної більшості цих смертей можна було уникнути за умови належного догляду за дитиною.



**Рис. 3.4.4. Смертність немовлят у міських поселеннях та сільській місцевості (померло дітей віком до 1 року на 1000 народжених)**

Джерело: Держстат України

**Вставка 3.5.1. Приклади невідповідності статистичних даних.** Завдання зменшення дитячої смертності сприяло забезпеченню позитивної динаміки і надало додаткового імпульсу боротьбі за збереження нових поколінь. Проте інколи проявляються ознаки рецидивів застарілої хвороби ще радянського періоду – намагання «прикрасити» цифри, видаючи бажане за дійсність. З переходом у 2007 р. на міжнародні стандарти реєстрації живих народжень посилилась тенденція до штучного заниження показника дитячої смертності. В Україні в 2010 р. немовлята з низькою вагою тіла у структурі народжених живими і мертвими становили менше одного відсотка (500–999 г –0,34%; 500–1499 – 0,59%)<sup>47</sup>, тоді як за даними ВООЗ обидві вагові категорії мали б бути представлені частками у межах 1–1,5%. Наявна невідповідність може бути спричинена як недотриманням вимог до зважування, так і свідомим заниженням ваги у новонароджених, які не вижили, *post factum*.

## ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Проблеми на шляху досягнення цілі пов'язані з загальними проблемами системи охорони здоров'я в Україні та складною соціально-економічною ситуацією, яка впливає на стан громадського здоров'я.

**Недостатнім залишається кадрове забезпечення** закладів системи охорони здоров'я лікарями неонатологами, анестезіологами у більшості областей України. Незважаючи на достатній рівень укомплектованості лікарями акушерами-гінекологами, їх більшість сконцентрована у міських закладах охорони здоров'я. Відповідної уваги потребує підготовка фахівців з надання допомоги при невідкладних станах в акушерстві та неонатології. Найбільш гострою є проблема з забезпеченням лікарями первинної ланки. У результаті реформування системи охорони здоров'я медичну допомогу як дорослому, так і дитячому населенню надаватимуть лікарі первинної ланки (сімейні лікарі). Але на сьогодні в Україні зберігається нерівний (а в деяких регіонах вкрай низький) доступ до первинної медико-санітарної допомоги за рахунок фізичної відсутності лікарських амбулаторій та лікарів. Відмінність у забезпеченості амбулаторіями сільського населення сягає 3-х разів, а міського – навіть 10-20 разів. Крім того в країні з кожним роком поглиблюється кадровий дефіцит. На сьогодні лише неуккомплектовано понад 20 тисяч лікарських посад, з них третина у закладах охорони здоров'я сільської місцевості та у первинній ланці. Ситуація ускладнюється ще й тим, що у галузі працює майже 50 тисяч лікарів пенсійного та глибокопенсійного віку, що створює прихований дефіцит лікарських кадрів.

**Недосконала система збору та оцінки необхідної інформації** (відсутність комп'ютерної інформаційної системи за найбільш важливими перинатальними показниками і категоріями пацієнтів), що призводить до того, що достовірні статистичні дані не використовуються для прийняття рішень щодо поліпшення організації та якості медичної допомоги. Нагальною потребою є зміна підходів до забезпечення достовірності статистичних даних про рівень перинатальної смертності та смертності немовлят, а також виживаності дітей з дуже низькою масою. Однією з причин приховування реального рівня смертності та захворюваності, а також реєстрації ускладнень, є існуюча система аналізу перинатальної та материнської смертності, з неминучим покаранням медпрацівника, «який припустив» розвиток ускладнень або загибель пацієнта. Система покарання створює передумови для поширення випадків приховування реальних обставин, які призвели до розвитку смертей матерів і новонароджених, що унеможливорює їх вивчення та винесення уроків з аналізу ситуації. Без цього неможливо розробити дієві рекомендації для запобігання смертельним випадкам.

<sup>47</sup> Моніторинг стану здоров'я матері і дитини : аналітично-статистичний довідник протягом 2010 р. – К. : МОЗ України, 2011. – 48 с.

**Відсутність культури систематичного використання стандартів і протоколів для поліпшення медичної практики.** Як у педіатрії, так і в перинатології іноді має місце недотримання загальноприйнятих, передбачених існуючими в країні національними протоколами, критеріїв діагностики та лікування. Багато з рекомендацій національних протоколів не відповідають сучасному рівню знань і доказів. Іноді застосовуються препарати з недоведеною ефективністю і безпекою, що може негативно впливати не лише на перебіг захворювання та результати лікування, але й мати віддалені ускладнення.

**Знання та навички батьків щодо впливу здорового способу життя, догляду, харчування та розвитку дітей є недостатніми.** Саме з цих причин в Україні рівень виключно грудного вигодовування залишається одним з найнижчих у європейському регіоні. Відсутня культура, особливо серед соціально незахищених верст населення, дотримання принципів здорового способу життя й безпечної життєдіяльності, виконання звичайних санітарно-гігієнічних правил і нескладних профілактичних заходів, що дозволяє зберегти здоров'я, народити й виростити здорових дітей.

**Недооціненим є вплив екологічних чинників на стан здоров'я дитячого населення.** Забруднення довкілля, насамперед промислових зон, зумовлює значне зростання захворюваності (особливо на онкологічні та пульмологічні хвороби) та смертності. Сучасна екологічна ситуація у великих промислових містах України характеризується негативним впливом хімічних речовин, серед яких переважають важкі метали, на мешканців. Надмірне надходження та накопичення важких металів в організмі призводить до порушення його функціонального стану. Так, за статистичними даними, найбільший показник смертності немовлят спостерігається в одному з найбільш забруднених регіонів України - Донецькій області. Структура померлих немовлят у Донецькій області за причинами вирізняється доволі високою часткою «окремих станів, що виникають в перинатальному періоді» - 62,2%.

**Недостатній рівень матеріально-технічного забезпечення та роботи підрозділів, які займаються проведенням медико-соціальної експертизи та реабілітації,** наближення їх діяльності до європейських стандартів. Для переважної більшості громадян країни є недосяжним отримання повноцінного і високоякісного лікування в умовах санаторно-курортних закладів; обмеженими є можливості зміцнення здоров'я дітей в дитячих закладах оздоровлення та відпочинку. Спостерігається негативна динаміка щодо зменшення кількості стаціонарних дитячих закладів оздоровлення і неналежного їх використання (у 2010 році діяло – 815 закладів, у 2011 році – 788 закладів, то у 2012 році діяло 784 заклади). Стан матеріально-технічної бази закладів у багатьох випадках не відповідає сучасним вимогам, що викликає припинення експлуатації цих закладів. Це призводить до погіршення ситуації щодо оздоровлення дитячого населення. Зокрема, у 2012 році відпочинковими послугами забезпечено 65% дітей, а оздоровчими лише 35% дітей (в 2011 році - 31,9%).

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ**

**Забезпечення системного підходу та наявність політичної волі** до збереження темпів зменшення дитячої смертності є надзвичайно важливими. Подальше впровадження Національного проекту «Нове життя — нова якість охорони материнства та дитинства», реалізація Державних програм «Дитяча онкологія», «Репродуктивне здоров'я нації», «Імунопрофілактика та захист населення від інфекційних хвороб», виконання Національного плану дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини мають забезпечити наближення показників дитячої смертності до середньоєвропейських. Крім того, важливим є прийняття Державної програми «Здоров'я-2020: український вимір», окремими розділами якої є турбота про здоров'я дітей і молоді; популяризація здорового способу життя, удосконалення перинатальної допомоги тощо. Ця Програма слугуватиме підґрунтям для реалізації цілісної програми збереження здоров'я нації.

**Удосконалення діяльності педіатричної та перинатальної допомоги** вимагає удосконалення системи моніторингу та оцінки статистичної інформації,<sup>48</sup> забезпечення збору реальних даних щодо захворюваності, смертності і виживання немовлят та дітей. Необхідно скасувати існуючу систему покарання і впровадити конфіденційні і анонімні методи аудиту, засновані на методології ВООЗ «Що криється за цифрами». Подальше розроблення рекомендацій щодо поліпшення клінічної практики та організації медичної допомоги має базуватися виключно на об'єктивних даних оцінки та аудиту.

**Для забезпечення рівного доступу дитячого населення до якісних медичних послуг** необхідним є інституційні зміни та реформування галузі охорони здоров'я в цілому. Нагальним завданням є усунення кадрових диспропорцій як між видами медичної допомоги, так і між медичними закладами сільських та міських територій. Необхідно збільшити обсяги державного замовлення на підготовку лікарів первинної ланки; підвищити роль і залучення середнього персоналу в процес надання та аналізу якості медичної допомоги як в педіатрії, так і в перинатології; підвищити вимоги до кваліфікації сімейних лікарів та медсестер, переглянути програму до- та післядипломного навчання сімейних лікарів, неонатологів, акушерок (з впровадженням вивчення заснованих на доказах, ефективних перинатальних технологій, які рекомендовані національними протоколами).

**Впровадження сучасних методів діагностики і лікування,** покращення забезпечення онкологічних (гематологічних) відділень обладнанням та медикаментами впливатимуть на виконання завдань. Забезпечення пологових будинків реактивами та обладнанням сприятиме зниженню ризиків смертності новонароджених дітей. Також централізована закупівля імунобіологічних препаратів для проведення імунопрофілактики населення (особливо дитячого населення) є надзвичайно важливим чинником впливу на збереження здоров'я дітей.

**Покращення медичного обслуговування, профілактики, забезпечення раннього виявлення та своєчасного лікування** екстрагенітальної патології у дівчаток до 17 років і жінок фертильного віку є нагальним завданням забезпечення сталості тенденцій зменшення дитячої смертності. Для цього необхідно розробити відповідні заходи, у тому числі щодо турботи про здоров'я дівчат-підлітків та жінок фертильного віку<sup>49</sup>. Необхідно також розробити заходи щодо покращення медичного обслуговування вагітних у жіночих консультаціях та акушерських стаціонарах під час пологів. Рівень постнеонатальної смертності новонароджених з масою тіла при народженні більше 1500 г залежить, переважно, від якості надання медичної допомоги в неонатологічних стаціонарах щодо виходжування здорових дітей та лікування хворих<sup>50</sup>. Для зниження рівня перинатальної смертності необхідно першочергову увагу приділяти розробленню системних і комплексних реформ системи охорони здоров'я в цілому та заходам, спрямованим на покращення здоров'я матерів, у тому числі і майбутніх.

У напрямі **підвищення культури систематичного використання стандартів і протоколів** для поліпшення медичної практики необхідно періодично переглядати існуючі і розробляти нові національні керівництва і протоколи, з більш активним залученням професійних асоціацій в цей процес. Слід доопрацювати і спростити процедуру та методологію прийняття та впровадження національних посібників і протоколів. Важливим є забезпечення доступності та своєчасності надходження протоколів до лікарів, що, у поєднанні із

<sup>48</sup> Национальная оценка качества стационарной помощи матерям и новорожденным с применением инструмента ВОЗ

<sup>49</sup> Рівень перинатальної смертності у новонароджених з низькою масою тіла при народженні (менше 1500 г) залежить, в основному, від стану здоров'я жінок до запліднення. Рівень антенатальної та інтранатальної смертності плодів з масою тіла при народженні більше 1500 г залежить від рівня надання медичної допомоги вагітним, роділлям та плодам

<sup>50</sup> Моніторинг стану здоров'я матері та дитини / Міністерство охорони здоров'я України ДЗ Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, 2011. – 48 с.

застосуванням телемедицини, надасть змогу забезпечити рівний доступ дитячого населення до якісних послуг з охорони здоров'я незалежно від місця проживання.

**Оздоровлення дитячого населення** вимагає розроблення заходів для забезпечення своєчасного та достатнього фінансування процесу оздоровлення та відпочинку дітей, які потребують особливої соціальної уваги та підтримки, а також дітей, які потребують особливих умов для оздоровлення. Найвища захворюваність реєструється у віковій групі дітей шкільного віку (лише 7% школярів вважаються повністю здоровими). Завдання відновлення та зміцнення здоров'я дітей вимагає заходів, спрямованих на: подолання негативної динаміки зменшення кількості стаціонарних дитячих закладів оздоровлення і неналежного їх використання, унеможливлення перепрофілювання таких закладів, покращення стану та осучаснення матеріально-технічної бази дитячих оздоровчих закладів, будівництво нових і відновлення функціонування закладів, що тривалий час не працюють. Існуючі дитячі оздоровчі заклади потребують модернізації їх матеріально-технічного стану, удосконалення змісту і структури освітньо - виховної діяльності з урахуванням сучасних вимог.

Збереженню здоров'я дітей сприятиме **підвищення довіри населення до імунопрофілактики**, удосконалення профілактичних та протиепідемічних заходів щодо запобігання поширенню інфекційних хвороб, боротьба з якими проводиться засобами імунопрофілактики. Удосконалення потребують підходи до підвищення дієвості інформаційних кампаній та ефективності санітарно-просвітницької роботи серед населення для розуміння важливості імунопрофілактики. На державному рівні необхідно удосконалити підготовку фахівців з імунопрофілактики, що беруть участь у здійсненні заходів на етапах планування, організації та проведення контролю якості імунобіологічних препаратів. Стабільне фінансування національної програми імунізації та потреб закладів охорони здоров'я у якісних імунобіологічних препаратах для вакцинації дітей, безперебійне та ритмічне їх постачання в регіони також сприятиме зменшенню ризиків захворюваності.

Необхідним є залучення засобів масової інформації для **пропагування здорового способу життя** та проведення роботи з батьками, у тому числі у закладах дошкільної та шкільної освіти, для популяризації систематичних медичних оглядів. Необхідним є сприяння розвитку системи навчання батьків щодо догляду, розвитку, харчування та попередження травм у дітей, у тому числі шляхом розширення Всеукраїнської мережі Тато-шкіл (тобто неформальних освітніх центрів, де чоловіки, які мають позитивний досвід батьківства і пройшли відповідне навчання, допомагають іншим чоловікам стати обізнаними, дбайливими, компетентними і відповідальними батьками). Для надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді на основі «дружнього підходу» доцільно розширювати мережу «Клінік, дружніх до молоді».

**Посилення координації зусиль та реформування системи охорони здоров'я** є запорукою закріплення позитивних тенденцій на шляху досягнення цілі. Підвищення ефективності діяльності педіатричної допомоги вимагає скоординованих зусиль освітніх, соціальних та медичних установ, громадських організацій, що спрямовані на поліпшення умов та нівелювання негативного впливу різних факторів на здоров'я людини (в тому числі і тих, які опосередковано впливають на показники здоров'я, серед яких: освіта та пропагандистсько-просвітницька робота, створення умов для заохочення молоді до здорового способу життя, поширення практик формування здорового способу життя, поліпшення доступу до безпечної питної води, адекватної санітарії і чистого, безпечного навколишнього середовища тощо).

## ЦІЛЬ 5: ПОЛІПШЕННЯ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІВ

Збереження життя та здоров'я матерів в Україні є пріоритетним завданням з огляду на його виключно важливу суспільну значущість. Зниження материнської смертності має бути забезпечено насамперед шляхом поліпшення якості послуг на етапі первинної медико-санітарної допомоги. Рівень здоров'я матерів віддзеркалює якість роботи родопомічних закладів, ефективність впровадження наукових досягнень у практику закладів охорони здоров'я та вплив взаємодії економічних, екологічних, культурних, соціально-гігієнічних та медико-організаційних чинників на здоров'я нації.

### ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

<i>Завдання</i>	<i>Індикатори</i>
Завдання 5.A: 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

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012	2015
Індикатор 5.1. Рівень материнської смертності, кількість материнських смертей у 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	17,6	13,6**	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	17,95	17,9	13,3		15,1

\* з 2005 року Україна перейшла до кодування смертності у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб Десятого перегляду. Розраховані до і після такого переходу індикатори не є співставними, тому індикатор 5.1. представлено двома динамічними рядами.

\*\* розрахунковий показник за даними МОЗ України

У таблиці наведені фактичні дані до 2011 року включно, розрахункове значення показників на 2012 рік та цільові показники 2015 року.

До встановлення завдань ЦРТ рівень материнської смертності вважався здебільшого критерієм якості організації родопомічної допомоги, її доступності та ефективності роботи системи охорони здоров'я. Сучасне розуміння материнської смертності в Україні дозволяє трактувати її також у контексті усіх чинників, які формують репродуктивне здоров'я – економічних, екологічних, соціально-гігієнічних, культурних, освітніх тощо. У 2000 році показник материнської смертності становив 24,7 на 100 тис. народженими живими (середньоєвропейський рівень на той час складав близько 20<sup>51</sup>), тому Україна взяла на себе зобов'язання наблизитись до середньоєвропейського рівня. З огляду на динаміку позитивних зрушень та з урахуванням прогнозованих тенденцій соціально-економічного розвитку цільовий показник було переглянуто та встановлено більш амбітне завдання (знизити значення показника до 13,0 у 2015 році). ЦРТ допомогли привернути увагу суспільства до проблем дитячої та материнської смертності й стимулювали певні законодавчі та інституційні ініціативи.

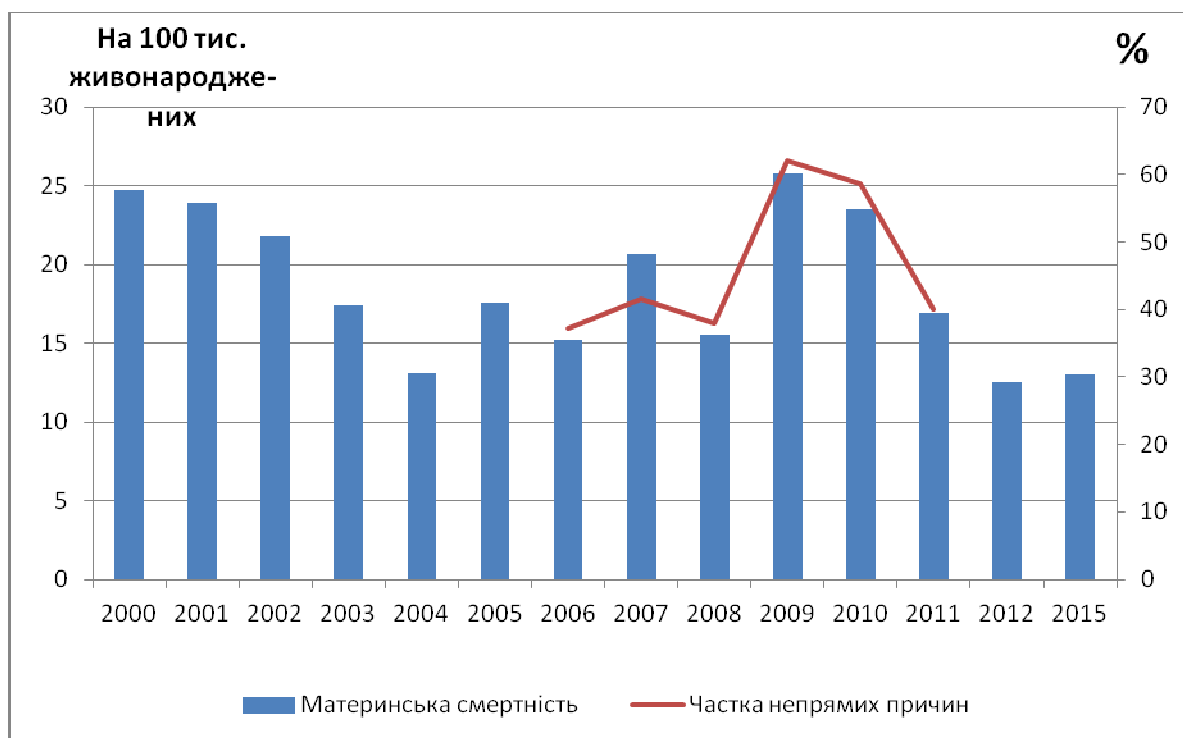
### СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

**Тенденції показників материнської смертності.** У 2012 р. материнська смертність в Україні знизилась до рівня 13,6 на 100 тис. народжених живими, тобто цей рік був ознаменований максимальним наближенням до цільового показника 2015 р., навіть з урахуванням переходу до нового кодування причин смерті.

<sup>51</sup> Оценка материнской смертности по регионам мира, 2000 год  
<http://demoscope.ru/weekly/2005/0199/reprod01.php>

**Вставка 3.5.1. Нові критерії кодування причин смерті.** З 2005 р. Україна перейшла до кодування причин смерті, зокрема материнської, у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних із здоров'ям Десятого перегляду. Новацією кодування є введення поняття «пізня материнська смерть» – смерть, що настала пізніше, ніж через 42 дні після припинення вагітності від причин, пов'язаних з нею (гнійно-септичні, декомпенсація серцево-судинної патології тощо).

Проте динаміка цього показника не була однозначною, сталої тенденції вона набула лише з 2010 року.



**Рис. 3.5.1. Материнська смертність та відсоток непрямих причин у її структурі**  
Джерело: Кабінет міністрів України, МОЗ України, Держстат України

На сьогодні показник материнської смертності перевищує аналогічний показник країн Євросоюзу (6,0 на 100 тис. народжених живими<sup>52</sup>), незважаючи на значне зниження даного показника з 31,3 на 100 тис. народжених живими у 1992 р. до 13,6 на 100 тис. народжених живими у 2012 р. (, тобто майже вдвічі - на 43%).

**Вставка 3.5.2. Підвищення інформативності показника: рівень материнської смертності.** Експерти зазначають, що при значному зниженні материнської смертності, вона перестає бути достатньо інформативним показником, який можна використовувати для подальшого поліпшення якості акушерської допомоги. Можливості сучасної медицини дозволяють рятувати пацієнток з вкрай важкими акушерськими ускладненнями, але проблемою залишається їх подальша інвалідизація. Для кращого розуміння механізмів розвитку термінальних станів, пов'язаних з вагітністю, правильної оцінки можливих витрат при організації акушерської допомоги, у світі все ширше враховують і аналізують не лише випадки смерті, але й випадки успішного виведення з критичного стану, тобто випадки «близькі до втрати». Облік і аналіз

<sup>52</sup> Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. World Health Organization, 2012.

важких випадків з позитивним результатом дозволяє краще оцінити якість акушерської допомоги та розробити методи профілактики материнської смертності.<sup>53</sup>

**Основні причини материнської смертності.** У структурі причин материнської смертності протягом останніх років на першому місці (понад 50%) - екстрагенітальна патологія та акушерські кровотечі. Понад 60% випадків материнських смертей пов'язано з суто акушерськими причинами (акушерські кровотечі, сепсис, акушерські емболії). Водночас відсоток випадків смертей жінок від причин, пов'язаних із ускладненнями внаслідок важкої екстрагенітальної патології, знизився на 9%, проте майже вдвічі зросла кількість септичних ускладнень (з 10,8 до 23,1%), що потребує аналізу та вживання відповідних заходів<sup>54</sup>.

Близько 15–17% вагітних з тяжкою екстрагенітальною патологією потребують своєчасної госпіталізації до спеціалізованих багатопрофільних медичних закладів у зв'язку з високим ризиком розвитку ускладнень<sup>55</sup>. На рис. 3.5.1. чітко простежується залежність рівня материнської смертності в Україні від поширеності непрямих причин, тобто патологій, які не пов'язані з вагітністю. У 2009-2010 рр. непрямі причини становили близько 60% у структурі материнської смертності, а у 2011 р. – вже 40%, що свідчить про ефективність заходів щодо покращення репродуктивного здоров'я.

**Стан здоров'я вагітних жінок в Україні.** Понад 40% дорослого населення України (у тому числі й жінки дітородного віку) віком від 18 до 65 років мають принаймні одне хронічне захворювання або стан, понад 7% — мають декілька (три чи більше) хронічних захворювання чи стани<sup>56</sup>. Аналіз причин смерті жінок дітородного віку дозволяє визначити найбільш нагальні проблеми, які необхідно розв'язати для досягнення подальшого прогресу на шляху до здорового материнства.

Анемії діагностуються практично у кожній четвертій вагітній, що перебуває під наглядом жіночих консультацій МОЗ під час вагітності. Це викликає тривогу, адже дана патологія значним чином залежить від якості і повноцінності харчування (що обумовлено передусім соціально-економічним становищем сімей та обізнаністю щодо раціонального харчування як взагалі, так і під час вагітності). Розлади здоров'я жінки (соматичного і репродуктивного) перешкоджають репродуктивним планам сімей. Так, під час національного соціально-демографічного дослідження 16,9% опитаних жінок проблеми зі здоров'ям назвали у переліку основних перепон народженню бажаної кількості дітей<sup>57</sup>. Рівень безпліддя в Україні складає 3,5-2,8 на 1000 жінок і 0,5 - чоловіків, на 1000 чоловіків. У цілому з проблемою безпліддя стикаються 6,8% подружніх пар репродуктивного віку. Однак є і позитивна динаміка. Частота ускладнених пологів в Україні знизилася з 40,8% в 2008 році до 30,7% у 2012 році, частка нормальних пологів зросла з 59,2% до 69,3%<sup>58</sup>.

Запобігання материнської смертності сприяє раннє (до 12 тижнів) охоплення вагітних диспансеризацією. У 2012 році практично всі жінки з ранніх строків вагітності перебувають на диспансерному обліку. У 2008 році рівень охоплення становив 90% вагітних жінок.

53 Материнская смертность в Восточной Европе и Центральной Азии

<http://demoscope.ru/weekly/2012/0529/reprod01.php>

54 Дані МОЗ України <http://health.unian.net/ukr/detail/245978>

55 Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні : практичні настанови / за ред. Р.О. Моїсеєнко. Міністерство охорони здоров'я України, 2012. – 111 с.

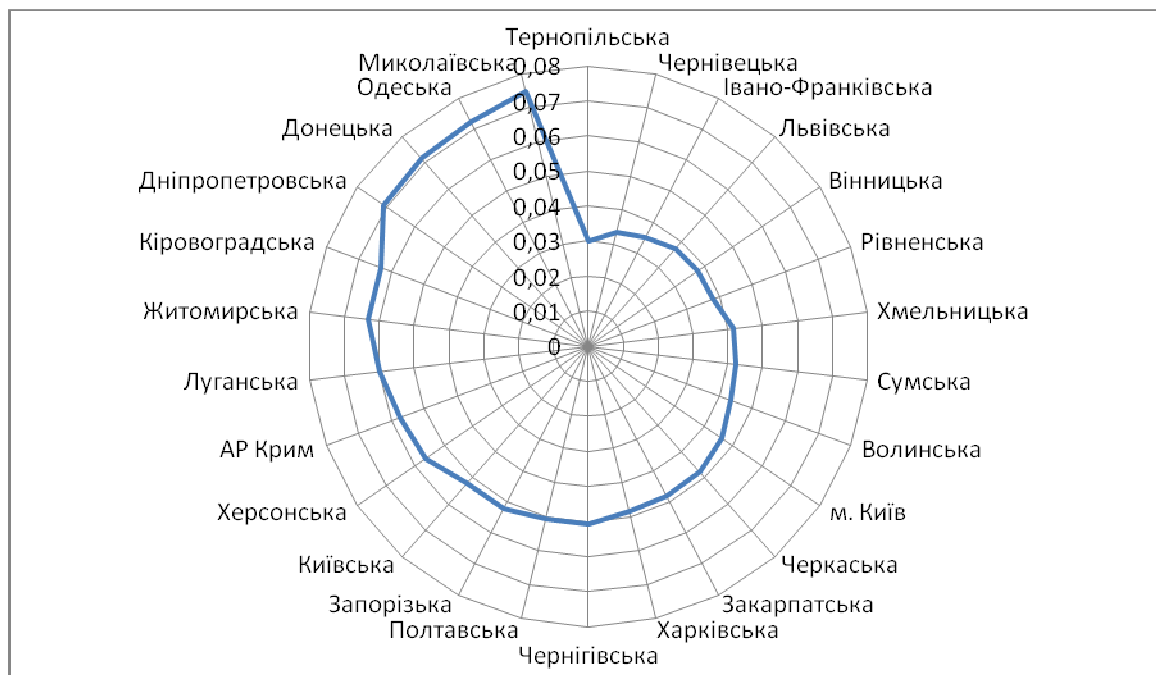
56 Основні причини високого рівня смертності в Україні / дослідження із серії «Здоров'я людини та демографія».. — К.: ВЕРСО-04 – 2010. – 60 с.

57 Шлюб, сім'я та дітородні орієнтації в Україні. – К.: АДЕФ-Україна, 2008. – 256 с.

58 Информационный портал по проблемам бесплодия, вспомогательным репродуктивным технологиям и ЭКО <http://www.probirka.org/newsflash/4851-v-ukraine-okolo-milliona-par-besplodni.html>



**Регіональні та територіальні особливості материнської смертності.** Адекватним показником здоров'я жінок слугує також рівень смертності від усіх причин, який у парі з материнською смертністю суттєво знизився останніми роками. Однак розбіжність між містом і селом зберігається й надалі.



**Рис. 3.5.2. Імовірність померти в інтервалі віку 15-49 років у 2011 р. за регіонами України**  
*Джерело: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України.*

На відміну від загальної смертності, материнська смертність сільських жінок (15,0 у 2011 р.) нижче міського показника (17,9) – вочевидь через те, що у складних випадках вагітну жінку везуть до міста. Значні регіональні відмінності у смертності жінок дітородного віку вказують як на існування суттєвих розбіжностей в умовах та способі життя жінок, так і на очевидну наявність резервів поліпшення жіночого здоров'я. У 2011 р. різниця між найвищим показником у Миколаївській області (імовірність померти у віці 15-49 на 1000 жінок відповідного віку) – 74,9 та найнижчим у Тернопільській – 30,0 становила 2,5 рази.

У регіональному плані в Україні смертність осіб ( у тому числі й жінок) у віці 14–35 років вирізняється значною диференціацією. У 2010 р. до областей, які виділялись підвищеним рівнем смертності належали: Миколаївська, Донецька, Чернігівська, Кіровоградська, Київська та м. Севастополь, де показники смертності в 1,3–1,4 раза перевищували відповідний середньо-український рівень. У західних областях, зокрема Чернівецькій, Тернопільській, Івано-Франківській, Львівській та Закарпатській спостерігаються нижчі показники смертності.

**Рівень абортів в Україні.** Руйнівний вплив на жіночу репродуктивну сферу справляють аборти. Кількість абортів у розрахунку на 1000 жінок дітородного віку було зменшено до відмітки 15,1, тобто завдання за цим показником було досягнуто ще у 2010 році. Знижується також показник абортів у співвідношенні з народженнями, за останніми даними, Україна практично вийшла на європейський рівень за цим показником.

Особливо помітним є скорочення кількості абортів серед жінок старшого дітородного віку. Досягнуті результати – це, передусім, зростання освіченості жінок та забезпечення доступності ефективної контрацепції. Згідно даних соціологічних досліджень 2012-2013 років щодо поширеності контрацепції в Україні, 65,4% жінок віком 15-49 років використовують певний метод контрацепції (47% з них віддають перевагу сучасним методам контрацепції, 18,4% жінок користувалися традиційними методами). Загальний рівень використання

контрацепції у міських поселеннях помітно перевищує рівень у сільській місцевості. Ці відмінності стосуються, насамперед, використання сучасних контрацептивних методів, які використовує кожна друга заміжня жінка (50,3%), яка проживає у містах, тоді як серед сільських жінок частка тих, хто вибирає сучасні методи, становить лише 37,1%.<sup>59</sup> Кожна п'ята жінка репродуктивного віку не має змоги отримати послуги щодо планування вагітності та народження бажаного числа дітей.

Позитивним є те, що за даними досліджень абсолютна більшість (понад 80%) вагітностей за останні три роки закінчилися народженням живої дитини. Лише 13,8% закінчилися абортами. Це можна оцінити як прогрес, оскільки порівняно з попереднім дослідженням 2007 року аналогічний показник досягав 25,3%. Регіональні відмінності розподілу абортів коливаються від 8,3% у західних регіонах до 34,8% - у центральних регіонах України.

Як і раніше, неприпустимою великою залишається поширеність підліткових вагітностей, які призводять або до абортів і подальшого розладу репродуктивного здоров'я, або до народження дитини у віці, коли мати сама ще є дитиною. У 2011 році виявлено вагітність у 96 з кожних 10 тис. дівчат віком 15-17 років, а одна з кожних 10 тис. дівчат віком до 14 років народила дитину. За даними Державної медичної статистики, 2010 року понад 7% офіційно зареєстрованих абортів у країні зроблено дівчатам віком від 10 до 17 років. Зокрема, серед дівчат віком до 14 років аборти зробили 0,05% цієї вікової групи, а серед дівчат 15–17 років — 1,4%. Водночас, спостерігається високий коефіцієнт народжуваності жінок віком 15–19 років — 2010 року він становив 28,8 (2009 року — 31,2).

В Україні питання розроблення спільних заходів боротьби з високим рівнем абортів широко обговорюються, не обмежуючись лише медичними аспектами. Позиція Уряду України передбачає широку взаємодію представників охорони здоров'я, освіти, різних релігійних конфесій та громадських організацій саме у сфері профілактики та заборони абортів. Важливим є пропаганда здорового способу життя, духовних, морально-етичних, культурних цінностей, утримання від раннього початку статевого життя і від до- та поза- шлюбних статевоїх стосунків, адже відповідальна поведінка є найефективнішим засобом запобігання абортів та хворобам, які передаються статевим шляхом. Попри наявну різноманітність думок і позицій стосовно проблеми штучного переривання вагітності, в країні склалася однакове бачення цінності нового людського життя, усвідомлення суспільної і особистої відповідальності за його збереження.

**Моніторингова та інформаційно-просвітницька робота.** Розглядаючи кожний випадок материнської смерті як екстраординарну подію, спеціальна Експертна комісія Міністерства охорони здоров'я піддає його ретельному аналізу, за наслідками якого розробляються та впроваджуються заходи, спрямовані на попередження таких випадків. У квітні 2013 р. було проведено кваліфікаційну перевірку акушерів-гінекологів по всій Україні. Для удосконалення акушерської допомоги проводиться робота щодо поширення свідомого ставлення до батьківства як жінки, так і чоловіка. Підготовка майбутніх батьків до народження дитини здійснюється у «Школах відповідального батьківства» при жіночих консультаціях. У більшості регіонів країни створено мережу служб планування сім'ї та дитячої та підліткової гінекології. У консультативних пунктах центрів соціальних служб для молоді здійснюється пропаганда важливості збереження репродуктивного здоров'я та його способів.

Зростає активність клінік, дружніх до молоді (КДМ), у напрямі інформаційно-просвітницької роботи. І з року в рік зростають як обсяги таких робіт, так і кількість осіб,

---

<sup>59</sup> Звіт по результатам Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств в Україні, 2012-2013 роки / Попередні результати

охоплених ними. Так, наприклад, за 2010 рік кількість осіб, охоплених різними формами профілактичної роботи зросла на 78%. Індивідуальними формами профілактичної роботи охоплено 116241 клієнт КДМ (80%) проти 77155 осіб (78%) у 2009 році. Серед групових форм санітарно-освітньої роботи переважають бесіди. Пріоритетними напрямками діяльності таких клінік залишаються питання запобігання інфікуванню ВІЛ та інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також пропаганда здорового способу життя.

Значну роль у виконанні завдань, що стоять перед Україною у напрямі збереження репродуктивного здоров'я населення та покращення планування сім'ї, відіграють міжнародні неурядові організації. Реалізація проектів міжнародної технічної допомоги сприяла впровадженню сучасних принципів планування сім'ї, покращенню підготовки родинних пар до вагітності та пологів, запровадженню контролю за нормальним протіканням вагітності, раціональним веденням пологів, забезпеченню присутності батька або іншої близької людини при народженні дитини тощо.

**Програмне оточення та оцінки.** В Україні визначено стратегічні напрями збереження репродуктивного здоров'я населення, за якими було розроблено та реалізовано Державну програму «Репродуктивне здоров'я на період 2001-2005 рр.» та Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 роки», яка наразі послідовно впроваджується. Виконання заходів програми спрямовано на безпечне материнство, формування репродуктивного здоров'я у дітей та молоді, збереження репродуктивного здоров'я населення та удосконалення системи планування сім'ї. У 2008-2010 роках спільно з ВООЗ було проведено Стратегічну оцінку політик, програм і досліджень «Аборти та контрацепція в Україні». Завдяки цьому дослідженню вдалося отримати дані про сучасний стан впровадження національних політик та програм у сфері репродуктивного здоров'я, визначити існуючі бар'єри, що заважають поліпшенню репродуктивного здоров'я населення та розробити подальші кроки для вирішення проблеми.

## **ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ**

В Україні існують великі резерви поліпшення здоров'я матерів. Державна політика, спрямована на поліпшення здоров'я матерів, здійснюється шляхом проведення комплексу цілеспрямованих заходів, які дозволяють забезпечити максимально можливий рівень медичної допомоги за існуючого рівня правових, фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів.

**Вплив загальних проблем у сфері системи охорони здоров'я.** Сьогодні система охорони здоров'я перебуває у стані реформування, в ході якого виявляються проблеми, які, у тому числі, стосуються і збереження здоров'я жіночого населення. Насамперед, це орієнтація системи охорони здоров'я на епізодичну боротьбу з хворобами, відсутність системних підходів, недостатня увага до цілісності державної політики щодо профілактики захворюваності та комплексного медико-санітарного обслуговування. Широка мережа стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних закладів акушерсько-гінекологічної служби, на перший погляд, сприяє доступності спеціалізованої допомоги. Проте допомога при пологах на рівні дільничних, районних та окремих центральних районних лікарень, де реєструється менше 400 пологів у рік (30–60% пологових відділень в областях), зумовлює високі ризики ускладнень у пологах та високий показник материнських і перинатальних втрат через відсутність цілодобового чергування лікарів неонатологів і акушерів-гінекологів, повільне впровадження сучасних перинатальних технологій та недостатнє оснащення необхідним медичним і лабораторним обладнанням. Рівень економічних витрат на одні пологи в таких закладах є мінімум втричі більшим за такий у потужних пологових стаціонарах<sup>60</sup>.

<sup>60</sup> Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні : практичні настанови / за ред. Р.О. Моїсеєнко. Міністерство охорони здоров'я України, 2012. – С.7-8.

**Недоліки організації медичної допомоги.** Існуючий принцип організації медичної допомоги та система її фінансування не покриває витрат на родопоміч. Часто жінки платять в лікарняну касу «добровільні» внески для пологів або набувають різного роду страховки, або змушені купувати багато лікарських препаратів та витратні матеріали, платити за обов'язкові дослідження під час вагітності. Це обмежує рівний гарантований державою доступ жінок до якісної медичної допомоги.

**Ведення багатьох станів та ускладнень вагітності не відповідає міжнародним стандартам** і заснованим на даних доказової медицини посібникам, широко поширеними практиками є гіпердіагностика і необґрунтоване призначення препаратів. Проблемним питанням також є недостатній рівень матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають послуги у сфері репродуктивного здоров'я, зокрема зношеність або застарілість діагностичної апаратури (не в кожному медичному закладі є апарати УЗД з вагінальним датчиком). Незважаючи на достатній рівень укомплектованості лікарями акушерами-гінекологами, їх більшість сконцентрована у міських закладах охорони здоров'я. Особливої уваги потребують питання щодо підготовки фахівців з надання допомоги при невідкладних станах в акушерстві, сімейних лікарів із знаннями і уміннями вести фізіологічну вагітність.

**Поширеність екстрагенітальної патології вагітних** призводить до збільшення кількості ускладнень під час пологів, що спричиняє виникнення хвороб у новонароджених, а також впливає на рівень захворюваності дітей віком до 14 років та дитячої і материнської інвалідності. Основною причиною цього є низький рівень планування вагітності. Вагітні недостатньо інформовані про ознаки ускладнень вагітності та необхідності звернення до лікаря.

**Високий рівень безпліддя** українських сімей (для жінок – 3,5-2,8 на тисячу осіб, а для чоловіків – 0,5 на тисячу осіб) можна віднести до прямих репродуктивних втрат. Одним з основних факторів розладу репродуктивного здоров'я населення вважаються інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, які в підлітковому та дорослому віці нерідко стають причиною безпліддя, невиношування вагітності, онкологічні патології, а також внутрішньоутробне інфікування плода з можливими тяжкими наслідками і навіть вадами розвитку. Прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності щороку в державі становлять 36-40 тис. ненароджених дітей за експертними оцінками.

**Високий рівень штучного переривання вагітності**, особливо в деяких регіонах України (Севастополь – 20,2 абортів на 1 тисячу жінок репродуктивного віку, Кіровоградська область – 19,0, Київська область – 17,62, Вінницька область – 17,12, Херсонська область – 17,03, Донецька область – 16,68) що впливає на фертильність і перебіг наступної вагітності і пологів. Разом з тим адекватно оцінити ситуацію з контролем народжуваності в Україні складно з причини відсутності офіційної звітності. Адже контроль народжуваності не входить до рахунків МОЗ як окрема функція охорони здоров'я в рамках національної програми репродуктивного здоров'я; діяльність по контролю народжуваності розподілена, окрім МОЗ, ще між кількома міністерствами.

**Розповсюдження інфекцій, що передаються статевим шляхом**, пов'язане як з поширенням «сексуальної революції», так і падінням рівня життя частини населення, безробіттям, а також підвищенням мобільності населення, інтенсивною міграцією у межах країни і за її кордони. В Україні рівень захворюваності, а отже, і внесок цих інфекцій у порушення репродуктивного здоров'я матерів, є набагато вищим ніж у розвинених країнах Європи. За дослідженнями 2009 року, досвід статевого життя році у віці 15–17 років вже

мають 42% учнівської молоді (55% – хлопців та 31% дівчат) (у 2012 році – 60%). Від 7 % до 15% підлітків (залежно від місця навчання) вступили в статеві стосунки до 15 років. Значна частина дівчат незалежно від місця навчання, практикує незахищений секс: майже кожна четверта дівчина з тих, що мали статеві стосунки, під час останнього статевого акту не користувалася презервативом. Найчастіше молоді люди отримують знання щодо методів контрацепції з телепрограм (41%), Інтернету, від друзів й однокласників (по 31%) та медичних працівників (25%). Тобто нагальним продовжує залишатися питання первинної профілактики з попередження ризикованої поведінки молоді та протидії поширенню соціально-небезпечних хвороб<sup>61</sup>.

**Незадовільний стан здоров'я підлітків.** Спостерігається негативний вплив поширення порнографії, пропаганди сексуального насильства, широкого рекламування шкідливих звичок (тютюнокуріння, вживання алкоголю, наркотиків) на стан здоров'я молоді. За даними ВООЗ, близько 2/3 випадків передчасної смерті та 1/3 випадків хронічних захворювань пов'язані з умовами та способом життя підлітка. Це, зокрема, і негативний вплив паління, вживання алкоголю, недостатні фізичні навантаження, схильність до насилля, раннє статеве життя<sup>3</sup>. В Україні 30% підлітків<sup>4</sup> оцінюють власне здоров'я як «посереднє» або «погане», і ця кількість з віком зростає. 14% повідомляють про наявність медичного діагнозу хронічного захворювання, інвалідності або інших медичних обмежень. Водночас 19% підлітків мають труднощі у звертанні по допомогу до будь-якого доступного медичного закладу без батьків<sup>62</sup>.

**Низький рівень відповідальності за збереження власного здоров'я та завищена самооцінка його стану.** За даними соціологічних досліджень серед молоді, у 2010 р., найбільш позитивно оцінювали стан свого здоров'я молоді 14-17 років: 72,3 % дали оцінки «дуже добре» та «добре», лише менше третини осіб зовсім не стикалися з хворобами. У молоді віком 18-24 роки позитивне сприйняття знижується: майже дві третини визначають своє здоров'я як «дуже добре» та «добре». У віковій групі 25-35 років до позитивних оцінок про стан здоров'я вказує тільки 58,4 % осіб<sup>63</sup>. За час навчання у загальноосвітньому навчальному закладі школярі втрачають щонайменш третину свого здоров'я. Зокрема погіршуються зір (в 3 рази), слух (в 1,3), осанка (в 4,6), зростає кількість випадків захворювань нирок (в 1,5), на хвороби органів травлення (у 2,5), нервової системи (у 2), збільшується частота хвороб ендокринної залози (у 2,5). Окремо слід відзначити, що у порівнянні з 2005 роком (9113,8 на 10 тис. відповідного населення) підліткова захворюваність за всіма класами хвороб у 2010 р. зросла на 19 %, а найвищий рівень захворюваності спостерігався у Київській, Харківській, Вінницькій областях та м. Києві<sup>64</sup>. Це в подальшому формуватиме структуру екстрагенітальної патології вагітних і ускладнюватиме ситуацію як з материнською, так і дитячою смертністю.

**Вставка 3.5.3. Недостатній рівень усвідомлення особистої відповідальності за своє здоров'я серед молоді.** В Україні, за даними опитувань, понад 52% підлітків не усвідомлюють ризик ВІЛ-інфікування, вважаючи, що це їм взагалі не загрожує або є малоімовірним. Водночас 42% опитаної учнівської молоді віком 15–17 років мають досвід статевого життя (55% — серед хлопців, 31% — серед дівчат); від 7 до 15% підлітків (залежно від місця навчання) вступали в статеві стосунки до 15 років; значна частина дівчат практикують незахищений секс (серед студенток ВНЗ II — IV рівнів акредитації 31% дівчат ігнорували презерватив під час останнього статевого акту<sup>65</sup>.

<sup>61</sup> За результатами Державної доповіді «Молодь за здоровий спосіб життя»

<http://www.mzz.com.ua/vidannya/derzhavna-politika-formuvannya-mzz>.

<sup>62</sup> Стан та чинники здоров'я українських підлітків: моногр. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх та ін.: наук. ред. О. М. Балакірева. — К.: ЮНІСЕФ, Ін-т соціальних досліджень ім. О. Яременка. — К.: «К.І.С.», 2011

<sup>63</sup> Дослідження, проведене Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді «Ставлення молоді до здорового способу життя» (2010 р.)

<sup>64</sup> Матеріали Міністерства охорони здоров'я України до щорічної доповіді Президенту України «Стан молоді в Україні» / к.м.н. Н.В. Медведовська, к.м.н. Г.В. Курчатова (2010 р.)

<sup>65</sup> Проведення повторної оцінки клінік, дружніх до молоді / Амджадін Л.М., Коноплицька Т.О.,

**Недоліки державної політики щодо покращення фізичного стану молоді та популяризації здорового способу життя.** В Україні робота щодо підвищення особистої відповідальності за власне здоров'я не перебуває у центрі суспільної уваги. Загалом стан фізичного розвитку молоді в Україні є достатньо проблемним. Сучасні дослідження показують, що в процесі дорослішання частка молодих людей, які займаються фізичним розвитком, зменшується. По-перше, не завжди є відповідні умови для проведення занять обраними видами рухової активності. По-друге, такі заклади не є доступними для більшості населення, особливо для молодих сімей з дітьми. Як результат в Україні лише кожен п'ятий школяр та кожен десятий студент мають достатній рівень рухової активності оздоровчої спрямованості, що є одним з найнижчих показників у Європі. Водночас 60 % українських школярів неспроможні виконати вимоги загальноєвропейських тестів фізичної підготовленості «Єврофіт». З віком рухова активність учнівської молоді знижується та збільшується відсоток тих, хто не практикує у звичайному розкладі дня будь-яких фізичних вправ або тренувань: від 3% серед дітей у шостому класі до 9–10% серед студентів вищих навчальних закладів I–IV рівнів акредитації. Загалом, в залежності від віку та місця навчання, майже 76 % молоді віддають перевагу пасивним формам проведення дозвілля (перед телевізором або за комп'ютером). Серед молоді віком 18-24 роки понад половина мають незадовільну фізичну підготовку. У зв'язку з цим постає питання всебічної активізації фізкультурно-спортивної роботи як генеруючого чинника здорового способу життя учнівської та студентської молоді та готовності стати відповідальними батьками.

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ**

На державному рівні для забезпечення тенденції зменшення материнської смертності необхідно послідовно впроваджувати програмні заходи з забезпеченням належного рівня їх фінансування, а також активно залучати до співпраці громадські та міжнародні організації.

**Удосконалення діяльності перинатальної та акушерсько-гінекологічної допомоги** передбачає здійснення дієвих заходів державної політики у цій сфері. Необхідним є посилити роботу для вирішення питань кадрового забезпечення (рекомендації наведено у підрозділі 3.4.). Також важливо активно проводити політику щодо розподілу акушерських стаціонарів на три рівні, кожен з яких має специфічні завдання і повноваження. Необхідно визначити чіткі критерії до рівня закладу, де має надаватись акушерська і неонатальна допомога, та привести кожен лікувально-діагностичний заклад різного рівня у відповідність до табеля оснащення. На державному рівні необхідно забезпечити належне фінансування надання своєчасної і безпечної перинатальної допомоги кожній вагітній, незалежно від соціального статусу, матеріального становища і місця проживання. Для цього важливим є забезпечення всіх акушерських відділень препаратами для надання невідкладної медичної допомоги у разі кровотеч, необхідними витратними матеріалами для впровадження сучасних перинатальних технологій відповідно до рекомендацій ВООЗ. Також доцільним є забезпечення родопомічних закладів комп'ютерами для проведення моніторингу за вагітними, роділлями та породіллями високого ступеня акушерського та перинатального ризику.

**Координація діяльності перинатальної служби.** Необхідно забезпечити координованість діяльності перинатальної служби різних рівнів: координація усієї перинатальної служби всередині регіону регіональним перинатальним центром III рівня, координація діяльності регіональних перинатальних центрів III рівня Державного перинатального центру (ДПЦ) «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук» (ІПАГ НАМН) України<sup>66</sup>.

---

Лисенко О.М., Ріветт Д., Ходорівська Н.В. – К.: «К.І.С.», 2012. – 112 с.

<sup>66</sup> Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні : практичні настанови / за ред. Р.О. Моїсеєнко. Міністерство охорони здоров'я України, 2012. – 111 с.

**Запровадження сучасних методів організації медичної допомоги** сприятиме зменшенню ризиків ускладнень. Так, наприклад, телемедицина є дієвим інструментом надання допомоги у разі неможливості транспортування пацієнтки до спеціалізованого та високоспеціалізованого медичних закладів, тобто навіть забезпечення можливості проводити ведення жінки у режимі дистанційного консультування призведе до позитивних результатів. Обов'язковою умовою є динамічне спостереження, що забезпечується регулярними повідомленнями лікаря про стан спостережуваної телефоном або іншим телекомунікаційними засобами з інтервалами не більше шести годин, а за необхідності – і частіше до стабілізації стану хворої, виїзд бригади фахівців для надання допомоги відповідно до алгоритму дій лікаря.

**Забезпечення можливості транспортування.** В ході розвитку перинатальної допомоги особливу увагу необхідно приділяти забезпеченню можливості транспортування вагітних жінок і новонароджених з групи високого перинатального ризику з однієї лікарні до іншої, а також у кожному перинатальному центрі III рівня необхідно передбачити створення виїзних консультативних бригад, до складу яких обов'язковим є включення висококваліфікованих фахівців. За необхідності до складу виїзної транспортної (консультативної) бригади можуть бути включені суміжні фахівці залежно від клінічної ситуації (хірург, гематолог, уролог, невролог тощо).

**Для зменшення поширеності екстрагенітальної патології вагітних** необхідно посилити профілактичну спрямованість медичних послуг, для чого потрібно продовжувати роботу з розвитку інституту сімейного лікаря. Також необхідно забезпечити підтримку діяльності лікаря первинної ланки (сімейного лікаря), для чого необхідно розробляти стратегії надання послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я, починаючи з дитячого віку. У цілому, необхідним є створення системи підготовки (тренінгів, тренінгових центрів) сімейних лікарів і лікарів загальної практики з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. Важливим є питання впровадження стандартів/протоколів забезпечення послуг з планування сім'ї для первинної ланки медичної допомоги (сімейних лікарів/ лікарів загальної практики), лікарів жіночої консультації і центру планування сім'ї та репродукції людини відповідно до рекомендацій ВООЗ. Необхідно розробляти та забезпечувати населення інформаційними матеріалами з питань профілактики онкогінекологічних та екстрагенітальних захворювань жінок.

**Зниження рівня розповсюдження інфекцій, що передаються статевим шляхом,** передбачає заходи з застосування первинної профілактики ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом. Необхідно проводити заходи, спрямовані на профілактику та підвищення обізнаності загального населення, включаючи програми сексуального та репродуктивного здоров'я. Також доцільно впроваджувати заходи для підвищення рівня інформування населення (як жінок, так і чоловіків) стосовно безпечних і ефективних методів і засобів планування сім'ї, щодо потенційних наслідків хвороб, що передаються статевим шляхом, та можливостей запобігання ризику зараження.

**Підвищення рівня особистої відповідальності за збереження здоров'я** вимагає необхідність на державному рівні активно розробляти та реалізувати заходи, спрямовані на пропагування, формування і заохочення до здорового способу життя, відповідального батьківства та безпечного материнства; інформувати населення з питань відповідального ставлення до охорони особистого здоров'я. З цією метою доцільно використовувати методи соціальної реклами, співпрацювати з неурядовими організаціями, особливо молодіжними. Також важливо розробити засади просвітницької роботи для дітей, підлітків та молоді з питань здорового способу життя, планування сім'ї та профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом, а також профілактики захворювань (проведення просвітницьких заходів у навчальних закладах, видання відповідної літератури, соціальної реклами, запровадження скриньок запитань-відповідей в навчальних закладах).

**Для покращення фізичного стану молоді та популяризації здорового способу життя** на державному рівні необхідно розробити дієві інструменти впровадження в українському суспільстві засад здорового способу життя, популяризації «інституту» сім'ї. Необхідною умовою успішності такої роботи є активна міжсекторальна взаємодія медичних працівників, освітян, представників засобів масової інформації, громадських організацій, церкви. На державному рівні необхідно сприяти розвитку доступної для всіх громадян інфраструктури та індустрії здоров'я. На законодавчому рівні доцільно посилити відповідальність за продаж тютюнових та алкогольних виробів неповнолітнім дітям. Необхідним є залучення приватного сектору до цієї роботи, у тому числі в рамках соціальної відповідальності бізнесу та державно-приватного партнерства.

Наявні державні ресурси необхідно сконцентрувати на найбільш перспективних щодо результативності та економічної ефективності напрямках охорони та відновлення здоров'я жінок-матерів. Успіх залежатиме не лише від обсягу матеріальних ресурсів, а й політичної волі та відповідальності за долю майбутніх поколінь.



## ЦІЛЬ 6: ОБМЕЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ЗАПОЧАТКУВАННЯ ТЕНДЕНЦІЇ ДО СКОРОЧЕННЯ ЇХ МАСШТАБІВ

Україна перебуває на вирішальному етапі боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції. Вперше у 2012 році в Україні зареєстровано зменшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції порівняно з попереднім роком, що свідчить про зниження інтенсивності епідемічного процесу. В Україні досягнуто значного прогресу у напрямі протидії туберкульозу (показники захворюваності на туберкульоз і смертності від цього захворювання майже досягли цільових показників).

### ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

<i>Завдання</i>	<i>Індикатори</i>
Завдання 6.А: Зменшити на 13% темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу*	6.1. Кількість осіб з вперше 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 вперше встановленим діагнозом туберкульозу (у тому числі органів дихання) на 100 тис. населення 6.6. Кількість померлих від туберкульозу на 100 тис. населення

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Індикатор 6.1. Кількість осіб з вперше 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	49,1
Індикатор 6.2. Темпи поширення ВІЛ-інфекції, %													
-	+11,6	+26,4	+15,4	+22,4	+14,0	+17,7	+10,4	+8,1	+4,9	+3,3	+3,6	-1,6	+4,0
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	8,0
Індикатор 6.4. Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, %													
-	27,8	10,0	10,0	8,2	7,7	7,1	6,2	6,3	4,7	4,9	-	-	2,0

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Індикатор 6.5 Кількість осіб з вперше 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	67,5
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	15,0

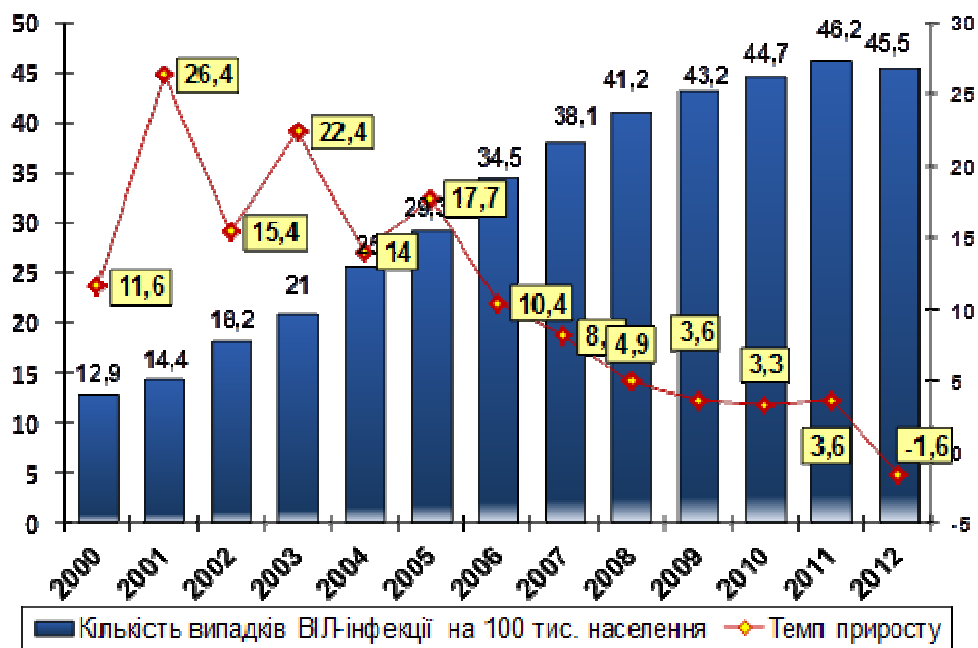
*У таблиці наведені фактичні дані станом на 1 січня 2013 року за індикаторами 6.1, 6.2, 6.5 та 6.6, дані Держстату України за індикатором 6.3 у 2012 році, наявні дані за індикатором 6.4 та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).*

Стан досягнення цілі описано у розрізі двох завдань цілі, при оцінці виконання першого завдання використано матеріали «Оцінки виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки в Україні». Індикатори Цілі 6 разом з показниками Гармонізованого звіту України про прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу 2012 року є одними з найкращих інструментів для моніторингу та оцінки зрушень у цій сфері.

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

### СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ (ЗАВДАННЯ 6.А)

**Масштаби епідемії ВІЛ-інфекції в Україні** залишаються значними. Станом на 1 січня 2013 року, починаючи з 1987 року, в країні було офіційно зареєстровано майже 224 тисячі випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України. З початку епідемії у понад 56 тисяч громадян України було діагностовано кінцеву стадію хвороби - СНІД і майже 29 тисяч осіб померли від захворювань, зумовлених СНІДом.



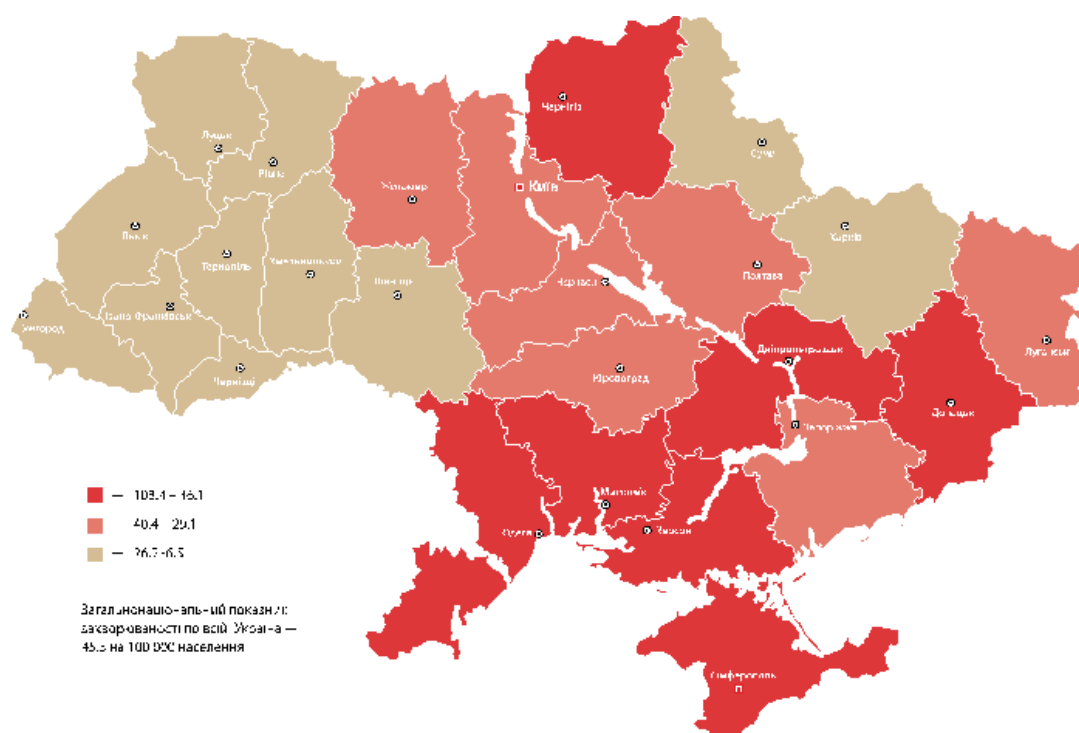
**Рис.3.6.1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України**

Починаючи з 1999 року і до 2011 року включно кількість випадків ВІЛ-інфекції в країні щорічно збільшувалась. Однак, у 2012 році вперше в Україні зареєстровано зниження числа нових випадків ВІЛ-інфекції на 1,6% порівняно з 2011 роком (21 177 осіб та 20 743 відповідно). Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення у 2012 році порівняно з попереднім роком зменшилась до 45,5 на 100 тис. населення (за прогнозними розрахунками, здійсненими у 2010 році, значення цього показника у 2015 році очікувалось на рівні 49,1). Таке зниження свідчить про зменшення інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції. Водночас, кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, на 100 тис. населення у 2012 році становила 12,5 на 100 тис. населення (цільовий показник 2015 року 8,0).

Загальновизнаним є факт, що офіційні дані не повною мірою відображають реальний масштаб епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, зокрема щодо дійсної кількості людей, інфікованих ВІЛ. Існуючі дані відображають кількість осіб, у яких за результатами відповідного обстеження було виявлено ВІЛ-інфекцію. Значно більша кількість громадян може бути інфікована ВІЛ, але не знати про свій статус. Оцінки щодо ВІЛ/СНІДу в Україні засвідчують, що на початок 2012 року в Україні мешкало 230 тисяч людей, віком від 15 років і старші, які живуть з ВІЛ, що становило 0,58% усього населення у цій віковій категорії. Ці дані відрізняються від даних офіційної статистики щодо кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під медичним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров'я (120,1 тис.) на кінець 2011 року.

Відмінність між цими показниками свідчить, що лише кожен другий з людей, які живуть з ВІЛ в Україні, знає про свій ВІЛ-позитивний статус.

**Рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію по регіонах країни.** Найвищі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію в показниках на 100 тисяч населення у 2012 році зареєстровано у Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській, Донецькій областях, м. Севастополі, АР Крим, Херсонській, Чернігівській областях та м. Києві (від 103,4 до 46,1 на 100 тисяч населення). Порівняно спокійною залишається ситуація в західних регіонах країни: Закарпатській, Тернопільській, Чернівецькій, Івано-Франківській, Рівненській та Волинській. Але, в цих регіонах зареєстровано найвищі темпи приросту показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію, що є прогностичною ознакою розвитку епідемії.



**Рис.3.6.2. Територіальний розподіл за показником захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Україні, 2012 р.**

**Профілі випадків ВІЛ-інфекції.** Найбільша кількість випадків ВІЛ-інфекції в Україні у 2012 році, як і у попередні роки, зареєстрована у віковій категорії 25 – 49 років (майже 66%), тобто, ВІЛ-інфекція вражає найбільш працездатне та репродуктивне населення країни і може призвести до посилення та загострення існуючих негативних демографічних і соціально-економічних тенденцій. Разом з тим, спостерігається стійка позитивна тенденція зменшення частки нових випадків ВІЛ-інфекції серед молоді. Наприклад, кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб у віковій категорії 15 – 24 роки в 2012 році порівняно з 2005 роком зменшилася майже на 41,0%, що також може свідчити про поліпшення епідемічної ситуації. В Україні серед ВІЛ-інфікованих осіб, як і раніше, переважають чоловіки, але постійно зростає частка жінок – у 2012 році вона склала майже 45,0%. Розподіл ВІЛ-інфікованих осіб в країні у 2012 році серед мешканців міста та села складав 77,0% та 23,0%, відповідно. Останніми роками спостерігається збільшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб серед мешканців села, що є прогностичною ознакою подальшого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у сільській місцевості.

**Групи підвищеного ризику ВІЛ-інфікування.** Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні, як і раніше, поширюється в основному серед представників груп підвищеного ризику, зокрема споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), працівників комерційного сексу (ПКС). Наразі, завдяки програмам профілактики, серед СІН відбувається стабілізація темпів поширення інфекції та зниження числа ВІЛ-інфікованих осіб серед тих, які стали споживати наркотики нещодавно. На сьогодні найбільшою групою ризику є ЧСЧ – епідемія серед представників цієї групи продовжує набирати обертів, і вони мають у десять разів більше шансів інфікуватися, ніж «так зване» загальне населення. Крім того, є люди, які за практикою своєї поведінки можуть одночасно мати декілька факторів ризику, і ймовірність їх інфікування є найвищою.

Реалізація заходів профілактики серед групи населення підвищеного ризику інфікування – *споживачів ін'єкційних наркотиків* – мала вирішальний вплив на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. За даними рутинного епідеміологічного нагляду в Україні з 2006 по 2012 роки відбувалося поступове зменшення кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед СІН. У 2012 році кількість випадків ВІЛ-інфекції серед СІН порівняно з 2006 роком зменшилася майже на 17,0% (з 7 127 у 2006 році до 5 933 у 2012 році), що призвело до реального зниження інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.

Незахищені статеві контакти серед *чоловіків, які мають секс із чоловіками* (ЧСЧ) зумовлюють невелику частку вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в країні – менш ніж 1% серед усіх випадків ВІЛ-інфекції з встановленим шляхом передачі. Але, офіційні дані занижують фактичний рівень передачі ВІЛ в цій групі населення, яка досі зазнає стигматизації. За результатами інтегрованого біоповедінкового дослідження серед ЧСЧ, яке було проведено в 27 містах України в 2011 році, рівень інфікованості серед ЧСЧ склав 6,4%. Разом з тим, при аналізі регіональних показників, відмічається, що цей показник коливався в значних межах від 0% в м. Полтаві до 20,0% в м. Донецьку. Ймовірно, що тенденція до збільшення кількості інфікувань сексуальним шляхом, означає і зростання частки передачі ВІЛ серед ЧСЧ.

Україна не реєструє випадків ВІЛ-інфекції серед *працівників комерційного сексу* (ПКС), а результати дозорних епідеміологічних досліджень вказують на високий рівень інфікованості ВІЛ серед представників цієї групи ризику. За результатами дозорних досліджень 2011 року, проведеного у 25 містах країни, рівень поширеності ВІЛ серед ПКС склав 9,0%. Найбільшу ймовірність інфікування ВІЛ серед ПКС визначає факт споживання ін'єкційних наркотиків. Так, поширеність ВІЛ серед ПКС, які за практикою своєї поведінки можуть бути віднесені до СІН (далі СІН-ЖКС) становить 40,5%, а серед ПКС, які ніколи не вживали наркотики – 6,4%. Високий рівень інфікованості ВІЛ серед ПКС в Україні пояснюється активною участю жінок-СІН у секс-бізнесі. Так, з точки зору можливості генералізації епідемії ВІЛ-інфекції в країні, шлях інфікування ПКС не має великого значення, оскільки ризик інфікування ВІЛ клієнтів ПКС не залежить від шляху інфікування представниць надання цих послуг. Разом з тим, ПКС-СІН через високий рівень інфікованості ВІЛ серед них є найбільш суттєвим джерелом інфекції для клієнтів, які представляють собою т.зв. загальне населення. Це один з потенційно ефективних чинників можливої генералізації епідемії.

**Рівень поширеності ВІЛ серед ув'язнених** складає від 13 до 30% (за різними оцінками). Ув'язнені – це єдина група найвищого ризику, яку можна легко охопити комплексними програмами з профілактики. Втім, лише 45 000 зі 130 000 в'язнів, тобто 35%, коли-небудь отримували ті чи інші послуги з профілактики. Керівники пенітенціарної системи недостатньо сприяють запровадженню програм зниження шкоди та замісної терапії, незважаючи на те, що ці програми пропагуються державною політикою і є доступними за межами місць позбавлення волі.

**Зміни тенденцій щодо шляхів передачі ВІЛ в Україні.** Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні, з 1995 року по 2007 рік, включно, був парентеральний, переважно при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Вперше у 2008 році відбулася зміна шляхів передачі – частка парентерального шляху передачі стала нижче статевого. Ця тенденція вказує на зростаючий вплив гетеросексуального шляху передачі ВІЛ. Разом з тим, таке зростання тісно пов'язане з ризикованою сексуальною поведінкою СІН та їх сексуальних партнерів. У 2009 – 2012 роках продовжувалося зменшення частки осіб, які були інфіковані парентеральним шляхом внаслідок введення ін'єкційних наркотиків, та збільшення частки осіб, які інфікувались ВІЛ при гетеросексуальних контактах. Все більша кількість випадків зараження ВІЛ відбувається в результаті незахищених статевих контактів. Сьогодні Україна демонструє наочний приклад того, наскільки легко епідемія ВІЛ-інфекції може вийти за межі груп підвищеного ризику і проникнути в широкі верстви населення.

**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 профілактичним антиретровірусним лікуванням 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 - майже у 6 разів - зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини з 27,8% у 2001 році (дані оціночного базового дослідження) до 4,9% у 2010 році. Проте, багато ще потрібно зробити для зниження рівня вертикальної передачі ВІЛ, щоб досягнути рівня цільового індикатора для європейських країн – 2%. Так, за даними розрахунків та результатів досліджень, рівень передачі ВІЛ від матері до дитини у групі жінок споживачів ін'єкційних наркотиків сягає 11%. Це зумовлює необхідність впровадження інтегрованого підходу до надання профілактичних заходів програми вагітним цієї групи ризику, що включає крім суто медичних інтервенцій також посилення компоненту соціального супроводу та заходів програм зниження шкоди.



**Рис. 3.6.3. Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини, %**

### **ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ (ЗАВДАННЯ 6.А)**

**Недостатній рівень політичної волі щодо протидії ВІЛ/СНІДу в Україні,** що стосується і національного рівня, і місцевих органів влади. Політичні зобов'язання щодо ВІЛ/СНІДу залишаються багато в чому декларативними. Відсутність політичної волі спостерігається не лише у сфері ВІЛ/СНІДу, а в цілому у сфері охорони здоров'я. Так, видатки на охорону здоров'я з державного бюджету скоротилися з 3,6% від ВВП у 2007 р. до 2,9% ВВП у 2011 р. Крім того, хоча майже 91% коштів для виконання Загальнодержавної програми у

2009-2013 рр. мало бути забезпечено за рахунок державного бюджету, фактичні видатки були набагато нижчими за заплановані.

У 2011 році Загальнодержавна програма з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу була профінансована на 49,4%, а у 2012 році на 50,7%.

**Слабке врядування, фінансування та недосконалі механізми організації та управління.** Механізми планування, орієнтовані на наявні ресурси, не відображають потреби населення у медичних послугах і не враховують регіональні особливості надання медичних послуг. Ця ситуація загострюється тим, що постачальники послуг є бюджетними установами, а це накладає на них обмеження щодо прийняття самостійних управлінських та фінансових рішень. Відсутність пріоритетів щодо найважливіших напрямів діяльності та ускладнені процеси координації виконання програм призводить до дублювання функцій, нечіткого розподілу відповідальності та підпорядкування установ. Діяльність установ, що надають медичні послуги, регулюється низкою процедур, обов'язкових для всіх установ подібного типу. При цьому не враховується, що рівень поширеності ВІЛ у різних регіонах є різним. Вимоги щодо кадрового складу, інфраструктури та обладнання цих установ передбачають необхідність виділення значних коштів на їх утримання, що часто є неможливим з огляду на обмеженість коштів у місцевих бюджетах. Залежність України від зовнішніх джерел фінансування в організації відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції зберігається протягом останніх років. Майже 41,0% всіх витрат на протидію епідемії забезпечується за рахунок зовнішніх джерел, серед яких найбільший внесок здійснює Глобальний Фонд (близько 34,0% та 37,0% від загальної суми витрат у 2009 та 2010 роках, відповідно)<sup>67</sup>.

**Здійснення управління закупівлями та постачанням на неналежному рівні** призводить до перебоїв у постачанні, що знижує рівень охоплення, інтегрованості та якості послуг та призводить до дефіциту ліків. Це створює ризики для пацієнтів, які перебувають на лікуванні. Процедури закупівель не враховують потребу у постійному та стабільному постачанні АРВ препаратів та інших засобів, до яких молоді з груп ризику важко отримати доступ (наприклад, презервативів), у тест-системах та засобах для дітей тощо.

**Недостатній рівень охоплення молоді просвітницькою роботою та профілактикою.** Уразливість до інфікування ВІЛ дітей та молоді обумовлена високим рівнем застосування ризикованих практик, у тому числі на фоні споживання алкогольних та слабоалкогольних напоїв. Для значної кількості молодих людей з груп ризику доступ до профілактичних та лікувальних послуг, що надаються державними та громадськими організаціями, є обмеженим, оскільки вони, в основному, спрямовані на доросле населення. В цілому молодь України демонструє невисокі знання про ВІЛ/СНІД і способи його передачі: частка населення віком 15 – 24 роки, які мають повне і правильне уявлення про ВІЛ/СНІД у 2011 році становила 39,9% (показник розраховувався на основі відповідей респондентів на п'ять запитань). 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, включаючи сиріт або бездомних дітей, тих, хто живе чи працює 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, під час надання послуг для різних груп молоді їх потреби ігноруються. Організації, що надають спеціальні послуги для ПГР не мають змоги відповідати потребам наймолодшої частини цієї цільової групи, оскільки фахівці закладів необізнані стосовно правових обмежень, які накладаються на роботу з неповнолітніми, та не мають навичок надання таких послуг, що

---

<sup>67</sup> за даними останнього дослідження, проведеного у 2011 році, за методологією NATIONAL AIDS Spending Assessment, NASA, яку вперше було адаптовано в Україні.

значно ускладнює цю роботу. Нарешті, ПГР часто притягуються до кримінальної відповідальності, або до них застосовуються неналежні кримінально-процесуальні заходи, які знижують і без того низький рівень охоплення молоді з груп ризику медичними і соціальними послугами, а також послугами із зниження шкоди для здоров'я. Мережа клінік, дружніх до молоді (КДМ), 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. На сьогодні є велика кількість державних та неурядових установ, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу, хоча обсяги, масштаби, якість та інтенсивність здійснюваних ними заходів є недостатніми для зупинення поширення ВІЛ-інфекції. Так, незважаючи на те, що СНІ залишаються основним рушійним чинником поширення епідемії, їх доступ до замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) є неналежним, що не дає змоги підвищити рівень охоплення їх профілактикою та лікуванням. Наприклад, кількість розданих шприців на одного СНІ за програмами обміну голочок та шприців у 2012 році становила лише 67,4 від оціночного числа СНІ (програма є ефективною за умови надання понад 100), АРТ отримують лише 8,3% СНІ. Це означає, що представники цієї групи підвищеного ризику мають обмежений доступ не тільки до ЗПТ, АРТ, а і до профілактичних і медичних послуг взагалі. До речі, низьким та нестабільним є рівень охоплення тестуванням на ВІЛ представників груп підвищеного ризику. Так, за результатами останнього опитування у 2011 році, відсоток СНІ, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців і знають свої результати становив 33,7%, ЖКС – 58,5%, а ЧСЧ – 37,8%. За даними програмного моніторингу відсоток охоплення профілактичними програмами СНІ на кінець 2012 року становив 55,5%, ЖКС – 36,3%, а ЧСЧ лише 11,4%.

**Низький рівень безпеки донорства.** Наявна система забезпечення якості не гарантує стовідсоткової безпеки донорства. Ця проблема в першу чергу обумовлена застарілим алгоритмом обстеження донорів (не працює практично система первинного відбору донорів, платне донорство сприяє залученню до донорства осіб з високою ймовірністю того, що вони інфіковані ВІЛ та іншими інфекціями, що передаються через кров), а також низькою якістю тест-систем та застарілим обладнанням, що використовуються службою крові. Ключовими ж проблемами алгоритму обстеження донорів є: можливість використання карантинізованої плазми у разі неповернення донора для повторного тестування через 6 місяців після кровоздачі (первинного тестування); обмежене використання методів прямої детекції ВІЛ через їх високу вартість.

**Низька якість лабораторної діагностики.** В системі забезпечення якості лабораторної діагностики в Україні бракує деяких ключових компонентів, серед яких насамперед - незадовільний стан матеріально-технічної бази та невиконання Референс-лабораторією функцій керівного органу із забезпечення якості лабораторних досліджень в країні. Крім того, всій системі лабораторних досліджень бракує єдиного керівного методичного документу, який би регламентував питання внутрішньої та зовнішньої оцінки якості.

**Проблемні питання у сфері лікування ВІЛ/СНІДу.** У сфері надання антиретровірусної терапії (АРТ), що є ключовим елементом лікування ВІЛ/СНІДу, залишаються проблеми попри збільшення обсягів державного фінансування на закупівлю антиретровірусних препаратів. Незважаючи на значний приріст кількості пацієнтів, які отримують АРТ (у 2012 році АРТ отримували 40 350 пацієнтів), темпи розширення програми антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих осіб відстають від темпів приросту кількості осіб, які його потребують. Кількість ЛЖВ, що отримують АРТ, є недостатньою для того, щоб знизити темпи поширення епідемії, зокрема кількість захворювань на СНІД та смертність. Це можна пояснити як недостатністю фінансування, так і особливістю перебігу епідемії в Україні,

а саме тим, що з середини 90-х років ВІЛ-інфекція реєструвалася переважно серед споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплення яких АРТ і досі залишається обмеженим у зв'язку з недостатньою доступністю замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), а, відтак з проблемою формування їх прихильності до АРТ. Станом на 1 січня 2013 року ЗПТ та АРТ отримували лише 1 283 ВІЛ-інфікованих активних споживача ін'єкційних наркотиків. Завдяки впровадженню АРТ, протягом останніх трьох років в Україні реєструється практично однакова кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, на 100 тисяч населення, а саме: у 2010 році – 12,3; у 2011 році – 12,6 та у 2012 році – 12,5 на 100 тисяч населення.

**Порушення принципів захисту основних прав людини.** Незважаючи на те, що 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», серед населення в цілому, постачальників медичних послуг та співробітників правоохоронних органів зберігається високий рівень стигматизації та дискримінації відносно ЛЖВ та груп підвищеного ризику. Це створює суттєві перешкоди доступу до послуг з профілактики та лікування. Подвійна та потрійна дискримінація (ВІЛ/СНІД, наркозалежність, туберкульоз, гомосексуальність тощо) накладає обмеження на вразливі 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 створює перешкоди для послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки.

#### **IV. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ (ЗАВДАННЯ 6.A)**

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

**Організація та управління.** Необхідно встановити зв'язки між ресурсами, напрямами діяльності, заходами та результатами, визначити обсяги фінансування та статті бюджету, потрібні для кожного напрямку діяльності із зазначенням джерела фінансування (державний, місцевий бюджет тощо), визначити лише найбільш пріоритетні напрями діяльності, які з високою ймовірністю допоможуть досягти очікуваних результатів, оптимізувати кількість установ, відповідальних за протидію ВІЛ/СНІДу, посилити механізми координації на національному рівні, а також між національним і регіональним рівнями (для уникнення дублювання завдань та функцій НКР, Державної служби та МОЗ та посилення потенціалу національної і регіональних рад). Необхідно внести зміни до законодавчих актів для вдосконалення процедур закупівель та постачання. Також необхідно забезпечити наявність надійних даних про те, що існує потреба у спеціалізованих медичних або соціальних послугах для розширення масштабів надання послуг, тобто у державному та/чи місцевому бюджеті необхідно передбачати відповідні кошти і необхідні людські ресурси тощо. Правила, що регулюють заснування спеціалізованих послуг, мають сприяти гнучкості та інноваціям, таким чином дозволяючи адаптувати послуги до місцевого епідемічного, соціально-культурного, бюджетного та іншого контексту.

**Профілактика, лікування, догляд та підтримка.** Необхідно посилити профілактичну роботу серед груп підвищеного ризику і забезпечити перехід від зовнішнього фінансування профілактичних програм до фінансування з державного та місцевого бюджетів; в рамках



розвитку політики та діяльності щодо первинної профілактики ВІЛ серед молоді розробити Національну стратегію просування здорового способу життя. Також доцільно розробити стратегію запровадження соціально-медичної моделі, 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 ППР та поліпшення їх доступу до клінік, дружніх до молоді, а також посилення спроможності відповідних фахівців працювати з наймолодшими споживачами послуг.

Необхідно підготувати, впроваджувати та проводити моніторинг виконання національних та обласних планів дій щодо попередження інфікування дітей та збереження життя матерів. Доцільно розробити та впроваджувати міжгалузеву стратегію щодо залучення клієнтів, яких важко охопити, для того, щоб надати їм доступ до послуг догляду та підтримки та підвищити рівень довіри між працівниками та клієнтами. Важливо посилити діяльність з охоплення тестуванням на ВІЛ, раннього початку лікування та догляду груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (у тому числі ув'язнених, пацієнтів хворих на гепатити В, С або туберкульоз в активній формі). Необхідно збільшити обсяги фінансування з державного бюджету на закупівлю необхідних засобів: АРВ препаратів, тест-систем, засобів профілактики тощо. Необхідно спростити процедури виділення коштів з місцевих бюджетів та передавати ці кошти громадським організаціям, які надаватимуть послуги ЛЖВ. Також необхідно забезпечити високі результати лікування та підвищити якість послуг.

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

***Вставка 3.6.1. Показники Гармонізованого звіту України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу 2012 року.***

У 2012 році Україна підготувала Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Цей звіт надає огляд стану відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні, що складається з 45 показників (із 56 показників, рекомендованих для усіх країн-членів ООН).

**Значення показників Гармонізованого звіту України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу**

Цілі та показники	Значення показника	Належність показника
<i>Ціль 1. Знизити рівень передачі ВІЛ статевим шляхом у два рази до 2015 року.</i>		
1.1 Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та відкидають основні помилкові уявлення про способи передачі ВІЛ*	<b>39,9%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація
1.2 Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років	<b>6,7%</b>	Політична декларація
1.3 Відсоток дорослих віком 15–49 років, які мали статеві контакти більше ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців	<b>9,7%</b>	Політична декларація
1.4 Відсоток дорослих віком 15–49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців, та які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого акту*	<b>63,9%</b>	Політична декларація
1.5 Відсоток жінок та чоловіків віком 15–49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, та які знають свої результати	<b>12,4%</b>	Політична декларація
1.6 Відсоток молодих людей віком 15–24 років, які живуть з ВІЛ*	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Політична декларація
1.7 Відсоток жінок комерційного сексу, які охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекції	<b>61,2%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація
1.8 Відсоток жінок комерційного сексу, які повідомили про використання презервативу з останнім клієнтом	<b>92,0%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.9 Відсоток жінок комерційного сексу, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	<b>58,5%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.10 Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ	<b>9,0%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.11 Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, що охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекції	<b>53,1%</b>	Політична декларація
1.12 Відсоток чоловіків, які повідомили про використання презервативу під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком	<b>70,5%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент

1.13 Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	<b>37,8%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.14 Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ	<b>6,4%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.15 Відсоток медичних установ, які забезпечують тестування на ВІЛ та консультування	<b>21,1%</b>	Спільний інструмент
1.17 Відсоток жінок, які мали доступ до допологової допомоги і пройшли тестування на сифіліс при першому відвідуванні допологової допомоги	<b>92,4%</b>	Спільний інструмент
1.18 Відсоток мігрантів з країн з генералізованою епідемією ВІЛ, у яких були статеві контакти більш ніж з одним партнером за останні 12 місяців, які користувалися презервативом під час останнього статевого акту	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Дублінська декларація
1.19 Відсоток мігрантів з країн з генералізованою епідемією ВІЛ-інфекції, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців і знають свої результати	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Дублінська декларація
1.20 Відсоток мігрантів, які є ВІЛ-інфікованими	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Дублінська декларація
1.21 Відсоток засуджених, які є ВІЛ-інфікованими	<b>13,6%</b>	Дублінська декларація
<i><b>Ціль 2.</b> Знизити рівень передачі ВІЛ внаслідок споживання ін'єкційних наркотиків у два рази до 2015 року.</i>		
2.1 Кількість розданих шприців на одного споживача ін'єкційних наркотиків за програмами обміну голочок та шприців за рік	<b>75,3</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
2.2 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого акту	<b>47,8%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
2.3 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	<b>95,5%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
2.4 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	<b>35,7%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент

2.5 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ	<b>21,5%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
2.6 (а) Оціночна кількість споживачів опіатів (ін'єкційних та неін'єкційних)	Оціночна кількість ін'єкційних споживачів опіатів <b>250 000</b>	Спільний інструмент
2.6 (b) Кількість людей на замісній терапії на всіх сайтах ЗПТ	<b>6 632</b>	Спільний інструмент
2.7 (а) Кількість сайтів з програми обміну голочок та шприців (включаючи аптеки, що безкоштовно надають голки та шприці)	<b>1 667</b>	Спільний інструмент
2.7 (b) Кількість сайтів з надання опіоїдної замісної терапії	<b>133</b>	Спільний інструмент
<b>Ціль 3. Виключити передачу ВІЛ від матері до дитини до 2015 року і суттєво знизити материнську смертність від СНІД.</b>		
3.1 Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	<b>95,5%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
3.2 Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які пройшли вірусологічне тестування на ВІЛ протягом перших 2 місяців від народження	<b>55,3%</b>	Політична декларація, Спільний інструмент
3.3 Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини (модельований)	Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини за національною методологією – <b>4,7% (2009 р.)</b>	Політична декларація
3.4 Відсоток вагітних жінок, які пройшли тестування на ВІЛ та одержали свої результати – під час вагітності, пологів і під час післяпологового періоду (<72 годин), у тому числі ті, хто раніше знав про свій ВІЛ-статус	<b>99,2%</b>	Спільний інструмент
3.7 Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які отримували антиретровірусну профілактику з метою зниження ризику передачі від матері до дитини під час вагітності та пологів (рання частота передачі у віці шести тижнів)**	<b>99,1%</b>	Спільний інструмент
3.10 Кількість немовлят, що були народжені обстеженими жінками, та годування яких було відмічено у візиті ДТРЗ	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Спільний інструмент
3.13 (а) Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які були споживачами ін'єкційних наркотиків	<b>3,5%</b>	Спільний інструмент
3.13 (b) Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок СН, які отримували замісну терапію під час вагітності	<b>7,3%</b>	Спільний інструмент

3.13 (c) Відсоток ВІЛ-інфікованих породіль СІН, які отримували АРВ для зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності	<b>65,3%</b>	Спільний інструмент
<i><b>Ціль 4.</b> Надати антиретровірусне лікування 15 мільйонам людей, які живуть з ВІЛ, до 2015 року.</i>		
4.1 (b) Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування і які на теперішній час його отримують:  від диспансерної групи  від оцінної чисельності	<b>69,9%</b>  <b>22%***</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
4.2 Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією, які отримують лікування протягом 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	<b>82,3%</b>	Політична декларація, Спільний інструмент
4.2 (a) Відсоток СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	<b>73,2%</b>	Спільний інструмент
4.2 (c) Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії (серед тих, хто почав антиретровірусну терапію у 2006 р.)	<b>70,8%</b>	Спільний інструмент
4.2 (d) Відсоток СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії (серед тих, хто почав антиретровірусну терапію у 2006 р.)	<b>61,7%</b>	Спільний інструмент
4.4 Відсоток лікувальних закладів, які надають антиретровірусні препарати та ті, в яких було зафіксовано відсутність принаймні одного необхідного АРВ-препарату протягом останніх 12 місяців	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент
4.5 Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують антиретровірусної терапії вже на момент постановки діагнозу	<b>40,0%</b>	Дублінська декларація, Спільний інструмент
<i><b>Ціль 5.</b> Знизити кількість смертей від туберкульозу серед людей, які живуть з ВІЛ, на 50% до 2015 року.</i>		
5.1 Відсоток оціночної кількості ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз, які отримували лікування як від туберкульозу, так і від ВІЛ-інфекції	<b>35,7%</b>	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
5.3 Відсоток дорослих та дітей, які вперше залучені до програми з догляду ВІЛ-інфікованих та почали профілактичну терапію ізоніазидом (ІРТ)	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент

5.4 Відсоток дорослих та дітей, які включені до програми з догляду ВІЛ-інфікованих, та у яких був визначений та зареєстрований статус туберкульозу під час останнього візиту	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент
<i>Ціль 6. Досягнути значного рівня глобальних річних витрат (22–24 млрд. дол. США) в країнах із низьким та середнім рівнем доходів.</i>		
6.1 Вітчизняні та міжнародні витрати на СНІД за категоріями та джерелами фінансування	<b>2009:</b> 509 446 463 грн. <b>2010:</b> 578 340 208 грн.	Політична декларація, Дублінська декларація
<i>Ціль 6. Досягнути значного рівня глобальних річних витрат (22–24 млрд. дол. США) в країнах із низьким та середнім рівнем доходів. Ціль 7. Вирішальні допоміжні фактори та спільні зусилля із секторами розвитку</i>		
7.1 Зобов'язання країни та політичні інструменти (ЗКП) (профілактика, лікування, догляд та підтримка, права людини, залучення громадянського суспільства, гендерні питання, програми на робочих місцях, стигма та дискримінація, моніторинг та оцінка)	<b>Додатки 2,3 до Звіту</b>	Політична декларація, Дублінська декларація
7.1 (с) Європейське доповнення до ЗКП	<b>Додатки 4,5 до Звіту</b>	Дублінська декларація
7.2 Частка жінок віком 15–49 років, які коли-небудь були у шлюбі або мали партнера і які піддавалися фізичному чи сексуальному насильству з боку інтимного партнера-чоловіка протягом останніх 12 місяців	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Політична декларація
7.6 Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ, які залучені до програми з догляду ВІЛ-інфікованих осіб	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент
7.7 Відсоток дорослих та дітей, які залучені до програми з догляду ВІЛ-інфікованих осіб та які були обстежені на гепатит С	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент

\* Показник Цілей розвитку тисячоліття.

\*\* Країни мають відстежувати відсоток немовлят, які отримали АРВ-терапію. У разі, якщо це неможливо, країни мають доповісти про відсоток немовлят, які розпочали АРВ-терапію. Інформація має відповідати національному протоколу щодо АРВ-профілактики у післяпологовому періоді.

\*\*\* Оціночні дані, отримані робочою експертною групою 28 березня 2012 року.

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

### СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ (ЗАВДАННЯ 6.В)

В Україні досягнуто значного прогресу у напрямі протидії туберкульозу: у 2012 році фактичні показники захворюваності на туберкульоз і смертності від цього захворювання майже досягли цільових показників. Позитивних зрушень досягнуто завдяки відданості Уряду країни своїм зобов'язанням щодо протидії туберкульозу, у тому числі шляхом стабільного фінансування Загальнодержавних програм, перегляду і затвердження важливих регуляторних і нормативних актів, постійного контролю за їх виконанням.



Рис. 3.6.4 Динаміка захворюваності на всі форми активного туберкульозу в Україні

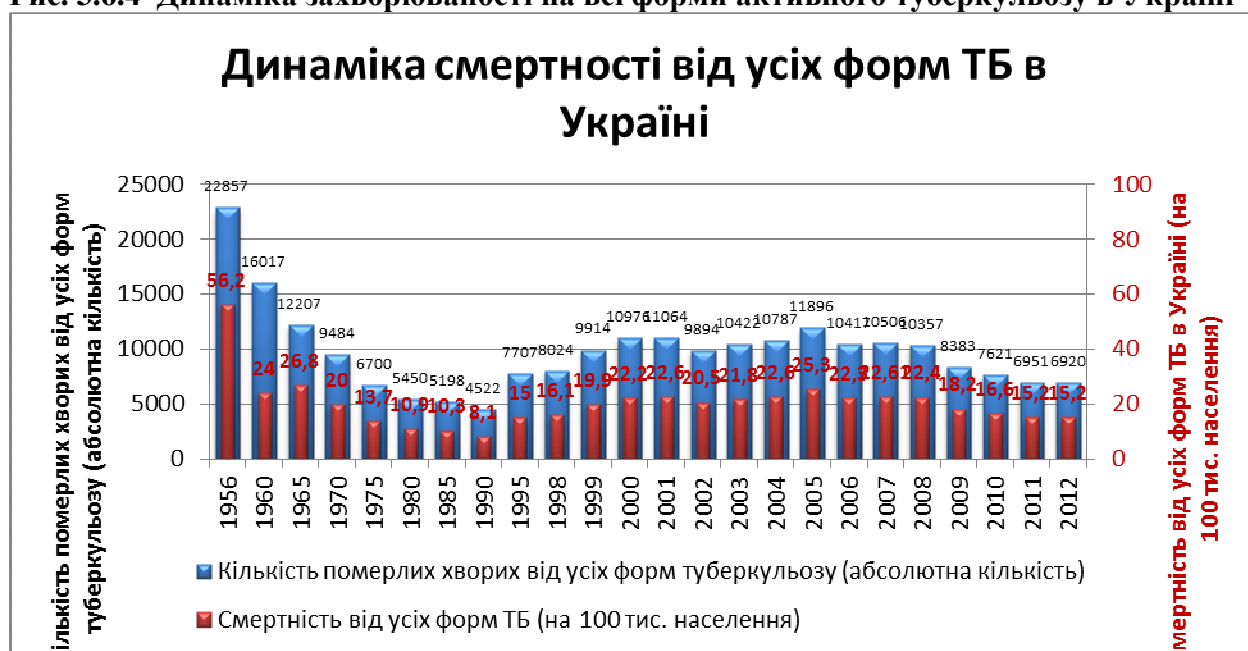
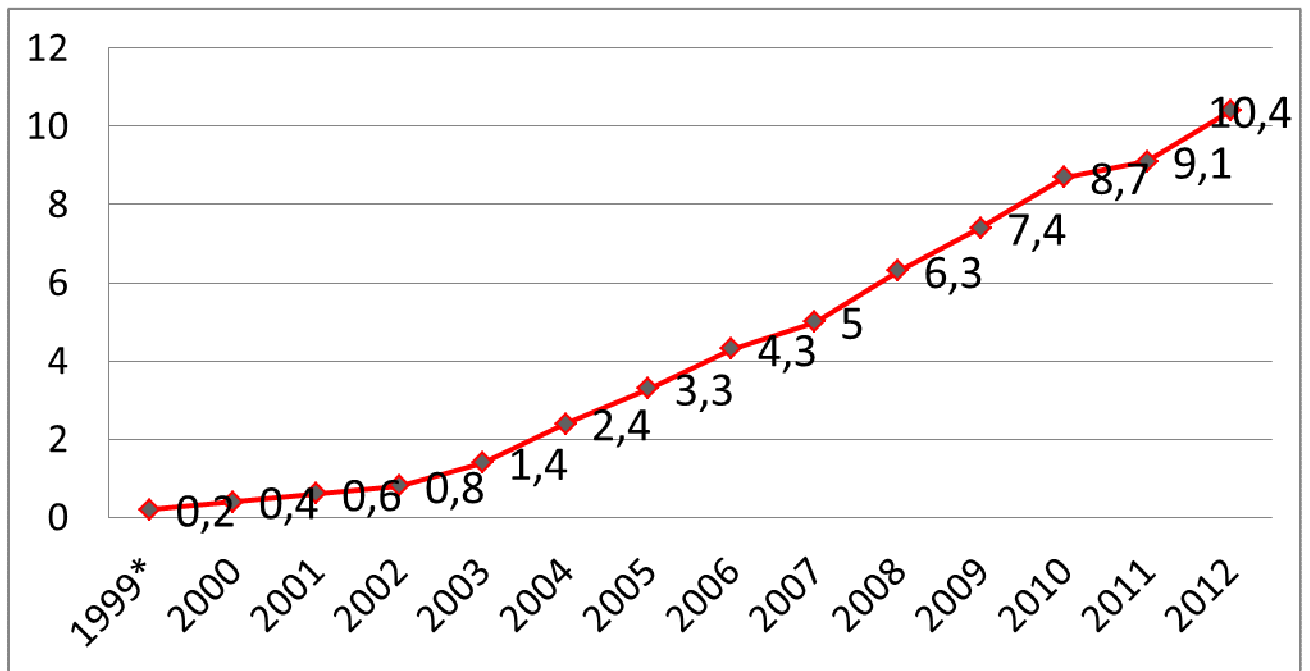
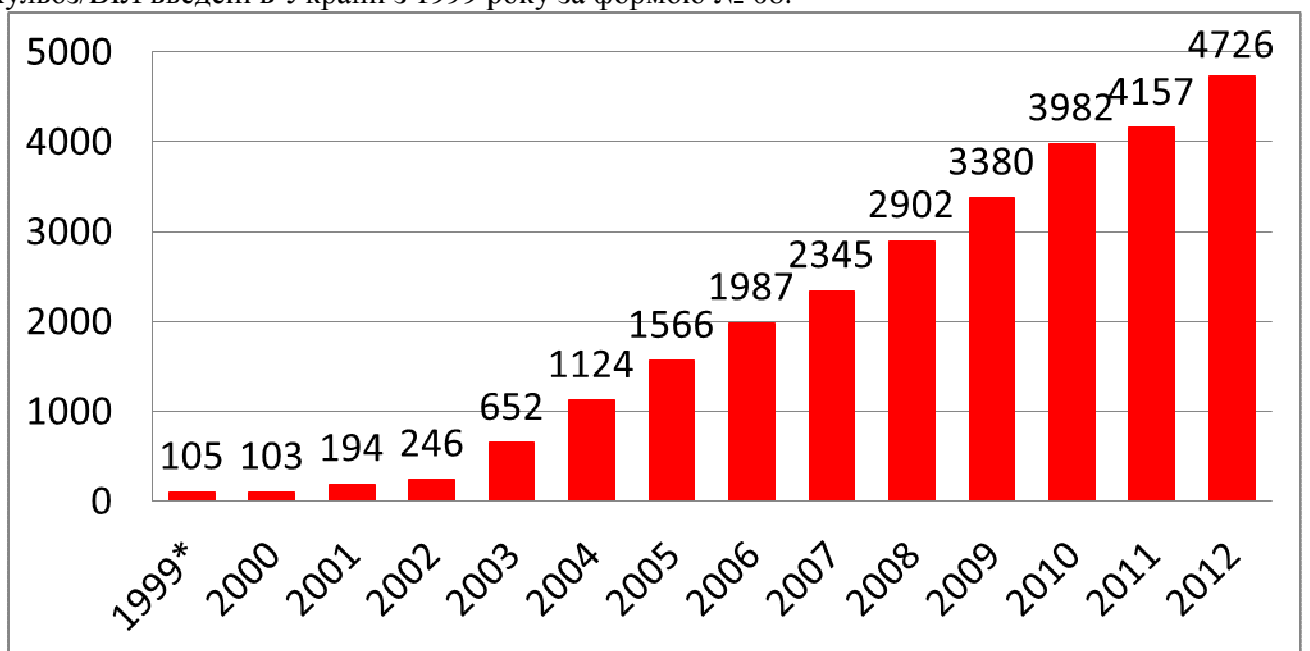


Рис. 3.6.5. Динаміка смертності від усіх форм туберкульозу в Україні



**Рис. 3.6.6. Захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ на 100 тис. населення**

Примітка. \* - офіційні статистичні дані щодо захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ введені в Україні з 1999 року за формою № 08.



**Рис. 3.6.7. Кількість хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ (абс. число)**

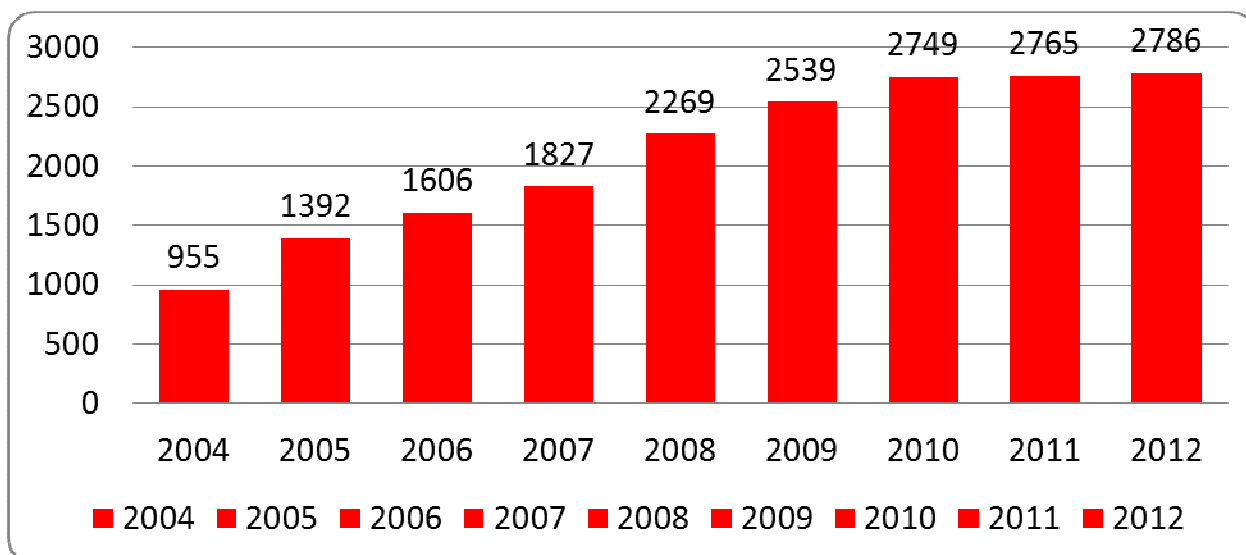
Примітка. \* - офіційні статистичні дані щодо захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ введені в Україні з 1999 року за формою № 08.





**Рис.3.6.8. Смертність від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ на 100 тис. населення**

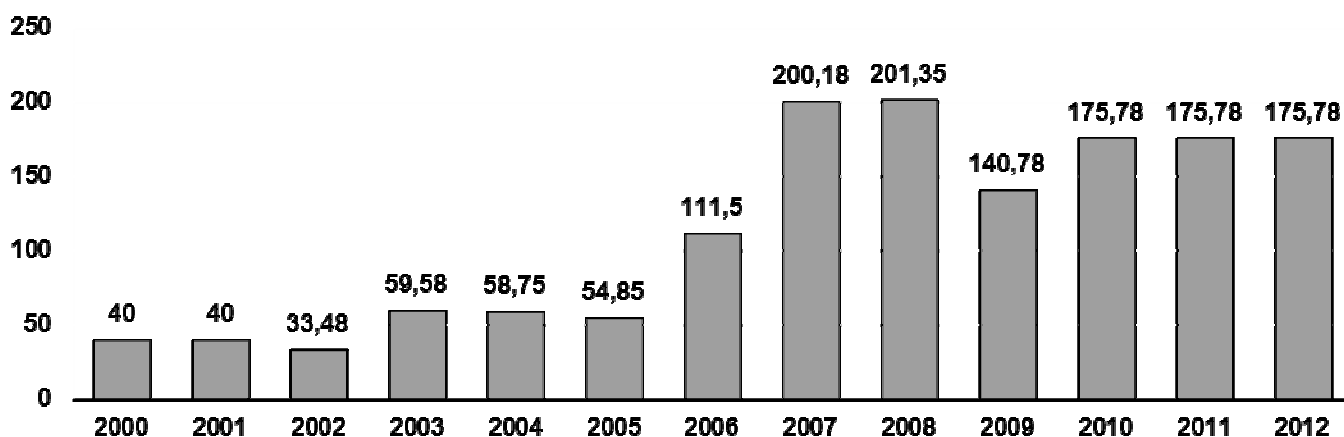
Примітка. \* Офіційні статистичні дані щодо смертності від на ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ введені з 2004 р. за формою № 033-здоров.



**Рис. 3.6.9. Кількість померлих від ко-інфекції туберкульоз ВІЛ (абс. число)**

Примітка. \* Офіційні статистичні дані щодо смертності від на ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ введені з 2004 р. за формою № 033-здоров.

### Центральний бюджет (млн.грн.)



**Рис. 3.6.10. Динаміка фінансування заходів протидії поширення туберкульозу в Україні** (до 2000 року фінансування заходів боротьби з туберкульозом з централізованого бюджету не було)

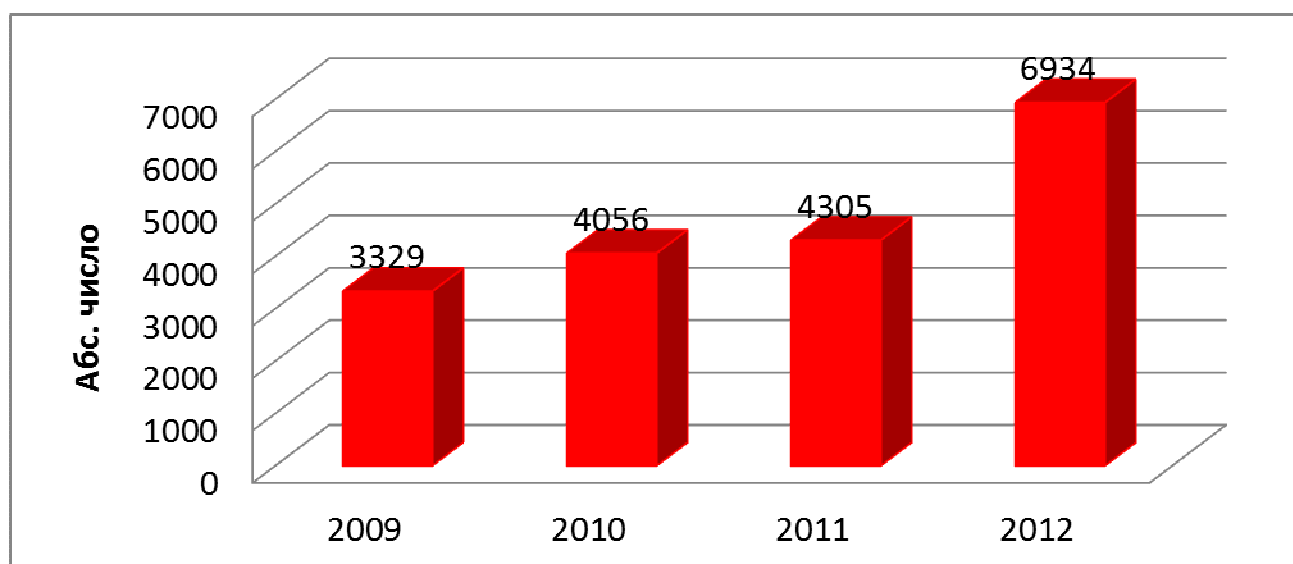
*Джерело.* «Комплексні заходи боротьби з туберкульозом», які були затверджені Постановою Кабінету Міністрів України № 667 від 23 квітня 1999 р.;

Указ Президента України від 20.08.2001. № 643/2001. Про затвердження

«Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 роки.

Закон України від 08.02.2007 № 648/V, про затвердження «Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2011 роки».

Закон України від 16.10.2012 № 648/V, про затвердження «Загальнодержавної цільової соціальної протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки».



**Рис. 3.6.11. Захворюваність на мультирезистентний туберкульоз** (до 2009 року офіційних даних щодо кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз не було)

\* Дані використані з форми звітності "Звіт про кількість хворих, які були зареєстровані у 4 категорії (ТБ 07-МР ТБ)"

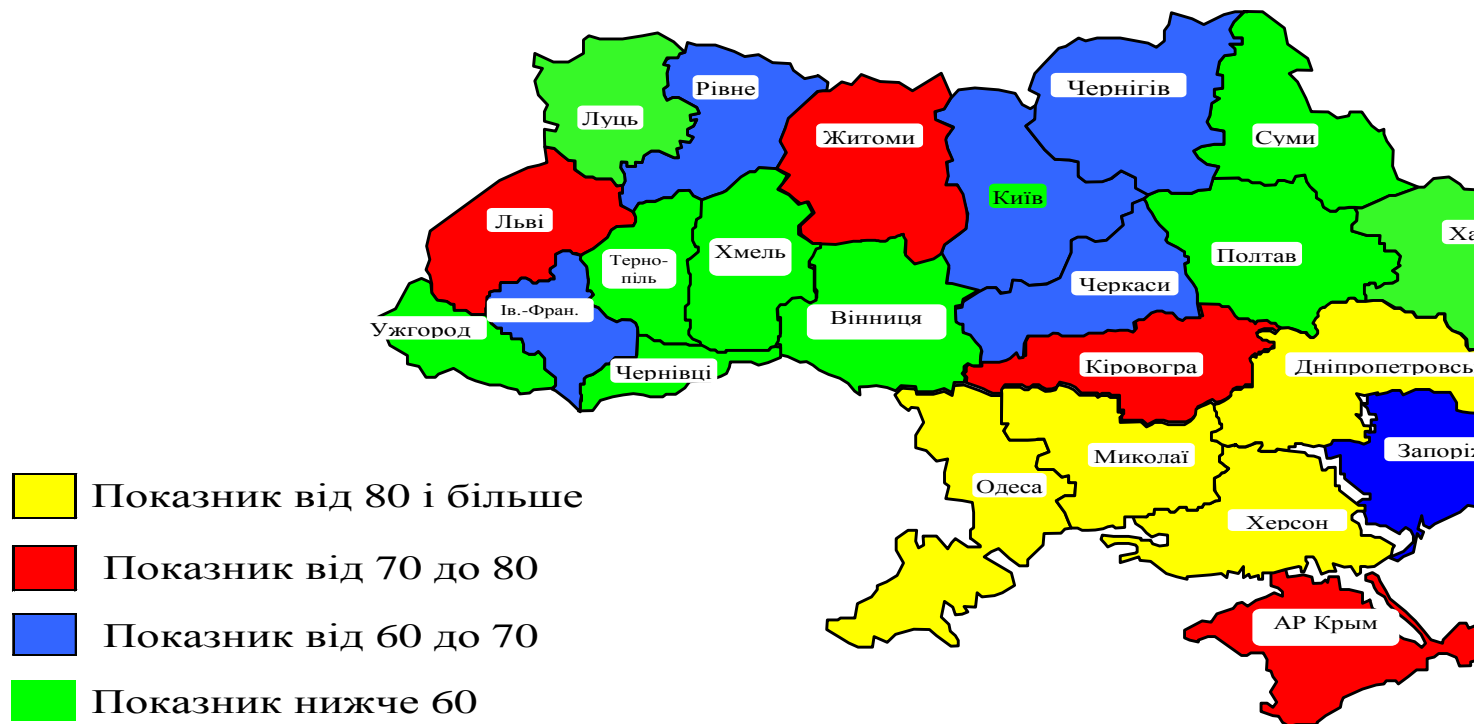


Рис. 3.6.12. Захворюваність на туберкульоз в регіонах України на 100 тис. населення

Таблиця 3.6.2. Хворі на вперше діагностований туберкульоз в Україні

Хворі на вперше діагностований туберкульоз в Україні\*

№ п/п	Адміністративні території	Абсолютні числа						На 100 тис. населення					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	АР Крим	1678	1706	1673	1639	1491	1497	85,2	86,9	85,4	83,8	76,3	76,6
2	Вінницька	1008	1070	965	925	895	899	60,0	64,3	58,4	56,3	54,8	55,3
3	Волинська	702	672	652	580	537	534	67,8	65,0	63,1	56,1	51,9	51,6
4	Дніпропетровська	3219	3122	3290	3140	3179	3082	94,1	92,0	97,6	93,7	95,4	92,9
5	Донецька	4325	4121	3860	3570	3231	3148	94,7	91,1	86,0	80,2	73,1	71,7
6	Житомирська	1093	1170	1004	978	920	880	82,9	89,6	77,5	76,0	71,9	69,1
7	Закарпатська	742	746	748	744	711	726	59,8	60,2	60,3	59,9	57,1	58,2
8	Запорізька	1685	1500	1303	1219	1185	1243	91,3	81,9	71,6	67,3	65,8	69,4
9	Івано-Франківська	981	959	941	911	905	959	71,0	69,5	68,3	66,1	65,7	69,6
10	Київська	1238	1227	1068	988	964	1168	70,9	70,9	62,0	57,6	56,3	68,2
11	Кіровоградська	1067	1002	897	823	795	775	101,9	97,0	87,9	81,4	79,2	77,8
12	Луганська	2461	2383	2117	1904	1828	1795	103,5	101,4	91,0	82,5	79,9	79,1

13	Львівська	1939	1828	1866	1678	1630	1680	76,0	71,9	73,6	66,3	64,5	66,6
14	Миколаївська	1262	1226	1167	1076	1056	1028	104,2	101,9	97,6	90,5	89,3	87,3
15	Одеська	2077	2084	1873	1842	2087	2235	87,1	87,4	78,7	77,4	87,8	94,0
16	Полтавська	884	904	842	789	817	889	57,7	59,6	56,0	52,9	55,2	60,5
17	Рівненська	864	879	800	679	720	710	74,9	76,4	69,6	59,0	62,5	61,6
18	Сумська	666	657	594	597	663	651	55,1	55,0	50,3	51,0	57,2	56,6
19	Тернопільська	722	656	614	594	585	561	65,5	59,9	56,3	54,7	54,1	52,1
20	Харківська	2199	2012	1749	1592	1492	1359	78,6	72,4	63,2	57,8	54,5	49,8
21	Херсонська	1689	1369	1209	1167	1070	1167	151,4	123,8	110,1	106,9	98,5	107,9
22	Хмельницька	871	863	793	707	694	680	64,1	64,1	59,3	53,1	52,4	51,6
23	Черкаська	913	871	867	769	733	800	68,9	66,4	66,7	59,5	57,2	62,8
24	Чернівецька	454	437	446	443	440	438	50,3	48,5	49,5	49,2	48,8	48,5
25	Чернігівська	842	928	817	749	722	675	73,6	82,3	73,4	68,0	66,3	62,5
26	м. Київ	1256	1280	1023	950	1073	1143	46,9	47,4	37,6	34,6	38,9	41,2
27	м. Севастополь	258	253	246	242	236	236	68,4	67,0	65,1	63,9	62,3	62,2
<b>Україна</b>		<b>37095</b>	<b>35925</b>	<b>33424</b>	<b>31295</b>	<b>30659</b>	<b>30958</b>	<b>79,8</b>	<b>77,8</b>	<b>72,7</b>	<b>68,4</b>	<b>67,2</b>	<b>68,1</b>

\* Дані використані з форми № 8 "Звіт про захворювання на активний туберкульоз"

Суттєве поліпшення епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні відбулось значною мірою завдяки реалізації Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2011 роки. Протягом 15-річного періоду погіршення епідемічної ситуації (з 1990 по 2005 рр.) рівень захворюваності на туберкульоз та рівень смертності збільшились у понад 2,5 раза. У 2006 році почали відзначати позитивну динаміку цих показників. У 2012 році рівень захворюваності на туберкульоз було знижено на 19% порівняно з 2005 роком (68,1 випадку на 100 тис. населення). Рівень смертності за цей період було знижено на 40% (у 2012 році - 15,2 на 100 тис. населення), тобто майже досягнуто цільові показники 2015 року за завданням 6.А. (рис. 3.6.4.-3.6.5).

За останні три роки відмічається уповільнення темпів зниження рівня захворюваності на туберкульоз майже вдвічі. З 2005 по 2009 рік показник захворюваності знизився на 13,6 %, а з 2009 по 2012 рік – на 6,3 %. У 2012 році було зареєстровано збільшення показника захворюваності на туберкульоз на 1,3 % за рахунок 11 областей України, де відмічався його приріст більше, ніж на 1%. У 4 регіонах рівень захворюваності майже не змінився, у 12 регіонах – знизився. Таке уповільнення пов'язано з одного боку з покращенням виявлення туберкульозу в групах ризику, а з іншого – із збільшенням захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ (таблиця 3.6.3).

**Таблиця 3.6.3. Випадки ТБ в групах ризику і ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ в регіонах, де зареєстровано збільшення рівня захворюваності**

Регіони	Туберкульоз у осіб з груп ризику серед хворих на вперше діагностований ТБ (абс. число)		Різниця (%)	Захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ (абс. число)		Різниця (%)
	2011	2012		2011	2012	
Закарпатська	88	151	41,7	7	12	41,7
Запорізька	232	262	11,5	122	136	10,3
Івано-Франківськ	68	88	18,1	24	31	22,6
Київська	236	259	8,8	102	169	39,6
Львівська	261	351	25,6	67	96	30,2

Одеська	235	256	8,2	475	556	14,6
Полтавська	170	145	-17,2	85	116	26,7
Херсонська	276	212	-30	135	153	11,8
Черкаська	112	237	52,7	117	149	21,5
м. Київ	272	236	15,2	179	228	7,2

Така ж тенденція відмічається за показником смертності, тобто спостерігається уповільнення темпів його зниження вдвічі (з 2005 по 2009 рік він знизився на 26,9%, з 2009 року по 2012 рік – на 13,6 %). Стабілізувався рівень захворюваності на туберкульоз серед підлітків. Захворюваність на туберкульоз серед дітей за період епідемії не зазнала суттєвих коливань і перебувала на одному й тому ж рівні – 8-9 випадків на 100 тис. дитячого населення. Запровадження Реєстру хворих на туберкульоз та поліпшення системи обліку хворих забезпечило зменшення контингенту хворих на активний туберкульоз на 34,1 % (з 83 990 до 55 328 осіб) протягом 2009-2012 рр.

### Вставка 3.6.2. Оціночні та зареєстровані показники захворюваності

Оціночний показник захворюваності на туберкульоз в Україні за даними ВООЗ у 2011 році становив 89 випадків на 100 тис. населення у діапазоні (74-105 випадків)<sup>68</sup>, що на 25 % більше за фактичний показник (в 2011 році - 67,2 випадку на 100 тис. населення). Розбіжність між оціночним і зареєстрованим показником захворюваності значною мірою обумовлена недостатнім доступом до медичної допомоги представників уразливих груп населення (споживачі ін'єкційних наркотиків, клієнти центрів соціальної допомоги, колишні ув'язнені, особи без постійного місця проживання та ін.). Основним бар'єром для проходження обстеження на туберкульоз є відсутність бажання обстежуватись та стигма, що вимагає активного залучення їх до обстеження і надання психологічної підтримки.



<sup>68</sup> Global tuberculosis report/WHO/HTM/2012.6.

**Рис. 3.6.12. Основні бар'єри для проходження обстеження на ТБ за результатами анкетування 175 представників уразливих груп** ( абсолютні числа, респондент міг обирати декілька бар'єрів) за даними дослідження в рамках проекту «Покращення діагностики та лікування туберкульозу серед груп високого ризику у сільській місцевості та у малих містах України», що реалізований МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» в рамках програми ВООЗ TB-Reach

Суттєве зниження показника смертності значною мірою відбулось внаслідок зміни структури хворих на вперше діагностований туберкульоз. У 2012 році серед хворих з новими випадками було 15,3 % хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ. Рівень летальності серед цього контингенту набагато вищий, ніж серед ВІЛ-негативних пацієнтів. Згідно законодавству усі випадки смерті від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ реєструються як випадки смерті від СНІДу, а не туберкульозу. Рівень смертності від СНІДу тільки за останні три роки збільшився на 34,1 % (з 5,6 випадку на 100 тис. населення до 8,5 випадку). Для порівняння, у 2005 році, коли рівень смертності від туберкульозу був найвищим, питома вага хворих з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ серед пацієнтів з новими випадками туберкульозу становила 8,1 %, що на 47 % менше, ніж у 2012 році, у 2009 році у структурі хворих на вперше діагностований туберкульоз було 10,1 % ВІЛ-інфікованих осіб.<sup>69</sup>

**Мікробіологічна діагностика туберкульозу.** Завдяки налагодженню роботи мережі лабораторій із мікробіологічної діагностики туберкульозу, налагодженню співпраці між Національною і Супранациональною лабораторією і запровадженню системи зовнішнього і внутрішнього контролю якості вдалося значно поліпшити мікробіологічну діагностику туберкульозу. Якщо на початку реалізації Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2011 роки у 2006 році в структурі нових випадків туберкульозу тільки у 30,4% пацієнтів підтверджували діагноз туберкульозу виділенням збудника захворювання, то в 2012 році цей показник становив 51,3%. Якщо у 2006 році у загально-лікувальній мережі діагностували туберкульоз методом мікроскопії мазка мокротиння у пацієнтів із підозрою туберкульозу усього в 0,3 % випадках, то в 2012 році цей показник становив 1,4% (критерій ВООЗ 5 %). На сьогодні обстеження на туберкульоз шляхом мікроскопії мазка мокротиння проводять в кожній районній лікарні.

**Вплив ВІЛ-інфекції на хід епідемії туберкульозу.** На фоні стабілізації та покращення епідемічної ситуації щодо туберкульозу через збільшення кількості людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, відзначається щорічне збільшення захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ (рис.3.6.7-3.6.8). З 2000 року показник захворюваності на ко-інфекцію збільшився у 45,9 разів і становив в 2012 році 10,4 випадку на 100 тис. населення. У 2005 році, коли відзначали найвищий показник захворюваності на туберкульоз, показник захворюваності на ко-інфекцію становив 3,3 випадку на 100 тис. населення. Збільшення захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ можна розцінювати як позитивне явище, оскільки за останні три роки спостерігається суттєве зменшення темпів приросту смертності від поєданого захворювання (рис.3.6.9-3.6.10). Це відбулось внаслідок поліпшення діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб, широкомасштабного консультування та тестування хворих на туберкульоз на ВІЛ-інфекцію, запровадження антиретровірусної терапії, налагодженню співпраці між протитуберкульозною службою та Центрами боротьби та профілактики ВІЛ/СНІДу. Так, рівень захворюваності на ко-інфекцію з 2005 по 2009 рік збільшився на 53,7 %, а показник смертності від поєданого захворювання – на 55,2 %; а з 2009 по 2012 роки темпи збільшення захворюваності на ко-інфекцію значно випереджають темпи збільшення смертності - відповідно на 28,5 % та 8,9 %. В 2012 році не було збільшення смертності від поєданого захворювання.

<sup>69</sup> Туберкульоз в Україні / Під ред.О.К. ТолстANOVA // Аналітично-статистичний довідник за 2002-2012 роки.– Київ, 2013.

Віл-інфекція в Україні /Н.М. Нізова [та ін.] // Інформаційний бюлетень №39. – Київ, 2013.

Позитивні результати у контролі за туберкульозом відбулися після адаптації Україною цілі 6 у 2003 році. Втілення заходів державної політики протидії туберкульозу за підтримки міжнародних партнерів (ВООЗ, РАТН, МSH) із стабільним фінансуванням, контроль за виконанням заходів Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на всіх рівнях забезпечили позитивну динаміку показників. В Україні була запроваджена адаптована міжнародна ДОТС стратегія, заходи якої передбачали усі напрями надання фтизіатричної допомоги населенню, у тому числі діагностику і лікування мультирезистентного туберкульозу, ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, туберкульозу у дітей. Це знайшло відображення у Загальнодержавній програмі протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2011 роки, яка базувалась на принципах сучасної міжнародної стратегії протидії туберкульозу «Зупинити туберкульоз» (запропонована ВООЗ на зміну ДОТС стратегії та ДОТС плюс стратегії). У 2010 році фінансування заходів Програми з централізованого бюджету збільшилось на 35 млн. грн. і в 2011 році с складало 175,78 млн. грн., що на 64,28 млн. грн. більше, ніж в 2006 році на початку виконання програми (рис.3.6.11). Відбулось суттєве збільшення фінансування заходів Програми з місцевих бюджетів. Переважна більшість коштів було спрямовано на поліпшення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів, створення та оснащення відділень для хіміорезистентного туберкульозу та відділень та палат для осіб, що ухиляються від лікування, а також розвиток мережі з лабораторної діагностики туберкульозу. На сьогодні в усіх областях України функціонують відділення для лікування хіміорезистентних форм туберкульозу.

За цей період було сформовано координаційний механізм країни втілення державної політики протидії туберкульозу, функції якого покладені на Національну раду з проблем ВІЛ/інфекції/СНІДу та туберкульозу при Кабінеті Міністрів України. В кожній області України працюють регіональні ради як на обласному так і на районному рівні, яку очолюють заступники губернаторів.

У відповідь на поширення мультирезистентного туберкульозу та ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ з боку держави було здійснено низку заходів, серед яких значним є перегляд Закон про боротьбу із захворюванням на туберкульоз та затвердження його нової редакції, якою введено поняття про інфекційний контроль за туберкульозом у лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз; регламентовано те, що лікування може проводитись, в першу чергу, амбулаторно, також в умовах стаціонару і вдома при відмові пацієнта від госпіталізації, тобто медична допомога орієнтована більше на пацієнта, ніж на медичний заклад.

На підставі аналізу організаційних та фінансових прогалин у впровадженні Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-2011 роки та у відповідь на поширення мультирезистентного туберкульозу в Україні було розроблено 5-ти річний план профілактики та подолання мультирезистентного туберкульозу, для впровадження якого Україна потребувала додаткових фінансових і технічних ресурсів, які перевищували можливості державного бюджету. Україна підготувала заявку в Глобальний Фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією по компоненті «Туберкульоз» на 9 раунд в 2009 році і отримала Грант, перша фаза якого успішно реалізована, затверджено рішення Правління Глобального фонду на фінансування другої фази. Кошти Гранту комплементарні до державного фінансування заходів нової Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2012-2016 роках та спрямовані на розвиток сучасної мережі з лабораторної діагностики туберкульозу, підвищення якості медичних послуг щодо діагностики та лікування для уразливих груп населення, діагностику та лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги в контролі за туберкульозом, розвиток інформаційної кампанії для соціальної мобілізації суспільства для боротьби із туберкульозом.

Ця програма включає низку заходів щодо підвищення спроможності закладів первинної та вторинної медичної допомоги у напрямку профілактики захворювання на туберкульоз шляхом запровадження регулярних медичних оглядів населення та надання якісної інтегрованої допомоги щодо своєчасного виявлення туберкульозу, профілактики та лікування захворювань, які підвищують ризик захворювання на туберкульоз. Програма визначає напрями посилення можливостей лабораторної мережі та запровадження сучасних заходів інфекційного контролю за туберкульозом. Також програма передбачає запровадження підходу до надання медичної допомоги, що орієнтований на пацієнта. У програмі визначаються напрями посилення координації протитуберкульозної та служби протидії ВІЛ/СНІДу щодо виявлення випадків туберкульозу, своєчасного діагностування мультирезистентного туберкульозу тощо, та напрями посилення взаємодії та координації між урядовими установами та громадськими організаціями щодо своєчасної діагностики і лікування хворих на звичайний та мультирезистентний туберкульоз осіб з груп ризику

У грудні 2012 року було затверджено Клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», який включає питання ведення випадку звичайного і хіміорезистентного туберкульозу у дорослих і дітей на всіх рівнях надання медичної допомоги. Клінічний протокол було розроблено відповідно до міжнародних стандартів, основним принципом яких є використання найкращих світових практик на принципах доказової медицини.

Для подолання кадрової кризи у протитуберкульозній службі було здійснено заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз, та підвищення заробітної плати медичним працівникам на 60% та 30%. З 2012 року почав функціонувати електронний Реєстр хворих на туберкульоз<sup>70</sup>.

Україна звернулась до ВООЗ щодо надання технічної підтримки у проведенні широкомасштабних епідеміологічних досліджень з питань поширення хіміорезистентного туберкульозу. Дослідження надасть об'єктивні дані щодо поширення мультирезистентного туберкульозу, рівень якого майже в усіх країнах перевищує дані офіційної статистики. Це необхідні для планування фінансових витрат і правильного розрахунку потреби у протитуберкульозних препаратах та тестах для швидкої діагностики туберкульозу.

Все це демонструє відданість України своїм зобов'язанням досягти пов'язаних із туберкульозом цільових показників у рамках досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття

## **ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ (ЗАВДАННЯ 6.В)**

**Поширення мультирезистентного туберкульозу** може призупинити прогрес у досягненні цілі, оскільки це гальмуватиме зниження показника захворюваності і смертності від туберкульозу. У 2012 році кількість випадків вперше діагностованого підтвердженого мультирезистентного туберкульозу становила 6934 (у 2011 р. – 4305, у 2010 р. – 4056) (рис. 3.6.12.).

Основною причиною поширення мультирезистентного туберкульозу у всіх країнах світу є недоліки та прогалини в реалізації програми контролю за туберкульозом, а саме: відсутність швидкої лабораторної діагностики ТБ і мультирезистентного туберкульозу; відсутність адекватного інфекційного контролю щодо туберкульозу в медичних закладах; низька якість

---

<sup>70</sup> *Наказ МОЗ України №818 від 19.10.2012 «Порядок ведення реєстру хворих на туберкульоз, зареєстрований Міністерством юстиції за №1864/22176 від 06.11.2012).*



контрольованого лікування та низька прихильність до лікування з боку хворих; нерегулярні поставки протитуберкульозних препаратів та недостатня кількість протитуберкульозних препаратів II ряду для лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз. Всі перелічені чинники у тій чи іншій мірі притаманні Україні, оскільки заходи по їх усуненню почали реалізовуватись з 2010 року. Ускладнює ситуацію специфічні для нашої держави чинники, які пов'язані з системою охорони здоров'я. Фінансування медичної галузі із розрахунку на ліжко-день при низькому рівні фінансування в цілому вимагає тримати непотрібні ліжка та забезпечувати їх роботу. Медична допомога спрямована на стаціонарне лікування, що гальмує розвиток якісного амбулаторного лікування та сприяє поширенню внутрішньо лікарняних мультирезистентних форм захворювання. Тривалість лікування хворих на звичайний туберкульоз становить 6 місяців, а хворих на мультирезистентний туберкульоз – 20 місяців. Утримання хворого на стаціонарному ліжку протягом цього періоду призводить до втрати соціальних та родинних зв'язків, сприяє порушенню лікарняного режиму, оскільки пацієнтам, які себе добре почувають, немає чим себе зайняти у лікарні. Багато пацієнтів переривають лікування та самовільно йдуть із стаціонару. Соціальна підтримка хворим на амбулаторному етапі лікування в переважній більшості областей України не надається.

За оцінками ВООЗ в Україні мультирезистентну форму має 16% (14-18%) нових виявлених випадків туберкульозу і 44% (40-49%) випадків повторного лікування туберкульозу, внаслідок чого загальна кількість нових пацієнтів з мультирезистентною формою туберкульозу, що потребують лікування, сягає 8700 (6800-11000) щороку<sup>71</sup>. Розбіжність у оцінці кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз пов'язана з обмеженими можливостями щодо його діагностики. В Україні лише з кінця 2012 року було запроваджено швидкі молекулярно-генетичні методи діагностики (за кошти Глобального фонду), що сприяло стрибку захворюваності на мультирезистентний туберкульоз на 48%.

**Діагностика туберкульозу і мультирезистентного туберкульозу.** Уразливі групи населення мають обмежений доступ до медичних послуг з діагностики туберкульозу та небажання обстежуватись через стигму, віддаленість медичних закладів, бідність, що зумовлює щорічне недовиявлення хворих на туберкульоз і розбіжність між даними офіційної статистики і розрахунковими показниками захворюваності. Виявлення цих пацієнтів можливе лише за умови їх активного залучення до обстеження. Проте, вирішення питання гальмується через недостатню роботу первинної ланки медико-санітарної допомоги з уразливими групами населення. Соціальні служби, які працюють з цими контингентами, майже не залучаються до послуг з виявлення туберкульозу.

Незважаючи на впровадження швидких методів мікробіологічної діагностики туберкульозу, доступ до них мають не усі хворі на туберкульоз. Підтвердженням того, що багато хворих з новими і повторними випадками туберкульозу легень мікробіологічно не обстежуються, є дані офіційних статистичних форм за 2012 рік. Так, згідно статистичної форми ТБ07 «Звіт про загальну кількість випадків туберкульозу I, II та III категорії хворих» у 2012 році зареєстровано 21691 хворих з новими випадками туберкульозу легень, з повторними випадками – 9856 осіб. Згідно статистичної форми ТБ010 «Звіт про результати дослідження стійкості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів у хворих на туберкульоз легень» методом посіву не обстежились 154 хворих з новими випадками туберкульозу і 1830 осіб з повторним лікуванням. Тест медикаментозної резистентності не проводили 725 осіб з позитивною культурою у хворих з новими випадками і у 1830 хворих з повторним лікуванням. Всього мікробіологічно не обстежено у 2012 році 2902 хворих, які перебувають в протитуберкульозних закладах. Така ситуація обумовлена відсутністю

---

<sup>71</sup> Global Tuberculosis Control/ WHO report 2010/WHO/HTM/TB/2010.7, Global tuberculosis report/WHO/HTM/2012.6

можливості транспортувати мокротиння до лабораторії II і III рівня через брак санітарного транспорту і бензину. Хворий без встановленого діагнозу мультирезистентного туберкульозу і без відповідного лікування залишається в стаціонарі тривалий період (як мінімум 5-6 місяців) із бактеріовиділенням як невдача лікування і таким чином інфікує мультирезистентним туберкульозом всіх хворих відділення.

**Лікування хворих на туберкульоз.** Через поширення мультирезистентного туберкульозу і ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ показник ефективного лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз із бактеріовиділенням в Україні на 31,5 % нижче індикативного, що визначений ВООЗ – 85 %. У 2010 році від туберкульозу вилікували лише 56,6 %, у 2011 році – 58,2 %. В 2011 році відзначали зменшення показника летальності від туберкульозу з 18,0 % у 2010 році до 12,9. Рівень невдалого і перерваного лікування лишається вище індикативного (5%) і в 2011 році становив відповідно 18,2 і 7,7%. Хворі із невдачею і перерваним лікуванням поширюють інфекцію серед популяції населення, що в найближчому майбутньому може знову призвести до збільшення рівня захворюваності на туберкульоз.

**Доступ до медичних послуг.** Існуючий підхід 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 за медичною допомогою є фінансові питання, що пов'язані з вартістю проїзду, оплатою за додаткові обстеження та медичні препарати для лікування супутніх захворювань та усунення побічних реакцій від протитуберкульозної хіміотерапії.

**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.

**Система охорони здоров'я.** Реформування протитуберкульозної служби та оптимізація мережі протитуберкульозних закладів є нагальним завданням розвитку системи охорони здоров'я. З 2010 року кількість ліжок зменшено на 6,8 %, проте вона ще залишається надмірно великою. На сьогодні в Україні працює 22722 стаціонарних ліжок. У 2012 році було виявлено 13949 осіб з новими випадками туберкульозу і 7707 хворих з повторними випадками (разом 21653), які виділяли мікобактерії туберкульозу і яким показано стаціонарне лікування. Ці пацієнти мають перебувати на ліжку 2-3 місяці до припинення бактеріовиділення, потім лікуватись амбулаторно. Зрозуміло, що при такій кількості ліжок більшість хворих госпіталізують без належних показань. Звісно, ще є пацієнти з хронічними формами туберкульозу, яким потрібна ізоляція в умовах стаціонару, проте, більшість з них мають невиліковні форми захворювання та потребують лише паліативного лікування. Система паліативного лікування в фізичній галузі взагалі відсутня.

**Бідність і уразливі групи населення.** В усьому світі бідні і соціально незахищені верстви населення найбільше потерпають від туберкульозу. В Україні в структурі хворих на вперше діагностований туберкульоз в 2012 році було 55,4 % (в 2011 – 50,3 %) непрацюючих осіб працездатного віку, 10,9 % зловживають алкоголем, 2,9 % вживають наркотики, 2,9 % складають особи без визначеного місця проживання, 0,6 %, % осіб звільнилися з місць позбавлення волі. Разом цей контингент складає 72,1 % від загальної кількості. Регіональна нерівність щодо соціальної структури хворих на ТБ обумовлена соціально-економічною ситуацією в регіоні, рівнем безробіття (рис. 3.6.13).

**Інфекційний контроль щодо туберкульозу в медичних закладах.** Незадовільний матеріально-технічний стан багатьох протитуберкульозних закладів і застарілі приміщення, які

потребують капітального ремонту, не дозволяють дотримуватись стандартів інфекційного контролю в медичному закладі, що сприяє розповсюдженню внутрішньо лікарняної інфекції. Протитуберкульозні заклади недостатньо забезпечені інженерними засобами інфекційного контролю (лампами ультрафіолетового опромінення, механічною вентиляцією тощо).

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ НА ШЛЯХУ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ (ЗАВДАННЯ 6.В)**

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

**Доступ до медичних послуг з діагностики.** Необхідно наблизити медичні послуги щодо обстеження на туберкульоз і лікування до уразливих груп населення шляхом розвитку аутріч-послуг із залученням неурядових організацій, соціальної служби, волонтерів, до активного виявлення захворювання за допомогою анкетування, дослідження мокротиння і флюорографічного обстеження. Також важливо налагодити роботу закладів первинної медичної допомоги з уразливими групами населення.

**Покращення діагностики туберкульозу.** Необхідно надати доступ до швидкої діагностики туберкульозу і мультирезистентного туберкульозу усім хворим із новими і повторними випадками захворювання шляхом безперебійного постачання діагностичних тестів, організації транспортування зразків мокротиння до мікробіологічної лабораторії III рівня. У відповідності до клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» доцільно розробити та затвердити локальні протоколи із визначенням маршруту пацієнта на всіх етапах діагностики і лікування.

**Доступ до лікування та забезпечення його безперервності.** Необхідно узяти на лікування 100 % хворих з новими випадками мультирезистентного туберкульозу і забезпечити його безперервність шляхом організації амбулаторного лікування після завершення інтенсивної фази в умовах стаціонару з наданням соціальної і психологічної підтримки хворим. Також необхідно забезпечити регулярні і рівномірні постачання протитуберкульозних препаратів для дотримання правильних схем лікування, організувати своєчасну передачу протитуберкульозних препаратів II ряду до центральних районних лікарень, де хворі на мультирезистентний туберкульоз проходять амбулаторний етап лікування. Потребує удосконалення фармакологічний нагляд у протитуберкульозній службі. В кожній області необхідно відкрити відділення для паліативного лікування з належними умовами інфекційного контролю для ізоляції невиліковних хворих і надання їм необхідної медичної допомоги.

**Система охорони здоров'я.** Необхідним є реформування протитуберкульозної служби шляхом впровадження альтернативних механізмів фінансування протитуберкульозних установ із розрахунку не на ліжко, а на медичні послуги. Також необхідно оптимізувати мережу лікарняних ліжок і привести їх у відповідність до кількості хворих на туберкульоз із бактеріовиділенням, які вимагають стаціонарного лікування; надавати пріоритет амбулаторному лікуванню, спрямовуючи медичні послуги на хворого, а не на медичний заклад; забезпечити дотримання вимог інфекційного контролю щодо туберкульозу в відповідних лікувальних закладах; провести капітальні або поточні ремонти в закладах, які будуть забезпечувати стаціонарну допомогу хворим, для приведення їх до належних санітарно-епідеміологічних норм.

**Моніторинг протитуберкульозних заходів.** Необхідно забезпечити регулярний моніторинг виконання протитуберкульозних заходів на центральному і регіональному рівні з

державним фінансуванням цих заходів та розгляд проблемних питань у контролі за туберкульозом на Національній і регіональних радах з проблем ВІЛ/інфекції/СНІДу та туберкульозу.

**Інформаційно-просвітня робота.** Доцільно проводити інформаційні кампанії за участю депутатів, представників органів виконавчої влади, медичних працівників з охопленням широких верств населення щодо висвітлення сучасних проблем у цій сфері. Необхідно змінити уяву населення, представників влади, медичних працівників щодо пріоритетів в організації лікування хворих на туберкульоз, а саме надання переваги амбулаторному лікуванню. Також доцільно залучати до адвокаційних та інформаційних заходів соціальних партнерів.

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні та збільшення кількості ЛЖВ можуть призупинити прогрес на шляху досягнення цільових показників завдання 6.В, оскільки захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ стримуватиме зниження показника захворюваності. Для сталого контролю за цими інфекціями необхідні довготривалі, фінансово забезпечені заходи з профілактики туберкульозу і ВІЛ-інфекції. Пріоритетними заходами для попередження інфікування та захворювання на туберкульоз ЛЖВ і ВІЛ-негативних осіб є: широке запровадження антиретровірусної терапії серед ЛЖВ; проведення профілактики туберкульозу ізоніазидом у ЛЖВ; надання доступу до медичних послуг з діагностики і лікування туберкульозу представникам уразливих груп населення; швидка діагностика туберкульозу і мультирезистентного туберкульозу в усіх випадках нового і повторного захворювання; правильне і безперервне лікування з перших днів діагностування туберкульозу, ізоляція пацієнтів з заразними формами туберкульозу; суворе дотримання стандартів інфекційного контролю у медичних закладах.

## ЦІЛЬ 7: ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТАЛОГО РОЗВИТКУ ДОВКІЛЛЯ

В Україні вдалося досягти певних позитивних зрушень на шляху виконання завдань сталого розвитку довкілля. Суттєво зменшено обсяги викидів та скидів забруднюючих речовин у навколишнє середовище, хоча на ці процеси значною мірою впливає зниження темпів економічного зростання. Позитивна динаміка спостерігається щодо підвищення лісистості території та збільшення площі заповідників та національних парків. Проблемними питаннями залишаються виконання зобов'язань щодо централізованого водопостачання населення, яке проживає у сільській місцевості, та низькі темпи зростання частки площі природоохоронних територій.

### ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

<i>Завдання</i>	<i>Індикатори</i>
Завдання 7.A: Збільшити до 2015 року частку населення, що має доступ до централізованого водопостачання, зокрема до 90% міського населення та до 30% сільського населення	7.1. Частка населення міських поселень, що має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості міського населення 7.2. Частка сільського населення, що має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості сільського населення
Завдання 7.B: 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. т. на рік 7.4. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від пересувних джерел забруднення, млн. т. на рік
Завдання 7.C: Стабілізувати до 2015 року забруднення водних об'єктів. Стабілізувати на рівні 8500 млн.т./рік обсяг скидів стічних вод у поверхневі водні об'єкти, млн. куб. м./рік.	7.5. Обсяг скидів зворотних вод, млн. куб. м. на рік
Завдання 7.D: 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 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

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
<b>2001</b>												
<b>Завдання 7.A*:</b> Збільшити до 2015 року частку населення, що має доступ до централізованого водопостачання, зокрема до 90% міського населення та до 30% сільського населення												
<b>Індикатор 7.1.</b> Частка населення міських поселень, що має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості міського населення												
	88	88	87	87	87	87	87	93,2	-	93,4	-	90
<b>Індикатор 7.2.**</b> Частка сільського населення, що має доступ до централізованого водопостачання, % від												

загальної кількості сільського населення													
-	-	-	26	27	-	-	26	22,1	-	22,2	-	30	
<b>Завдання 7.В:</b> Стабілізувати до 2020 року викиди парникових газів на рівні нижчому на 20% за рівень 1990 року													
<b>Індикатор 7.3.</b> Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від стаціонарних джерел забруднення, млн. т. на рік													
4,05	4,07	4,09	4,15	4,46	4,82	4,81	4,52	3,93	4,13	4,4	4,3	4,7	
<b>Завдання 7.С:</b> Стабілізувати до 2015 року забруднення водних об'єктів. Стабілізувати на рівні 8500 млн. куб. м./рік обсяг скидів стічних вод у поверхневі водні об'єкти.													
<b>Індикатор 7.5.</b> 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	8500	
<b>Завдання 7.Д</b> 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													
<b>Індикатор 7.6.</b> Лісистість територій, відношення земель вкритих лісовою рослинністю, % до загальної площі території України <sup>3</sup>													
-	15,6	-	-	15,6	-	-	15,7	15,7	15,9	15,9	-	16,1	
<b>Індикатор 7.7.</b> Частка площі заповідників, біосферних заповідників, національних природних парків, % до загальної площі території України													
1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0	2,2	2,3	2,6	3,5	
<b>Індикатор 7.8.</b> Частка площі територій та об'єктів природно-заповідного фонду України, % до загальної площі території України <sup>3</sup>													
4,2	4,5	4,5	4,57	4,65	4,73	4,95	5,04	5,4	5,7	5,9	-	9,0	

\* У таблиці наведено офіційні дані за 2001-2008 роки Держстату щодо кількості селищ міського типу, які мали водопровід; за 2009-2011 роки – дані, наведені у Короткій доповіді щодо прогресу у впровадженні Протоколу про воду та здоров'я в Україні. Також у таблиці наведено дані Держстату за показниками завдання 7.В., Держлісагентства за показником 7.6., дані Держстату та Мін природи за показниками 7.7. та 7.8.

## СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Розвиток держави на засадах концепції сталого розвитку можливий за умов узгодженого вирішення соціальних, економічних та екологічних питань. Ігнорування хоча б одного із названих аспектів тягне за собою нівелювання досягнутих успіхів у інших галузях та поглиблення невирішених проблем, що має місце і в сучасній Україні. Разом з тим, на даний час практикується прийняття економічних, соціальних і екологічних рішень без їх комплексного поєднання; існуючий рівень фінансування є недостатнім для досягнення сталого розвитку довкілля. Необхідним є залучення значних інвестицій та впровадження більш ефективних **комплексних підходів до управління** у галузі охорони природи та збереження ландшафтного та біорізноманіття, системної підтримки енерго- та ресурсозберігаючих технологій у промисловості, комунальному та сільському господарстві, розроблення екологоорієнтованих планів використання територій.

**Доступ до питної води (централізованого водопостачання).** Питання забезпечення населення України якісною та безпечною для здоров'я людини питною водою є одним із найбільш соціально значущих. За ступенем водозабезпечення Україна посідає одне з останніх місць серед країн Європи, а за водоемністю валового суспільного продукту випереджає їх. При недостатній забезпеченості водними ресурсами, в країні найбільші норми водокористування на одну людину (в середньому 250-320 л/добу). Це щонайменше у два рази вище, ніж середній рівень водопостачання у розвинених країнах світу: середньодобове споживання води одним мешканцем Києва – 270 літрів (за даними ДП Укрметртестстандарт - 450), Барселони (Іспанія) – 106; Амстердаму (Нідерланди) – 100; Антверпену (Бельгія) – 85 л/чол. на добу. Витрати свіжої води в Україні на одиницю виробленої продукції значно перевищують відповідні показники у розвинених країнах Європи: Франції – у 2,5 рази, ФРН – у 4,3 рази, Великобританії та Швеції – у 4,2 рази.

В Україні зберігається суттєва диспропорція між міським і сільським населенням щодо забезпечення централізованим водопостачанням. Так, за даними Держстату, у 2012 році частка

забезпеченості централізованим питним водопостачанням населення порівняно з 2001 роком залишалась практично незмінною у містах, але зменшилась у селищах міського типу та сільських населених пунктах на 2,4% та 1,3% відповідно (табл. 3.7.1).

**Таблиця 3.7.1. Динаміка забезпечення доступу населення до питної води.**

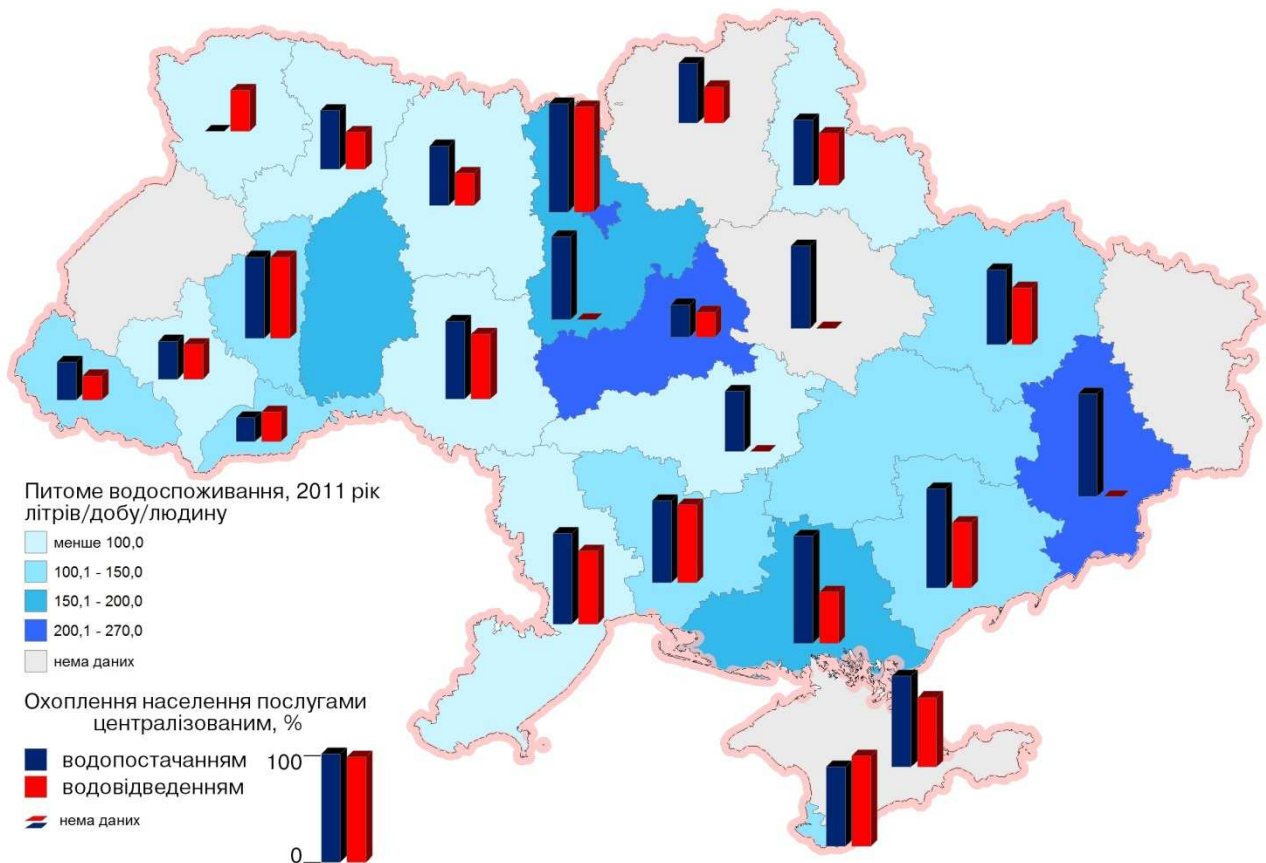
Тип населених пунктів	Кількість населених пунктів, забезпечених централізованим водопостачанням		Загальна кількість населених пунктів		Частка населених пунктів, забезпечених централізованим водопостачанням, %	
	2001	2012	2001	2012	2001	2012
<b>Всього</b>	7855	7443	29995	29794	26,2	25
Міста	449	457	451	459	99,5	99,6
Селища міського типу	790	761	893	885	88,4	86
Села	6616	6225	28651	28450	23,1	21,8

\*Дані Держстату.

У 2011 році частка населення міських поселень, що мають доступ до централізованого водопостачання складає 93,4%, це менше на 1,6% менше, ніж у 2005 році<sup>72</sup>, проте спостерігається позитивна динаміка. Щодо ситуації в Україні з водопостачанням сільських населених пунктів, то за експертними оцінками вона є однією з найгірших порівняно з країнами Європи та СНД. Наразі лише 26% сільського населення користуються послугами централізованих систем водопостачання за даними Держводагентства, а за даними, наведеними у Короткій доповіді щодо прогресу у впровадженні Протоколу про воду та здоров'я в Україні, цей відсоток є ще меншим - 22,2% (у 2009 році – 22,1%). Решта населення для питних потреб користуються місцевими джерелами – шахтними і трубчатими колодзями, саморобними каптажами, прирусловими копанками, а також привізною водою.

Населення регіонів України нерівномірно забезпечене доступом до централізованого водопостачання: 100%-ий рівень забезпечення послугами водопостачання мають мешканці м.Києва та на рівні 80-90% забезпечено мешканців Херсонської, Донецької, Запорізької, Одеської областей та АР Крим. Для інших областей України цей показник становить менше 80%, причому населення близько половини областей України менше, ніж на 50 % забезпечені централізованим водопостачанням (рис. 3.7.1.).

<sup>72</sup> За даними Короткої доповіді щодо прогресу у впровадженні Протоколу про воду та здоров'я в Україні



**Рис. 3.7.1. Водопостачання, водовідведення та питоме водоспоживання в Україні у 2011 році.<sup>73</sup>**

Цілодобове водопостачання у 2011 році для 100% населених пунктів і населення було доступним лише у трьох областях – Тернопільській, Харківській та Чернігівській, а також у м. Київ (у 2009 році – також у Харківській області). Населення всіх інших областей мали проблеми із доступом до води протягом доби. Крім того, низка областей України через природні або техногенні причини не мають гарантованих джерел водопостачання і змушені частково або повністю користуватись привізною водою. У 2011 році привізної води найбільше потребували населені пункти у Запорізькій (37,4%), Миколаївській (16%) та Дніпропетровській (11,4%) областях. Особливо чутливими до проблем постачання привізною водою є жителі сільських населених пунктів: понад 1200 сіл країни частково або повністю користуються привізною водою. Зокрема це мешканці АР Крим, Дніпропетровської, Донецької, Закарпатської, Запорізької, Одеської, Полтавської, Рівненської, Харківської і Херсонської областей.

Техногенне хімічне забруднення водозбірних басейнів та безпосередньо поверхневих і підземних вод призводить до суттєвого зниження якості питної води. Дані інструментально-лабораторних вимірювань свідчать, що якість води основних джерел централізованого водопостачання на 70% не можна вважати задовільною. Із 663 проб, відібраних у 2011 році у районах питних водозаборів, 477 за більше ніж одним показником не відповідали вимогам санітарних норм. Близько 4,6 мільйонів населення у 261 міському поселенні (у 161 місті та 100 селищах міського типу) 25 регіонів держави отримувало питну воду з місцевих джерел з відхиленням від нормативних вимог за фізико-хімічними показниками: загальна жорсткість, хлориди, сухий залишок, сульфати, фтор, загальне залізо, нітрати, аміак, марганець. Найвищий відсоток проб з перевищенням нормативів встановлений у пунктах спостережень у басейнах

<sup>73</sup> Джерело: Національна доповідь про якість питної води та стан питного водопостачання в Україні у 2011 р



річок Сіверського Дінця (до 83%), де сконцентровані численні промислові підприємства, Дунаю (до 84%, що скоріше характеризує власне води Дунаю); найменш забрудненими є води басейну Дністра – до 12% проб із негативним результатом.

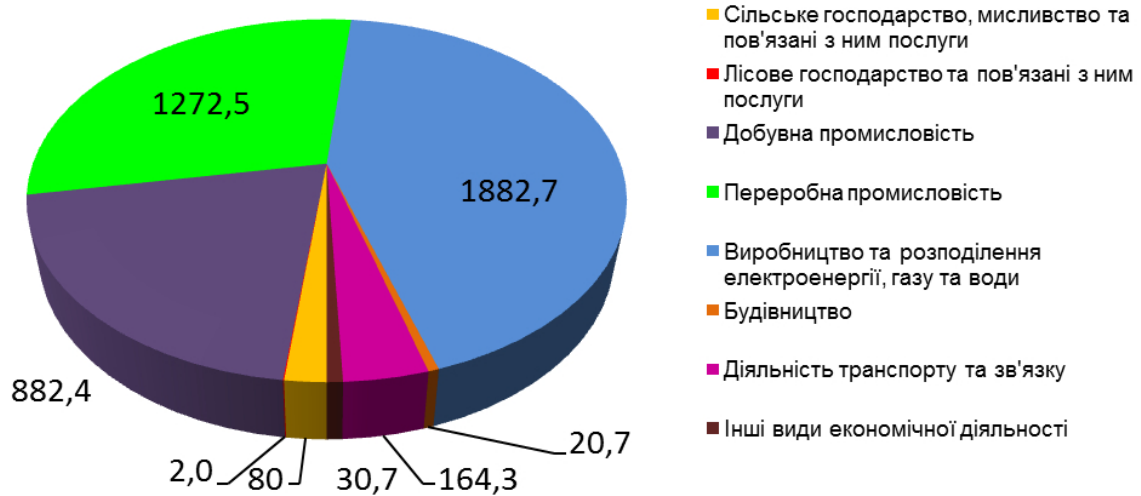
Проблема забрудненої питної води вод тісно пов'язана не лише із впливом промислових підприємств, також важливим питанням є забезпечення населених пунктів і населення водовідведенням. У всіх регіонах України, окрім м Києва, рівень забезпечення як населених пунктів, так і населення системами водовідведення є значно меншим за рівень централізованого водопостачання (3.7.2).

Виконання «Державної цільової соціальної програми першочергового забезпечення централізованим водопостачанням сільських населених пунктів, що користуються привізною водою, на період до 2010 року», незважаючи на обмежене фінансування, дозволило забезпечити централізованим водопостачанням 44 сільських населених пункти (38 тис. мешканців) Дніпропетровської, Запорізької, Луганської, Львівської, Одеської та Херсонської областей, які раніше користувались привізною та неякісною водою. З 2013 року реалізується «Загальнодержавна цільова програма розвитку водного господарства та екологічного оздоровлення басейну р. Дніпра на період до 2020 року». В рамках Національного проекту «Якісна вода» передбачено будівництво 20 000 систем локальної очистки питної води (середня планова продуктивність – близько 1500 л/доба). В першу чергу цими системами будуть обладнані об'єкти соціальної інфраструктури (дитячі садки, школи, лікувальні заклади). Заходи, спрямовані на реалізацію Загальнодержавної цільової програми «Питна вода України» на 2011-2020 роки, зокрема, будівництво станцій (установок) доочищення питної води у системах централізованого питного водопостачання та пунктах розливу питної води, водопровідних споруд не забезпечено належним фінансуванням.

**Забруднення повітря.** Забруднення атмосферного повітря залишається однією з найгостріших екологічних проблем в Україні. Окрім власне забруднення повітря, шкідливі речовини потрапляють у ґрунт та водні об'єкти, погіршуючи якість цих ресурсів. За видами економічної діяльності найбільше викидів здійснюють підприємства паливно-енергетичного комплексу, добувної та переробної (металургійне, хімічне, машинобудування та виробництва коксу і нафтопереробки) промисловості.

Коливання обсягів викидів у атмосферу забруднюючих речовин пов'язано із станом економіки в Україні, зокрема, із роботою зазначених галузей. Очевидно, що зниження промислового виробництва призводить до зниження викидів. Так, у період з 2001-2007 років зростання обсягів виробництва основних галузей промисловості зумовило стійку тенденцію до збільшення обсягів шкідливих викидів в атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення: з 4,05 млн. тонн у 2001 році до 4,81 млн. тонн у 2007 році, або на 15,8 %. Зниження виробництва в галузях-основних забруднювачах внаслідок фінансово-економічної кризи призвело до скорочення викидів забруднюючих речовин у 2008 році більш ніж на 0,288 млн. тонн і ще на 0,59 млн. тонн у 2009 році.

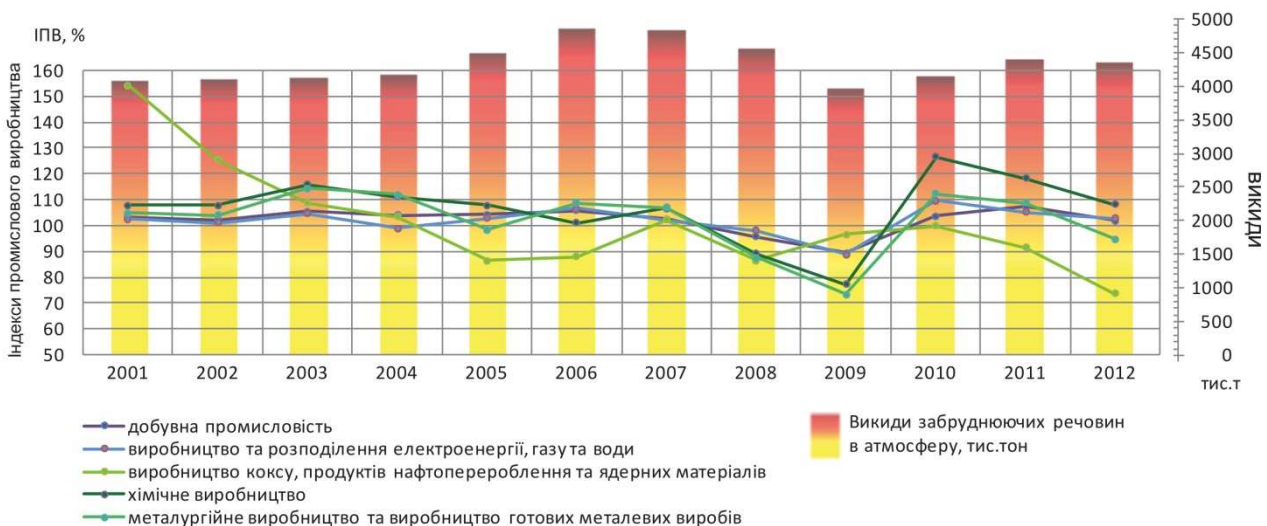
**Викиди забруднюючих речовин в атмосферу по Україні за видами економічної діяльності у 2012р., тис. тон**



**Рис. 3.7.2. Викиди забруднюючих речовин та парникових газів у атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення у 2012 році<sup>74</sup>**

Після відновлення економічного зростання у 2010 – 2011 роках спостерігався спад у 2012 році і, відповідно, скорочення викидів забруднюючих речовин у атмосферу. У 2012 році у повітряний басейн країни надійшло 4,3 млн. т забруднюючих речовин<sup>75</sup> (на 39,8 тис. т, або на 0,9% менше, ніж у 2011р. та у 2,2 раза менше порівняно з 1990р.). Очевидно, ця тенденція продовжується і у 2013 році. Нижчий рівень викидів у 2010-2011 роках (порівняно із періодом 2005-2008 років) свідчить про вплив впроваджуваних повітроохоронних заходів.

**Індекси промислового виробництва галузей та викиди забруднюючих речовин в атмосферу протягом 2001- 2012 років**



**Рис. 3.7.3. Індекси помислового виробництва та викиди забруднюючих речовин в атмосферу протягом 2011-2012 рр. (за даними Держстату)**

<sup>74</sup> Джерело: Викиди забруднюючих речовин та парникових газів у атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення у 2012 році (остаточні дані) СТАТИСТИЧНИЙ БЮЛЕТЕНЬ. – Київ, 2013.

<sup>75</sup> за даними Держстату, обсяг викидів від підприємств, узятих на державний облік територіальними органами Міністерства екології та природних ресурсів України,

Окрім того, значний внесок у забруднення атмосферного повітря вносять пересувні джерела – автомобільний, залізничний, авіаційний, водний транспорт та виробнича техніка, викиди яких у 2012 році склали 2,49 млн. тон, з яких 2249,0 тис.т, або 90,5% – це викиди автомобільного транспорту. Загалом показник викидів від пересувних джерел є відносно стабільним протягом останніх п'яти років - близько 2,5 млн. т, окрім 2008 року, коли обсяг викидів склав 2,69 млн. т. Внаслідок викидів пересувних джерел найбільшого забруднення зазнає атмосферне повітря великих міст, де концентрація шкідливих речовин становить пряму загрозу здоров'ю людини.

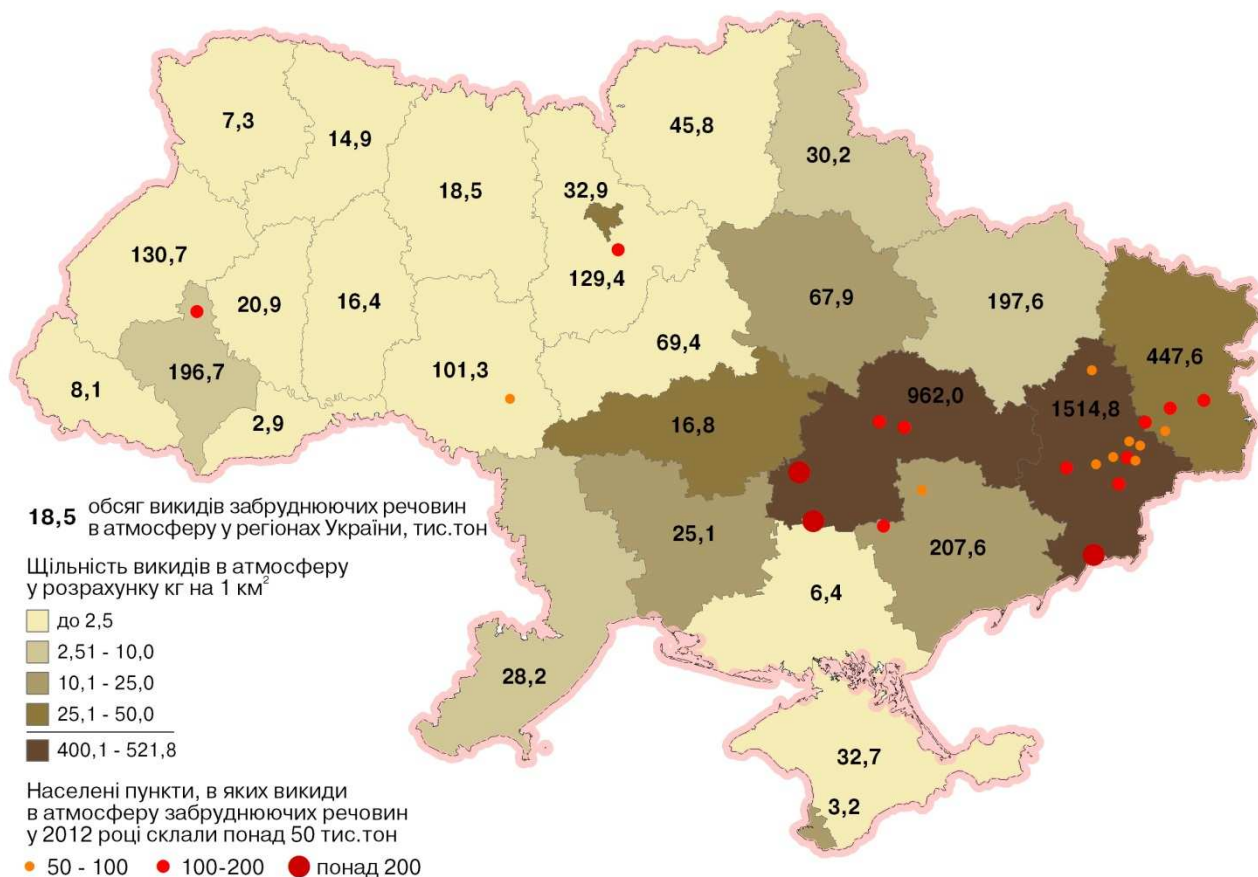
Із загальної кількості забруднюючих речовин обсяг викидів парникових газів у 2012 році становив: метану – 886,9 тис. т; оксид азоту – 12,5 тис. т; але найбільше внесено діоксиду вуглецю – 202,2 млн.т (на 4 млн.т, менше, ніж у 2011р.) (рис 3.7.4).



**Рис. 3.7.4. Динаміка викидів діоксид у вуглецю в атмосферне повітря, млн.тон.**

Показником, який більш точно характеризує стан забруднення атмосферного повітря України, є щільність викидів від стаціонарних джерел забруднення у розрахунку на квадратний кілометр території країни. У 2012 році щільність викидів складала 7,2 т забруднюючих речовин, на 1 особу припадало 95,1 кг.

Аналіз регіонального розподілу щільності викидів показує значну диференціацію території України за забрудненістю повітря. Найбільш забрудненими є східні області, так, у Донецькій області щільність викидів перевищує середній показник по країні у 8,0 раза (на 1 особу – у 3,6 раза), у Дніпропетровській – у 4,2 (у 3,1), Луганській – у 2,3 (2,1), Івано-Франківській – у 2,0 (1,5) раза. Очевидно, що ці відмінності спричинені розміщенням потужних підприємств, які здійснюють значні викиди забруднюючих речовин. Особливо гострою є проблема забруднення повітря у Дніпропетровській та Донецькій областях, де сконцентровані численні металургійні та паливно-енергетичні підприємства. Викиди у деяких населених пунктах перевищують 200 тис. тон на рік (у Зеленодольську 219,3; Кривому Розі 354,6; у Маріуполі 330,4). Підприємствами м. Києва у розрахунку на 1 км<sup>2</sup> території було викинуто 39,3 т забруднюючих речовин, що перевищило середній показник по країні у 5,5 раза.



**Рис. 3.7.5. Викиди забруднюючих речовин у атмосферу у регіонах України<sup>76</sup>.**

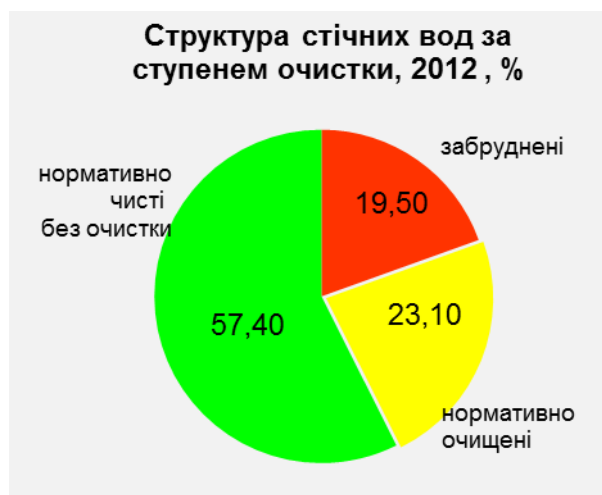
**Вставка 3.7.1. Зменшення викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря.** За даними Національної доповіді про стан навколишнього природного середовища в Україні у 2011 році, з метою охорони атмосферного повітря та клімату у 2011 році підприємства планували виконати 600 природоохоронних заходів: удосконалення технологічних процесів, введення в дію нових газоочисних установок та споруд, модернізація існуючих очисних установок. З них виконано 458 заходів, або 76,3% від запланованих, на які було витрачено 918,0 млн. грн. Упровадження зазначених заходів сприяло зменшенню викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря на 55,7 тис. т.

**Скорочення антропогенних викидів парникових газів в атмосферу у рамках Кіотського протоколу.** Україна активно сприяє реалізації проектів спільного впровадження (далі - ПСВ) та зелених інвестицій, які відіграють велику роль у скороченні викидів парникових газів та сприяють залученню інвестицій в Україну. Україна займає першу позицію за загальною кількістю затверджених проектів спільного впровадження (СВ) – 272 проекти (55,88% світового ринку одиниць скорочення викидів), у 920 млн. євро оцінюється сума інвестицій отримана українськими підприємствами за проектами СВ. За Договорами продажу одиниць (частин) установленної кількості (ОУК) з Японією погоджено 551 проект цільових екологічних (зелених) інвестицій у 24 регіонах України загальною вартістю 3 813,9 млн. грн. та очікуваними щорічними скороченнями викидів парникових газів 119,5 тис. т CO<sub>2</sub>-екв. Зокрема: • 544 проекти з капітального ремонту (теплогосації) об'єктів соціальної сфери (утеплення фасадів та

<sup>76</sup> Джерело: Викиди забруднюючих речовин та парникових газів у атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення у 2012 році (остаточні дані) СТАТИСТИЧНИЙ БЮЛЕТЕНЬ. – Київ, 2013.

дахів, заміна вікон та дверей) на загальну суму 1 921,3 млн. грн. (за поточними цінами 2012 року), які будуть здійснюватися переважно у закладах освіти та охорони здоров'я майже у всіх регіонах України; проект з технічного переоснащення світильників на основі ламп розжарювання на світильники на основі LED технологій у м. Новограді-Волинському Житомирської області; проект з будівництва очисних споруд по очищенню шахтних вод шахти ім. П.Л. Войкова, м. Свердловськ Луганської області; проект з реконструкції котельні кварталу № 165 з впровадженням теплових насосів, м. Дзержинськ Донецької області; проект з комплексної модернізації вагонів з впровадженням асинхронного тягового приводу на КП «Київський метрополітен»; проект з технічного переоснащення (заміни рухомого складу існуючих патрульних автомобілів) автомобілями з гібридною силовою установкою у Міністерстві внутрішніх справ України; проект з реконструкції системи теплопостачання мікрорайонів «Сонячний» та «Будівельник» в м. Горлівка, Донецька обл. (I черга); проект з впровадження раціонального споживання енергії з використанням сучасних високоефективних технологій на території ДПУ «Міжнародний дитячий центр «Артек» (I пусковий комплекс).

**Забруднення поверхневих водних об'єктів.** За результатами узагальнення даних державного обліку водокористування у 2012 році у поверхневі водні об'єкти скинуто 7788 млн. м<sup>3</sup> стічних вод (збільшення порівняно з 2011 роком на 63 млн. м<sup>3</sup>), причому 19,5% (1521 млн. м<sup>3</sup>) із них забруднені. Хоча використання води порівняно з початком 90-х років зменшилися більше ніж у два рази, через низьку якість очищення надходження забруднених стоків у поверхневі водойми не зменшується.



**Рис. 3.7.6. Структура стічних вод за ступенем очистки у 2012 році.**

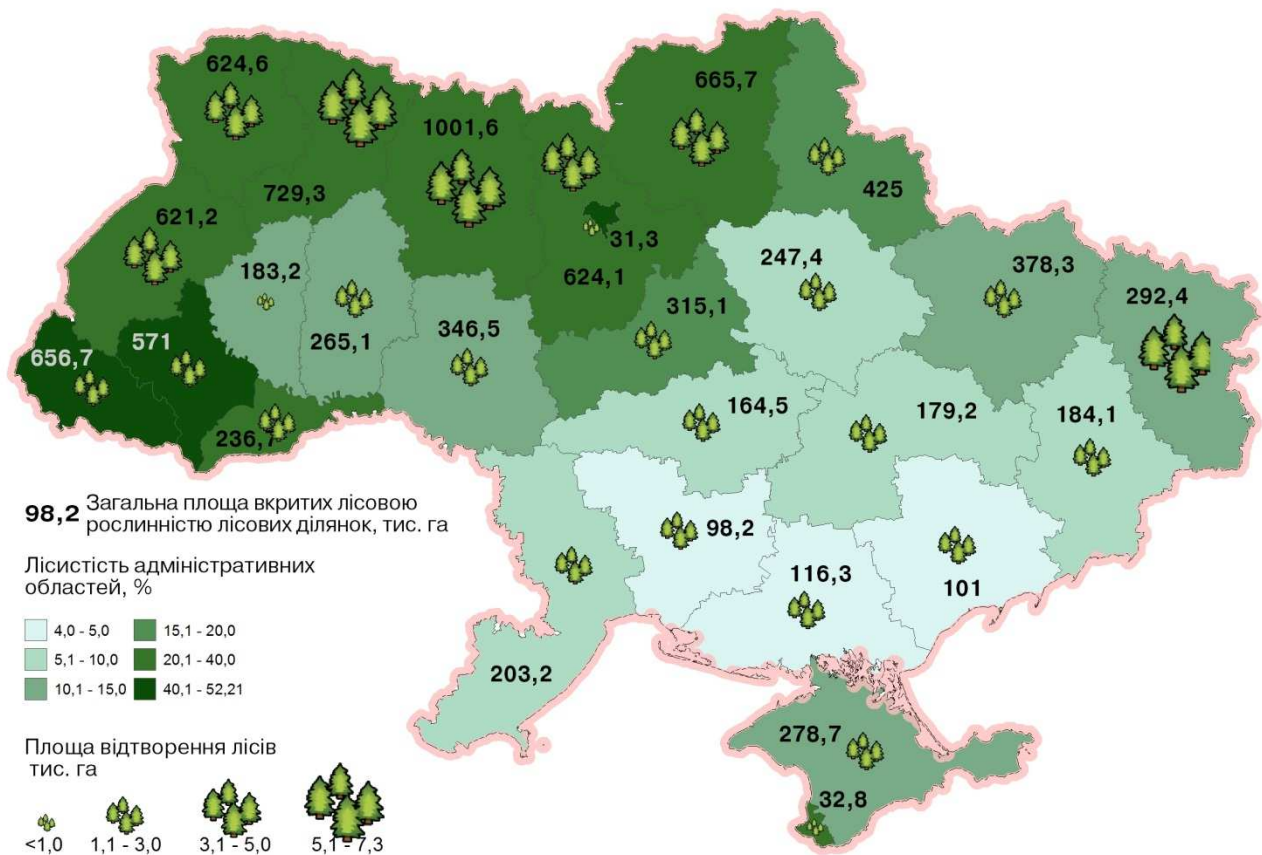
Найбільші обсяги скидів забруднених стічних вод у підприємств чорної металургії (503,4 млн. куб. м), енергетики (320,2) та вугільної промисловості (294,9 млн. куб. м), комунального господарства (537,9 млн. куб. м). Для переважної більшості підприємств промисловості та комунального господарства скид забруднюючих речовин істотно перевищує встановлений рівень гранично допустимого скиду. Крім того, на якість поверхневих вод негативно впливає також скид шахтно-кар'єрних вод, які практично без очистки потрапляють у поверхневі водні об'єкти (664,9 млн. м<sup>3</sup> у 2012 році). Основними причинами скидання забруднених стоків у поверхневі водойми є відсутність у більшості населених пунктів країни систем централізованого водовідведення, низька якість очищення зворотної води, незадовільний стан функціонуючих очисних споруд. Випадки високих рівнів забруднень найчастіше фіксувались в річках басейнів Дніпра, Дунаю, Сіверського Дінця, річок Приазов'я та Західного Бугу. У територіально-адміністративному розрізі близько 75 % від усіх забруднених стічних вод України скидається лише у 4-ох областях: Донецькій – 557 млн. м<sup>3</sup> (39% від із загального обсягу скидів області), Дніпропетровській – 382,7 млн. м<sup>3</sup>, (32 %), Луганській – 101,2 млн. м<sup>3</sup> (33 %) та Одеській – 102,6 млн. м<sup>3</sup> (42%).

За даними наукових досліджень, стресовий стан водних ресурсів настає тоді, коли об'єм річкового стоку у маловодний рік не забезпечує принаймні 10-кратного розбавлення забруднених вод. За цим показником найгірший стан води у басейнах Сіверського Донця та Росі, самовідновлювальної здатності водних джерел яких недостатньо для подолання негативних впливів і відтворення порушеної екологічної рівноваги. За обсягами забруднених стічних скидів найгірша ситуація у басейні Дніпра та Сіверського Дінця.

**Таблиця 3.7.2. Обсяги забруднених стічних скидів за основними річковими басейнами**

<b>Басейни</b>	<b>Обсяг скидів, млн. м<sup>3</sup></b>
Дніпра	593,1
Сіверського Дінця	178,9
Дністра	26,02
Західного Бугу	35,8
Дунаю	36,38
Південного Бугу	7,089
у Азовське море	201,7
у Чорне море	48,34

**Збільшення лісистості територій.** Ліси України займають відносно невелику площу і вкрай нерівномірно розміщені на території країни – сконцентровані переважно на Поліссі і в Карпатах. Тим не менше, вони є головним стабілізуючим компонентом природних ландшафтів, регулюючи гідрологічний режим територій і якість води, попереджаючи вітрову та водну ерозію ґрунтів, підтримуючи важливі біохімічні цикли екосистем. За площею лісів та запасами деревини Україна належить до малолісних і лісо- дефіцитних держав. На 2012 рік площа лісового фонду України склала 10,4 млн. га, з яких лісовою рослинністю вкрито 9,6 млн. га (15,9% території України). Лісистість території України, хоча і незначними темпами, але продовжує зростати. Зокрема, порівняно з 2010 роком лісистість збільшилась на 0,2%.



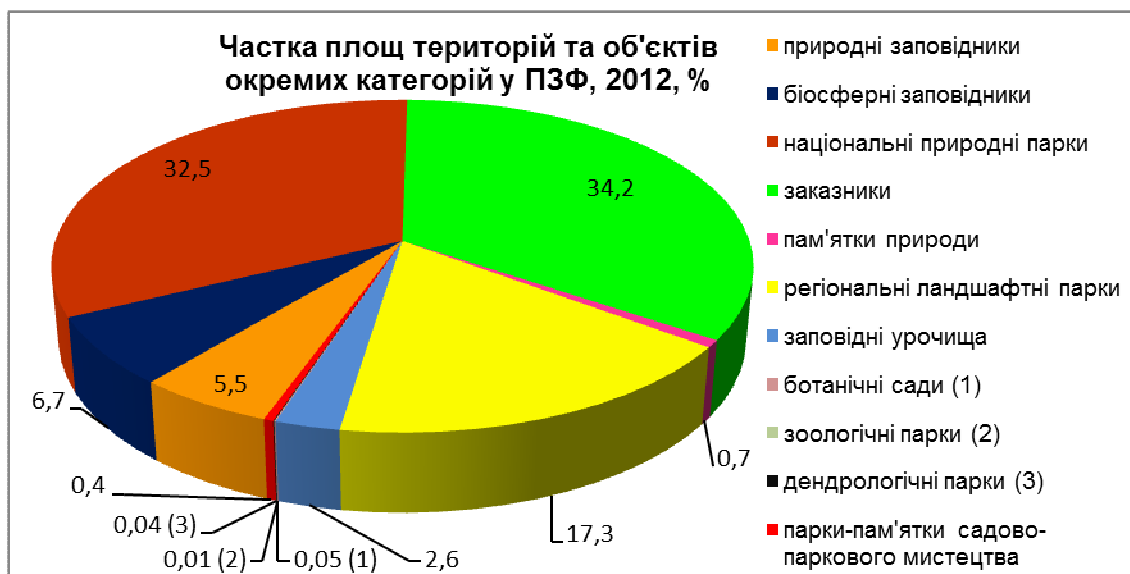
**Рис. 3.7.7. Лісистість регіонів України та відтворення лісів у 2012 році (за даними Держлісагентства).**

Багаторічні дослідження, проведені в Україні, чітко свідчать, що лісові насадження та дерева поза лісами є одним із небагатьох ефективних природних засобів підтримки стійкості та оптимізації аграрних ландшафтів, які потребують суттєвого поліпшення.

**Розширення мережі заповідників біосферних заповідників та національних природних парків, збільшення загальної площі природно-заповідного фонду України.** Метою створення та розширення мережі природно-заповідних територій є збільшення площі земель країни з природними ландшафтами до рівня, достатнього для збереження їх різноманіття. Поєднання їх у єдину територіальну систему має забезпечити можливості природних шляхів міграції та поширення видів рослин і тварин для підтримки природних екосистем, видів рослинного і тваринного світу та їх популяцій. Структура природно-заповідного фонду (ПЗФ) України включає 11 категорій територій і об'єктів загальнодержавного та місцевого значення. ПЗФ має в своєму складі 7855 територій та об'єктів загальною (фактичною) площею 3,57 млн. га в межах території України і 402,5 тис. га в межах акваторії Чорного моря. Найбільшу частку складають пам'ятки природи, заказники та заповідні урочища – разом близько 90% всіх існуючих об'єктів. Проте за площею переважають заказники та національні природні і регіональні ландшафтні парки – понад 80% природно-заповідного фонду. В Україні ПЗФ складається з 641 територій і об'єктів загальнодержавного значення (19 природних і 4 біосферних заповідників, 47 національних природних парків, 307 заказників, 132 пам'ятки природи, 18 ботанічних садів, 7 зоологічних парків, 19 дендрологічних парків, 88 парків-пам'яток садово-паркового мистецтва)<sup>77</sup>. Їх загальна фактична площа становить 2004,6 тис. га (в межах території України), або 58% від усієї фактичної площі ПЗФ і 3,3% від площі України та 402,5 тис.га (в межах акваторії Чорного

<sup>77</sup> За даними Мінприроди на 01.01.2012 р.

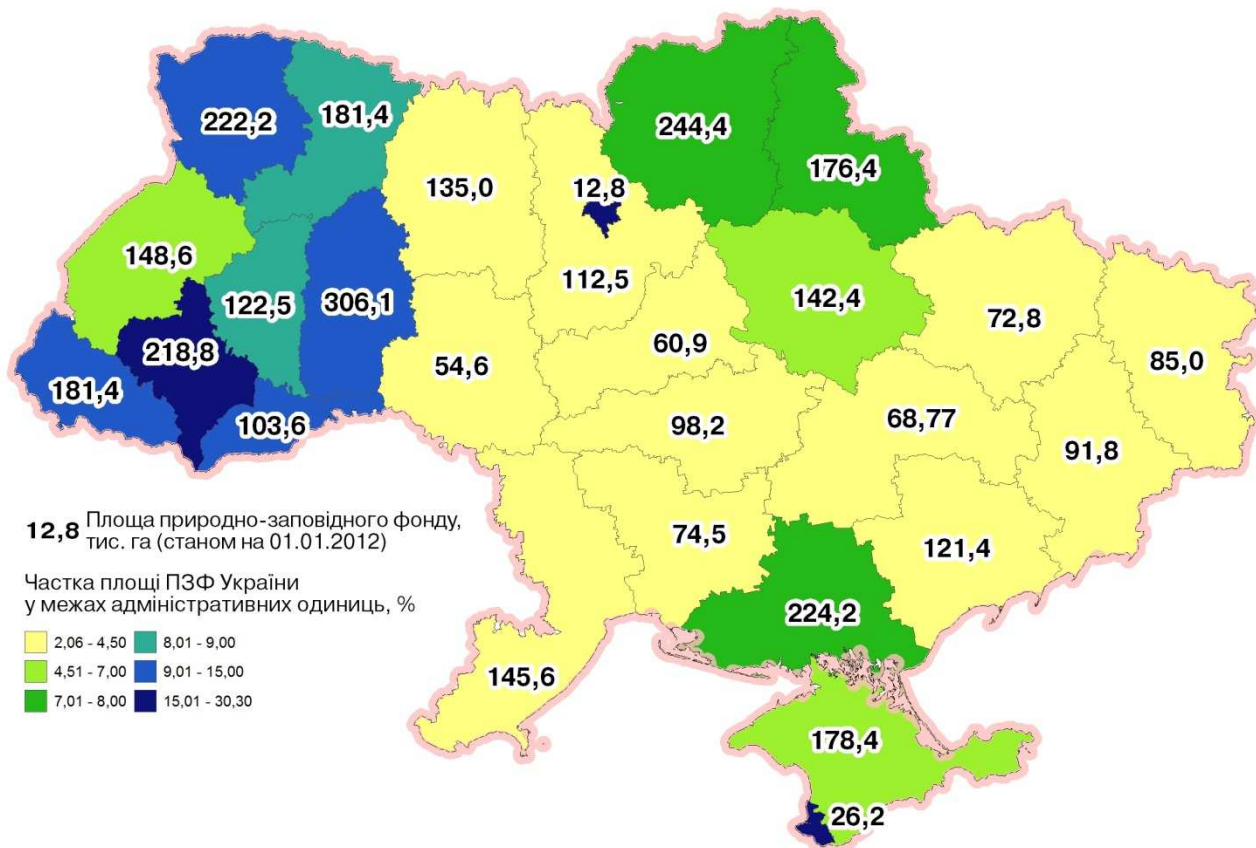
моря – ботанічний заказник "Філофорне поле Зернова"). З усієї площі ПЗФ України загальнодержавного значення близько 870 тис. га (близько 25 %) загальної площі ПЗФ і 1,4% від території держави) – це землі, надані природно-заповідним установам у постійне користування.



**Рис. 3.7.8. Частка площ територій та об'єктів окремих категорій у ПЗФ у 2012 році.**

За часткою площ у природно-заповідному фонді переважають заказники (34,2%), національні природні парки (32,5%) та регіональні ландшафтні парки. Досить низькою є частка природних (5,5) та біосферних заповідників (6,7). Частка інших об'єктів ПЗФ, які мають локальне поширення, складає менше 2,5%. Частка площі об'єктів ПЗФ має значні відміни у територіально-адміністративному розрізі. Половина областей України має вкрай низький показник заповідання - близько 2-5%. Найвищі показники заповідання характерні для західних областей України, де частка території ПЗФ складає більше 8% (окрім Львівської області), де особливо виділяється Івано-Франківська область із показником 15,7%. Чернігівська, Сумська та Херсонська області досягли частки природно-заповідних територій у межах 7-8%, АР Крим та Львівська область – близько 7%.





Ри

### с. 3.7.8. Площа природно-заповідного фонду у 2011 році (у розрізі адміністративних одиниць)<sup>78</sup>.

Площа заповідників, біосферних заповідників, національних природних парків за період 2001-2012 рр. (за даними Держстату) має тенденцію до збільшення з 1,6% у 2001 р. до 2,6 % у 2012 р. (на 1,0%) або, відповідно, з 970,8 тис. га до 1565,2 тис. га. Зростання відбулось за рахунок створення нових національних природних парків та підвищення статусу регіональних ландшафтних парків та заказників. У 2012 році «показник заповідності» - відношення площі природно-заповідного фонду до площі держави – склав 5,9%, що на 0,2 % вище показника 2011 року (площа території ПЗФ збільшилась на 108,2 тис. га). Загалом, слід відзначити поступове зростання показників частки площ об'єктів природно-заповідного фонду в Україні. Протягом 2001-2011 років «показник заповідності» збільшився з 4,2% до 5,9% (на 1,7%).

## ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Розвиток держави на засадах концепції сталого розвитку можливий за умови узгодженого вирішення соціальних, економічних та екологічних питань. Ігнорування хоча б одного із названих аспектів тягне за собою нівелювання досягнутих успіхів у інших галузях та поглиблення невирішених проблем, що має місце і в сучасній Україні. Разом з тим, на даний час практикується прийняття економічних, соціальних і екологічних рішень без їх комплексного поєднання. Відновлення і зростання промислового виробництва в останнє десятиліття, незважаючи на позитивний економічний і соціальний ефект, посилює тиск на навколишнє природне середовище. Тим більше, що основний внесок у економічне зростання

<sup>78</sup> Джерело даних: Звіт про виконання загальнодержавної програми формування національної екологічної мережі України за 2011 рік. <http://www.menr.gov.ua/content/article/6032>

внесли: металургія, хімічна промисловість, паливно-енергетичний комплекс та сільське господарство – галузі, функціонування яких призводить до надмірного тиску на навколишнє природне середовище на значних територіях та є причиною погіршення екологічного стану території України.

**Негативний ефект техногенного впливу** посилюється через зношеність виробничого обладнання, недостатній рівень забезпеченості очисними спорудами, ігнорування вимог екологічного законодавства, недостатньо впроваджуються маловідходні ресурсо- та енергозберігаючі технології.

**Забруднення ґрунтів**, атмосферного повітря поверхневих і ґрунтових вод, хімічними речовинами, утворення значних обсягів промислових і побутових відходів всіх класів небезпеки, виснаження і втрата родючих земель, зникнення окремих видів рослин і тварин, деградація природних ландшафтів – основні наслідки техногенного впливу на навколишнє природне середовище. Окрім того, залишається гострою проблема подолання наслідків Чорнобильської катастрофи.

**Значні регіональні відмінності за ступенем техногенного навантаження** на навколишнє природне середовище та комплекс екологічних проблем, що постають внаслідок господарювання, впливають на темпи сталого розвитку країни. Донбас та Придніпров'я потерпають від надмірної концентрації потужних промислових підприємств, крупні міста – від звантаженості транспортом; переважна частина земель України розорана та інтенсивно експлуатується у сільському господарстві, що призводить до деградації ґрунтів. Загальнодержавною є проблема доступу до питної води, якість якої знижується внаслідок забруднення джерел прісної води, незадовільного технічного стану та зношеності систем водовідведення і водопостачання, застосування застарілих технологій водопідготовки.

Протягом останніх років спостерігалась відносна стабілізація техногенного навантаження на навколишнє природне середовище, що, скоріше, пов'язано із наслідками спаду виробництва. Активна позиція громадян щодо захисту екологічних прав (захист зелених насаджень, виступи проти понаднормових викидів в атмосферне повітря) сприяє посиленню уваги суспільства та держави до проблем захисту довкілля, ці теми постійно обговорюються у засобах масової інформації. З іншого боку, держава та суб'єкти господарювання забезпечують фінансування природоохоронних заходів, обсяг яких постійно зростає (у 2012 році витрати на охорону навколишнього природного середовища склали 20514 млн.грн.).

**Недостатній рівень доступу до якісної питної води (централізованого водопостачання).** Споживання недоброякісної води негативно впливає на здоров'я населення. Основною проблемою, що заважає забезпеченню рівного доступу населення до питної води, є недостатнє фінансування, зокрема, будівництва та реконструкції систем централізованого водопостачання та станцій (установок) доочищення питної води у системах централізованого питного водопостачання. Серед інших проблем можна виокремити наступні: 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 і водовідведення; недостатній рівень впровадження на підприємствах питного водопостачання та водовідведення ресурсо- та енергозберігаючих технологій та обладнання тощо.

**Високий рівень забруднення повітря** залишається важливою проблемою для держави. Річна концентрація пилу, оксидів азоту, формальдегіду, діоксиду сірки та інших речовин у багатьох містах перевищує встановлені нормативи. Основними проблемами, що обумовлюють незадовільний стан атмосферного повітря населених пунктів є: невиконання підприємствами-забруднювачами у встановлені терміни заходів по зниженню обсягів викидів до нормативного рівня; низькі темпи впровадження сучасних технологій очищення викидів; відсутність

санітарно-захисних зон між промисловими та житловими районами; знищення зелених зон в межах населених пунктів; постійне збільшення кількості автомобілів та скорочення темпів оновлення автотранспортного парку; повільне впровадження економічних механізмів стимулювання підприємств до зменшення обсягів викидів в атмосферне повітря. Також негативний вплив мають невиконання підприємствами - основними забруднювачами атмосферного повітря заходів зі скорочення викидів забруднюючих речовин для досягнення граничнодопустимих і технологічних нормативів викидів, а також експлуатація технічно застарілого автомобільного парку.

**Забруднення поверхневих водних об'єктів.** Проблема забезпечення належного екологічного стану водних об'єктів залишається актуальною для всіх регіонів України. Поверхневі води та значна частина підземних вод, особливо в районах розміщення великих промислових комплексів та інтенсивного сільськогосподарського використання, зазнають антропогенного впливу, що проявляється у забрудненні, виснаженні й деградації цих об'єктів.

**Деградація поверхневих вод,** яка відбувається внаслідок: скиду комунально-побутових і промислових стічних вод безпосередньо у водні об'єкти та через систему міської каналізації; надходження до водних об'єктів забруднюючих речовин із поверхневим стоком із забудованих територій; змиву із сільгоспугідь внаслідок ерозії ґрунтів на водозабірній площі. Забруднюючі речовини, потрапляючи в природні водойми, призводять до якісних змін води, що виявляються в змінах фізичних властивостей, хімічного складу, появи неприємних запахів, присмаку тощо. Мова йде не лише про хімічне, а й про теплове і біологічне забруднення. Загальними індикаторами рівня забруднення різних видів є обсяг стоків та характеристика їхньої структури за ступенем очищення, вмістом синтетичних та органічних речовин.

**Забруднення поверхневих водних об'єктів.** Основними проблемами на шляху до реалізації завдання стабілізації обсягу скидів стічних вод у поверхневі водні об'єкти та поступового зменшення їх забруднення є, зокрема: значні втрати води у господарській діяльності; висока водоемність продукції; зношеність фондів водного та житлово-комунального господарства; високий рівень забруднення водних ресурсів та морських вод; деградація екосистем Азовського і Чорного морів; повільне впровадження економічних механізмів стимулювання підприємств до впровадження ресурсозберігаючих технологій; недостатній рівень фінансування будівництва та модернізації каналізаційних очисних споруд; відсутність ефективної системи моніторингу джерел постачання питної води поза централізованим водопостачанням.

**Проблеми на шляху збільшення лісистості територій.** Питання вирощування високопродуктивних лісів та довговічних захисних лісових насаджень, збільшення площі лісів, як екологостабілізуючих компонентів сучасних ландшафтів, має сьогодні для держави особливе значення. Основним завданням лісового господарства залишається своєчасне та якісне відновлення лісів на зрубах, збільшення їх площі за рахунок непридатних для сільгоспвиробництва земель та створення захисних лісових насаджень та полезахисних лісових смуг, розширене відтворення та підвищення продуктивності лісових насаджень. Відповідно до наукових досліджень для досягнення оптимальної лісистості (у межах 19-20% площі держави) необхідно збільшити площу лісів на 2 млн. га. Це сприятиме підтриманню екологічної рівноваги практично на всій території держави, збільшенню ресурсного потенціалу лісів.

Перелік основних проблем на шляху виконання завдання (ризика): недостатнє фінансування і, як наслідок, низькі темпи робіт із створення нових лісових насаджень, зокрема, полезахисних лісових смуг; необережне поводження населення з вогнем, що призводить до масштабних лісових пожеж; застарілість лісгосподарської та пожежної техніки; недосконала система лісовпорядкування, інвентаризації та моніторингу за станом лісів; недостатній розвиток лісової інфраструктури; наявність значної площі лісів у зоні радіоактивного

забруднення (внаслідок радіаційного забруднення лісгосподарська діяльність заборонена в насадженнях на площі 41 тис. га та на площі 142,3 га введені обмеження на використання деревини); поширення браконьєрських рубок лісів, зокрема, у Українських Карпатах; відсутність економічного механізму стимулювання запровадження ресурсозберігаючих технологій у лісовому господарстві; погіршення санітарного стану лісів, зокрема, інтенсивний розвиток шкідників і хвороб.

**Недостатні темпи розширення мережі заповідників біосферних заповідників та національних природних парків, збільшення загальної площі природно-заповідного фонду України.** Викликають занепокоєння повільні темпи розширення існуючих та створення нових територій та об'єктів природно-заповідного фонду, втрати біотичного та ландшафтного різноманіття. Крім того, необхідним є впровадження заходів з підвищення ефективності контролю за дотриманням природоохоронного режиму та вимогами природоохоронного законодавства у межах об'єктів ПЗФ. Основні проблеми: дефіцит фінансування існуючих та новостворених об'єктів ПЗФ та незадовільне фінансування заходів з формування екомережі; відсутність закріплених на місцевості меж об'єктів ПЗФ, проектів організації, державних актів на право землекористування; повільні темпи встановлення у природі (на місцевості) бережливих захисних смуг водних об'єктів; недостатній рівень розвитку рекреаційної інфраструктури установ ПЗФ; загроза зникнення багатьох видів тварин і рослин, що занесені до Червоної книги України, зокрема внаслідок нецільового використання та вилучення земель, недотримання режимів територій та об'єктів природно-заповідного фонду; низька ефективність контролю за дотриманням вимог природоохоронного законодавства та режимів територій та об'єктів природно-заповідного, зокрема місцевого значення.

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ**

Для досягнення цілі необхідно вирішити широкий спектр природоохоронних питань, вдосконалити управління природними ресурсами, впроваджувати послідовну екологічну політику та забезпечити поступову екологічну модернізацію виробництва.

**Для забезпечення доступу населення до якісної питної води через централізоване водопостачання** необхідно забезпечити належний рівень фінансування відповідних державних програм, розбудувати системи централізованого водопостачання у населених пунктах, що користуються привізною або неякісною питною водою, та станцій (установок) доочищення питної води у системах централізованого питного водопостачання та пунктах розливу питної води. Також необхідно забезпечити стабілізацію фінансово-економічного стану підприємств водопостачання і водовідведення; удосконалити системи стандартизації та нормування в сфері питного водопостачання, зокрема, через їх наближення до вимог Європейського Союзу; підвищити якість води у джерелах централізованого водопостачання. Необхідним є завершення паспортизації джерел питного водопостачання, здійсненні заходів щодо їх охорони; поліпшення стану і забезпеченні дотримання режимів зон санітарної охорони джерел питного водопостачання; удосконалення технологічних процесів очистки питної води; впровадження в промисловості технологій, які передбачають використання морських, мінералізованих підземних і шахтних вод; запобігання забрудненню підземних вод, розширення робіт по створенню мережі артезіанських свердловин для забезпечення населення питною водою. Також необхідно розробити заходи щодо удосконалення контролю за якістю та цілісністю розподільної мережі, що забезпечуватиме зменшення втрат води; будівництва та реконструкції систем каналізації; запровадження басейнового принципу управління водними ресурсами; підтримання необхідного санітарного стану річок; збільшення об'єму збирання та очищення зворотних вод; збереження екосистем Чорного та Азовського морів; відновлення стану природних морських, дельтових, бережних і річкових екосистем; створення та упорядкування водоохоронних зон і бережних захисних смуг, встановлення їх меж у природі.

**Удосконалення системи поводження з побутовими та промисловими відходами** потребує створення потужностей із знешкодження та переробки (утилізації) згаданих відходів; впровадження європейських директив та регламентів у сфері поводження з відходами; розроблення та реалізації Загальнодержавної програми поводження з відходами.

**Зниження обсягів викидів забруднюючих речовин в атмосферу та підтримка заходів щодо боротьби/подолання наслідків змін клімату** можливе за умови: зниження фонових концентрацій викидів до гранично допустимого рівня, зокрема, оксидів вуглецю, азоту, сірки; пилу, формальдегіду, фенолу; впровадження системи регулювання промислових викидів та технічне регулювання викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря на основі найкращих доступних технологій і методів управління з урахуванням економічної доступності цих методів; реалізації на підприємствах пілотних проектів з моніторингу рівня викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря та впровадження сучасних систем їх очищення; реалізації механізму повернення сплачених коштів екологічного податку з бюджету підприємствам для реалізації заходів з екологічної модернізації; подальшого впровадження економічних механізмів, визначених Кіотським протоколом до Рамкової конвенції ООН про зміну клімату та створення національної системи торгівлі дозволами на викиди парникових газів; розроблення Національного, регіональних та галузевих планів з адаптації до зміни клімату; створення банку даних про екологічно безпечні технології та методи, що застосовуються для зменшення обсягу антропогенних викидів забруднювальних речовин та парникових газів тощо.

**Розширення площ лісів** вимагає: розроблення планів створення нових лісів, які мають бути інтегровані в плани організації і розвитку конкретних регіонів, розроблятися на основі детального і всебічного вивчення земель і включати карти територій, призначених під заліснення; збільшення площі лісів шляхом виконання робіт з лісорозведення; урахування природних передумов при визначенні породного складу нових лісів; зменшення обсягу суцільних рубок лісів; поліпшення якості лісів та вікової та породної структури лісів; реабілітації лісів, забруднених радіонуклідами; забезпечення ведення державного обліку лісів, проведення моніторингу стану та інвентаризації лісів; розроблення механізму фінансового забезпечення програми лісорозведення і системи моніторингу за ходом її виконання.

**Для якісного і кількісного зростання природно-заповідного фонду** необхідним є: збереження генофонду рослинного і тваринного світу у межах територій та об'єктів природно-заповідного фонду; забезпечення екологічно збалансованого природокористування, припинення втрат біорізноманіття та поліпшення стану природних екосистем і ландшафтів; створення морських природно-заповідних зон та формування морської екомережі; підвищення ефективності системи економічного стимулювання розвитку заповідної справи; інвентаризація земельних ділянок та водних об'єктів, на яких розташовані території та об'єкти природно-заповідного фонду, уточнення їх площ і меж, завершення робіт із встановлення меж у природі; створення рекреаційної бази в установах природно-заповідного фонду, розвитку екотуризму.

**Забезпечення реалізації державних програм та дотримання природоохоронного законодавства**, у свою чергу, передбачає: виконання заходів державних програм у сферах розвитку екомережі, водного та лісового господарства та забезпечення населення питною водою; посилення відповідальності посадових осіб та громадян за вчинення ними адміністративних правопорушень у сфері охорони навколишнього природного середовища, усунення дисбалансу між фактично заподіяною шкодою природним ресурсам та розміром установлених штрафів; виконання заходів Національного плану дій з охорони навколишнього природного середовища до 2015 року; впровадження екологоорієнтованих підходів у територіальне планування, урахування вимог природоохоронного законодавства при розробці схем планування територій.

## РОЗДІЛ ЧЕТВЕРТИЙ:

### ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ УКРАЇНИ НА ПЕРІОД ПІСЛЯ 2015 РОКУ

**Порядок денний глобального розвитку після 2015 року** має надати орієнтири суспільного розвитку. Завдяки впливу Цілей розвитку тисячоліття на глобальний розвиток відбулись відчутні зміни у житті людей усього світу. Більшість країн світу спрямовує зусилля на досягнення ЦРТ до 2015 року відповідно до взятих зобов'язань. Після 2015 року світова спільнота має використати імпульс ЦРТ і продовжити поступ на шляху досягнення миру, процвітання, справедливості, свободи та гідності.

Питання визначення пріоритетів розвитку після 2015 року вперше були порушені у 2010 році на Саміті ООН з питань оцінки прогресу в досягненні ЦРТ (пленарному засіданні високого рівня Генеральної Асамблеї ООН). У Підсумковому документі Саміту було наголошено на необхідності ініціювання міждержавного діалогу для формування нового «Порядку денного розвитку після 2015 року», який має ґрунтуватись на ЦРТ та враховувати нові виклики розвитку. У 2012 році Підсумковий документ Конференції ООН з питань сталого розвитку «Ріо + 20» (Ріо де Жанейро, Бразилія, червень 2012 р.) надав орієнтири для визначення цілей сталого розвитку, які також мають враховуватись у процесі розроблення Порядку денного розвитку після 2015 року. У ході подальшої роботи на глобальному рівні було визначено головні компоненти, які мають складати основу нового Порядку денного розвитку: забезпечення миру та злагоди; захист прав людини; зменшення нерівності; сприяння сталому розвитку. За 11 тематичними сферами (Нерівність; Стан здоров'я; Освіта; Демографічна ситуація; Економічне зростання та зайнятість; Енергія; Вода; Екологічна рівновага; Управління; Продовольча безпека; Конфлікти та їх попередження) проведено консультації із залученням експертної спільноти усього світу. Формування набору пріоритетів відбувається на основі комплексного, відкритого і прозорого консультативного процесу за участю багатьох заінтересованих сторін. Запроваджено глобальний он-лайн діалог на платформі «Світ у 2015 році» ([worldwewant2015.org](http://worldwewant2015.org)), на платформі Facebook та на спеціально створеній платформі для інтерактивного опитування на глобальному рівні «Мій світ» ([myworld.org](http://myworld.org)), на якій люди мають можливість обрати власні пріоритети розвитку.

**Національні консультації з обговорення «Порядку денного розвитку після 2015 року»** є важливим інструментом для забезпечення врахування суспільної думки населення багатьох країн світу у процесі його формування. Національні консультації мають на меті: вироблення національної позиції щодо пріоритетів розвитку для урахування у подальшій роботі з формування глобального Порядку денного розвитку; використання національної позиції щодо пріоритетів розвитку для її урахування у процесі стратегічного планування національного розвитку; розбудова національного та міжнародного консенсусу з питань формування пакету пріоритетів розвитку після 2015 року. Процес національних консультацій побудовано таким чином, щоб взаємодіяти з групами та спільнотами, які не мають доступу (або мають обмежений доступ) до обговорення питань розвитку (тобто соціально відторгненими та маргіналізованими групами), а також з молоддю, яка буде нести відповідальність за майбутнє планети.

З серпня 2012 року Організація Об'єднаних Націй проводить безпрецедентну серію національних консультацій з людьми усього світу щодо їх бачення нового Порядку денного розвитку. Цей глобальний діалог є відповіддю на заклик до активної участі у формуванні «майбутнього, якого ми прагнемо». Наразі понад 200 тисяч людей зробили свій внесок і взяли участь у цій глобальній дискусії, національні консультації проходять у 83 країнах усіх континентів.

**В Україні національні консультації щодо визначення пріоритетів розвитку після 2015 року** відбулись на початку 2013 року. До участі у національних консультаціях в Україні було залучено представників урядових установ, академічних кіл, неурядових організацій, профспілок, малого, середнього та великого бізнесу, безробітних, пенсіонерів, національних меншин, молоді, студентів, дітей-сиріт, людей з обмеженими можливостями, людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом тощо. Загальна кількість учасників консультацій, які особисто брали у них участь, складає понад 4,5 тис. осіб, а з урахуванням учасників електронного опитування та краудсорсінгової платформи - понад 25 тис. осіб. Переважна більшість учасників консультацій надала позитивну оцінку можливості долучитись до процесу формування пріоритетів розвитку. До глобального інтерактивного опитування «Мій світ» долучилось близько 11 тис. українців, які обрали найбільш важливі пріоритети розвитку.

**Основні питання, що обговорювались під час національних консультацій,** включали: бачення напрямів розвитку після 2015 року, осмислення досягнень України за роки незалежності, рівень та якість життя населення, проблеми на шляху розвитку, їх причини та можливі шляхи розв'язання тощо. Понад 80% учасників не задоволені якістю життя в Україні, а три чверті не задоволені можливістю впливати на прийняття рішень, які є важливими для розвитку країни. Значна частина учасників наголошувала на необхідності розв'язання проблем нерівності (у різних її вимірах та проявах) та недотримання прав людини. Практично всі дискусії на тому чи іншому етапі обговорення виходили на проблеми у сфері зайнятості та гідної праці, у ході консультацій наголошувалось на необхідності підвищення розмірів оплати праці та пенсій, підвищення якості освіти та забезпеченні її відповідності потребам ринку праці. Серед експертів та студентської молоді активно обговорювались питання енергетичної та екологічної безпеки, залучення іноземних інвестицій, шляхів відновлення економічного зростання. Літні люди, представники громадських організацій, у тому числі тих, що працюють з ЛЖВ та людьми з обмеженими можливостями, значною мірою незадоволені станом охорони здоров'я в країні та низькою якістю медичних послуг. Представники бізнесу висловлювали необхідність покращення податкової політики, умов для ведення бізнесу. За підсумками національних консультацій, що проводились безпосередньо з людьми, за кількістю виборів можна визначити чотири групи пріоритетних питань за рівнем їх значущості:

- *1-а група пріоритетних питань*: боротьба з корупцією; створення умов для самореалізації молоді; доступність медичної допомоги; забезпечення зайнятості, створення нових робочих місць; соціальний захист;

- *2-а група пріоритетних питань*: зниження рівня майнового розшарування; покращення роботи органів влади; впровадження інноваційних технологій; забезпечення прав людини (в тому числі прав дітей);

- *3-я група пріоритетних питань*: якість та доступність середньої та вищої освіти; захист навколишнього середовища; залучення інвестицій для розвитку економіки; зміцнення суспільної солідарності та збереження національної єдності;

- *4-а група пріоритетних питань*: вирішення питань енергетичного забезпечення; забезпечення гендерної рівності; покращення демографічної ситуації, збільшення народжуваності; продовольча безпека.

Узагальнення підсумків національних консультацій (аналіз змісту дискусій та опитувань) дають підстави виокремити наступні ключові пріоритети розвитку: створення умов для самореалізації та розбудова справедливого суспільства; професійна, відповідальна влада та діалог «влада–народ»; реформування системи освіти та професійної підготовки, підвищення рівня освіченості суспільства, розвиток освіти впродовж життя; підвищення якості охорони здоров'я та медичної допомоги; забезпечення прав людини у всіх сферах життя: державна підтримка уразливих груп, боротьба з бідністю, створення рівних можливостей для всіх; забезпечення повної зайнятості та гідної праці, орієнтація професійної освіти на потреби ринку праці; модернізація виробництва, забезпечення сталого економічного розвитку, вдосконалення податкової політики, сприяння залученню інвестицій та впровадження інноваційних

технологій; зменшення нерівності в різних її проявах; вирішення питань енергетичного забезпечення та енергетичної незалежності; захист навколишнього середовища та виховання екологічної свідомості; розвиток громадянського суспільства, зміцнення суспільної солідарності.

**Результати національних консультацій.** За результатами оброблення відповідей учасників національних консультацій (відкритих дискусій та опитувань, інтерактивного он-лайн опитування «Мій світ» та он-лайн опитування за допомогою Всеукраїнської краудсорсингової платформи «Майбутнє, якого ми прагнемо») визначено національне бачення ключових цілей та пріоритетів розвитку після 2015 року (табл. 4.1).

**Таблиця 4.1. Бачення пріоритетів розвитку після 2015 року українським суспільством**

Пріоритет	Національні консультації		Інтерактивне (он-лайн) опитування	
	опитування	дискусії	«Мій світ»	«Майбутнє, якого ми прагнемо»
Рівність можливостей і соціальна справедливість	95%	90%	90%	34%
Ефективна та чесна влада	24%	70%	57%	46%
Ефективна охорона здоров'я та зростання тривалості здорового життя	60%	45%	57%	14%
Гідна праця	70%	44%	46%	34%
Модерна економіка	40%	60%	-	29%
Здорове довкілля	50%	28%	60%	5%
Доступна та якісна освіта	50%	30%	52%	14%
Розвинена інфраструктура	-		50%	

**Україна після 2015 року: Майбутнє, якого ми прагнемо.** На підставі аналізу результатів національних консультацій, підсумків широких громадських обговорень та з урахуванням експертної думки українських науковців в Україні розроблено національну аналітичну доповідь «Україна після 2015 року: Майбутнє, якого ми прагнемо». Відповідно до основних положень цієї доповіді основними пріоритетами розвитку на період після 2015 року українське суспільство вважає:

- **Рівність можливостей і соціальна справедливість: розбудова справедливого соціально інтегрованого суспільства, де неможливі відторгнення і маргіналізація;**
- **Ефективна та чесна влада: 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.**

**Рівність можливостей і соціальна справедливість: розбудова справедливого соціально інтегрованого суспільства, у якому неможливі відторгнення і маргіналізація.** Більша частина всіх висловлювань учасників національних консультацій так чи інакше стосувалися



неприпустимості існування в суспільстві вкорінені кастовості, несправедливого і необґрунтованого розшарування за соціальними, етнічними, віковими, гендерними та релігійними ознаками. Саме тому в усіх групах обговорення велось довкола дотримання прав людини (на працю, соціальний захист, медичну допомогу, освіту тощо). Диспутанти розрізняли соціальну справедливість і соціальну рівність, підкреслюючи більшу важливість для України саме соціальної справедливості.

Переважна більшість (74,4%) учасників консультацій переконані в необхідності зменшення існуючої різниці між багатими та бідними. Говорячи про різні вияви нерівності, диспутанти акцентували увагу на нерівності між багатими та бідними (28,4%), у доходах (11,2%), у володінні власністю (10,2%), між чоловіками та жінками (9,2%), між містянами та селянами (8,6%). Найбільш гостро сприймається не нерівність за доходами та нерівномірність доступу до ресурсів як такі, а те, що вони визначаються не стільки особистими якостями (освітою, працездатністю, активністю тощо), скільки соціальною приналежністю.

Про важливість цього напряму розвитку говорили 47,4% усіх учасників, водночас представники бідних верств приділили йому значно більше уваги (68,4% тих, хто визначив своє матеріальне становище як дуже низьке, і 61,8% тих, хто вважає його низьким). Представники ж експертного середовища віддали подоланню бідності окреме дев'яте місце, не виокремлюючи при цьому види та форми забезпечення прав людини. Подолання бідності пов'язується із дотриманням прав людини, протидією масштабній, вкоріненій нерівності (за доходами, доступністю базових соціальних послуг і економічних ресурсів), із запобіганням спадкової бідності, соціального відторгнення окремих груп населення (утворених за будь-якою ознакою – наявністю ВІЛ/СНІДу, сексуальною орієнтацією, станом здоров'я, віком, статтю, етнічною або релігійною приналежністю тощо).

Найбільш значущими сталими виявами нерівності в Україні є такі: за місцем проживання; за гендерною ознакою; за складом домогосподарства. Зменшення нерівності – з урахуванням усіх її складників – є одним з головних завдань розвитку України після 2015 р., від успішності розв'язання якого залежить соціальна стабільність і підтримка населенням системи соціально-економічних та політичних реформ. На думку учасників національних консультацій, вирішувати проблеми нерівності має передусім уряд України (81,0%), місцеві органи влади (50,7%) і громадські організації (34,8%).

Для розбудови соціально справедливого суспільства необхідним є подолання бідності. Сучасна бідність перестала бути виключно проблемою низького рівня доходів, і до найбільш типових ознак належності до бідних верств населення дедалі частіше відносять незадовільні житлові умови, обмеженість або відсутність доступу до системи освіти, охорони здоров'я, культури, безпечного довкілля, труднощі у підтриманні соціальних зв'язків, відсутність вільного часу та можливостей повноцінного відпочинку тощо.

**Ефективна та чесна влада: необхідна умова досягнення визначених цілей розвитку на період після 2015 року.** Необхідність поліпшення системи управління визначили вирішальним напрямом дій для покращення якості життя в Україні 46% учасників консультацій. Вкрай важливими визнано проведення кадрових і структурних змін у всіх гілках влади (50%) та боротьба з корупцією (47%); про необхідність дотримання вимог законодавства всіма громадянами, незалежно від посади та соціального статусу говорять лише 2%. При цьому прагнення кадрових і структурних змін у владі зменшується з віком (від 56% серед молоді до 44% серед осіб старших від 45 років), а впевненість у необхідності боротьби з корупцією – навпаки зростає (з 42 до 52% відповідно). Істотною є і різниця в позиції міських та сільських жителів: перші значно частіше переймаються необхідністю боротьби з корупцією (48 проти 38%), а другі – кадровими та структурними змінами у владі (58 проти 49%).

Обговорення у процесі національних консультацій засвідчило, що 77,1% українців у цілому не задоволені своїми можливостями впливати на прийняття рішень, важливих для розвитку України. Найбільш гострим це відчуття є серед представників освітян і працівників системи охорони здоров'я (87,8 і 86,6% відповідно). Люди хочуть розширення своїх повноважень.

Підвищення ефективності управління, прозорість прийняття та реалізації рішень, активізація участі громадян в управлінні країною, подолання корупції, підвищення ефективності судової системи, поліпшення кваліфікації управлінських кадрів – це ті цілі, досягнення яких в змозі забезпечити необхідну і бажану траєкторію розвитку України в середньостроковій перспективі. Без належного управління навряд чи можна досягти бажаних результатів у будь-якій сфері розвитку.

Необхідно запровадити сучасні технології державного управління, зокрема, пов'язані із формуванням т.зв. проактивної держави (держави розвитку). Досвід країн, що досягли найбільш значних темпів економічного зростання на межі тисячоліть, свідчить про високу ефективність саме цього напрямку державної стратегії. Проактивна держава переймається не стільки допомогою нужденним, скільки активізацією економічної поведінки населення, розвитком ринку праці, реструктуризацією економіки і забезпеченням високих темпів її зростання. Таким чином, ідеться про перенесення акцентів бюджетної політики на стимулювання та підтримку розвитку.

Головними інструментами є формування пріоритетів економічного розвитку, підтримка конкретних видів діяльності та форм зайнятості. І, як стверджують учасники національних консультацій, надзвичайно важливим є формування довгострокових і середньострокових цілей (48,2% віддали перевагу 10-річній перспективі, 20,6% – 15-річній, і 18,0% – 25-річній). Оскільки сучасне уповільнення економічного зростання України відбувається на тлі збереження відносно стабільної світової кон'юнктури, неминучим є висновок про обумовленість цього процесу фундаментальними чинниками – технологічними та інституційними. Відповідно використання інструментів стимулювання економічного зростання доцільне лише за умови їх довготермінового ефекту. Прикладом таких інструментів є інвестиції, передусім державні, в інфраструктуру. Найліпшим є інвестування в дорожню інфраструктуру.

Розуміючи необхідність розширення державних інвестицій в економіку, не можна ігнорувати майже рівного розподілу учасників національних консультацій між державною підтримкою перспективних видів економічної діяльності і забезпеченням рівних умов конкуренції для підприємництва. Частка тих, хто прагне державної підтримки, є зворотно пропорційною віку учасників консультацій: якщо серед осіб віком 18–24 роки нараховується 59,7% прихильників цього напрямку, то серед тих, хто перетнув 60-річну межу – лише 33,3. Власне, це свідчить про те, що населення України – свідомо чи підсвідомо – погоджується на проактивну роль держави, розуміючи, що ринок сам по собі не здатний ефективно регулювати економічні процеси. Водночас слід зважати на те, що половина учасників національних консультацій вважають за необхідне надати народу більше можливостей впливати на прийняття урядом важливих рішень: цей показник варіює від 52,8% серед 18–24-річних до 39,4% серед 55–60-річних.

Розвиток системи управління має спрямовуватися на спрощення перетворень через виявлення перешкод та потенційних каталізаторів змін. У цьому процесі інституції, суспільство та окремі особистості мають ставити власні цілі і визначати стратегії і політичні заходи, що можуть сприяти їх досягненню. Широка участь населення у громадському житті, зокрема відчуття того, що до їх думок дослухаються і врахують, що вони активно залучені до визначення конкретних шляхів розвитку, сприяє старому довготривалому розвиткові не менше, ніж послідовно політичне лідерство, підтримане сильними командами технократів, спроможне забезпечити інституційну пам'ять і послідовність політичних рішень. Нові перспективи

відкриваються в зв'язку із розширенням участі молоді в процесах державотворення, зокрема в контексті становлення проактивної держави, підвищення ефективності загальнодержавного, місцевого та корпоративного управління.

Критично важливим складником розвитку, передусім у доволі активній у політичному сенсі країні, є забезпечення прав людини: громадянських, політичних, економічних, соціальних, культурних, екологічних. Фіксуючи своє незадоволення конкретною ситуацією, населення апелює саме до прав людини і наданих відповідно до них державних гарантій.

Досягнення зазначеної мети передбачає істотні зміни в системі суспільного управління, зокрема необхідними є: трансформація державних інституцій; прискорений розвиток громадянського суспільства; формування такого культурного середовища, в якому всі розуміють, поважають і захищають права людини, у т.ч. права майбутніх поколінь.

Викорінення корупції, підвищення ефективності судової системи і забезпечення рівних можливостей для всіх громадян незалежно від віку, місця проживання, походження, соціального та майнового статусу визнано одним з головних напрямів розвитку України більшістю учасників національних консультацій. Українці розуміють, що без докорінної трансформації державних інституцій, їх підпорядкованості принципам справедливості та поваги до людей, без активізації участі населення в процесах управління неможливо побудувати справедливе суспільство і забезпечити реалізацію, а не тільки декларацію прав людини в Україні.

**Ефективна охорона здоров'я та зростання тривалості здорового життя.** Забезпечення права на охорону здоров'я визнано головним пріоритетом розвитку України після 2015 р. (59,1% всіх учасників консультацій; максимум уваги – 71,2% – віддали державні службовці, а мінімум – 47,5% – особи із середньою освітою), інвестиції в покращання якості та розширення доступності медичних послуг визнано найбільш важливим напрямом бюджетних витрат.

Відзначаючи важливість трансформації всієї системи охорони здоров'я, найчастіше підкреслюється необхідність покращання медичної допомоги, зокрема шляхом реформ (за це висловились 60% учасників краудсорсингу). Для жінок реформування системи охорони здоров'я в цілому є більш актуальним, ніж для чоловіків (66% vs 50% учасників краудсорсингу). Цілковито зрозуміло, що найчастіше про необхідність покращання медичної допомоги говорять літні люди (70%), хоча і молодь віддає перевагу важливості саме якості лікування (54%).

У суспільстві немає єдності щодо принципів фінансування медичної допомоги: частина надає перевагу бюджетній системі (але за відсутності прямих чи непрямих доплат), частина – страховій (за умови її доступності), а частина вважає, що варто запровадити змішану систему. Але одностайною є думка щодо неприпустимості будь-яких виявів нерівності у доступі до якісних медичних послуг.

Лише 40% українців відзначають важливість формування та поширення в суспільстві стандартів здорового способу життя (частка його прихильників є зворотно пропорційною віку учасників консультацій (46% серед молоді до 25 років, 37% серед осіб 25–34 років, 39% – серед 35–45-літніх і 30% серед старших 45 років; важливістю формування здорового способу життя частіше переймаються чоловіки (50% vs 34% відповідно). Виокремлюючи його складники, учасники консультацій зазначають необхідність зменшення вживання алкоголю (пропонується доволі широкий спектр дій – від державного регулювання продажу та реклами алкогольних напоїв до викорінення вживання алкоголю на робочому місці, посилення боротьби із керуванням транспортними засобами в стані сп'яніння тощо). Окрім цього, часто згадується ефективна боротьба із палінням та необхідність дозованих фізичних навантажень. Цілковито

справедливо підкреслюючи нестачу відповідної інфраструктури (велосипедних доріжок, спортивних майданчиків, недорогих клубів і басейнів тощо), учасники консультацій майже не звертають увагу на низьку рухливу активність дітей та підлітків у дошкільних та шкільних закладах, коли, власне, і закладаються стандарти поведінки у майбутньому дорослому житті.

Нині за показником середньої очікуваної тривалості життя при народженні (68,8 року) Україна поступається всім країнам з дуже високим і високим рівнем людського розвитку за винятком Казахстану, і навіть 29 з 47 країн із середнім рівнем. У результаті середня тривалість життя населення України є на 11,3 року нижчою, ніж в країнах із дуже високим рівнем людського розвитку, на 4,6 року нижчою, ніж в країнах із високим рівнем розвитку і на 1,1 року нижчою, ніж в країнах із середнім рівнем; наше відставання від країн Європи і Центральної Азії становить 2,7 року і 1,3 року – від світу в цілому. Покращання якості і розширення доступності медичних послуг є тим напрямом, що об'єднує позиції і громадськості, і експертів.

**Гідна праця: сприяння людському розвитку і реалізації людського потенціалу.** Забезпечення гідної праці в контексті як її оплати, так і умов визнано учасниками національних консультацій однією з головних цілей розвитку України – понад 50% опитаних надали перевагу дотриманню прав на справедливі умови та оплату праці як стратегічній меті розвитку на період після 2015 р. При цьому підкреслювалась важливість права на роботу в режимі повної зайнятості (зокрема, 56,9% працівників промисловості та будівництва, 55,8% працівників охорони здоров'я), вочевидь люди не погоджувались із вимушеною неповною зайнятістю і зазначали важливість справедливої оплати праці, запровадження сучасних технологій, що зменшить ризики травм і підвищить продуктивність праці тощо.

Взагалі необхідність створення нових робочих місць є безальтернативним напрямом дій для 39% українців, ще 18% підкреслювали важливість підвищення зарплат. Закономірно, що нові робочі місця та можливості працевлаштування найбільше цікавлять респондентів віком після 45 років та молодь до 25 років, тобто ті категорії економічно активного населення, яких частіше стосуються ці проблеми. Аналогічно ними більше переймаються і селяни.

Учасники консультацій пропонують різні рішення: обов'язкове надання першого робочого місця після закінчення навчання; гідне пенсійне забезпечення як передумова вивільнення робочих місць для молоді (поширення саме такої думки з огляду на неминуче поглиблення процесу старіння видається доволі небезпечним); розвиток виробництва, зокрема і шляхом відкриття старих підприємств. Ринок праці є похідною від економічних процесів, і перспективи забезпечення повної зайнятості так чи інакше пов'язані із зростанням виробництва та попиту на робочу силу. Але визнаючи значення суто економічних аспектів проблеми, не можна ігнорувати і соціальні. Зокрема, йдеться про необхідність активізації поведінки населення на ринку праці (значна частина населення, передусім сільського, фактично не прагне працевлаштуватися через вузькість локальних ринків праці і недоступність інших, розташованих за межами села), що особливо важливо в умовах високого рівня демографічного старіння.

Відповідно до застарілої структури економіки в Україні зберігається і неефективна структура зайнятості. Так, спостерігається неприпустимо висока зайнятість найпростішими професіями (абсолютний максимум серед обраних країн – більшою мірою йдеться про сільських мешканців, які, не маючи іншої роботи, обробляють присадибні ділянки). Численні опитування населення свідчать про те, що переважна більшість оцінює таку зайнятість виключно як паліатив або як додаткову зайнятість пенсіонерів. Особливо важливо це з огляду на те, що 24,9% сільського населення у віці 25–70 років мають вищу, а 57,7% – повну загальну середню освіту.

Також занизькою є частка фахівців, професіоналів і технічних службовців, яка ще тісніше корелює і з рівнем економічного розвитку, і з рівнем людського розвитку, на відміну від частки зайнятих некваліфікованою працею. Безперечно, визначальною є економічна ситуація, але й освітній потенціал населення також важливий.

Загалом занизька продуктивність праці є ключовою проблемою українського ринку праці. Цілком зрозуміло, що на цьому не акцентують увагу наймані працівники, які брали участь у консультаціях. Але ця проблема залишилась поза увагою також і експертів, і, що зовсім дивно, роботодавців. Певною мірою це пояснюється тим, що модернізація економіки, запровадження нових технологій, на необхідності чого найчастіше наголошували представники саме цих груп, має забезпечити і адекватне зростання продуктивності праці.

На сьогодні Україна за продуктивністю праці відстає від сусідніх країн на 28,8–70,6% (максимальне відставання від Чехії, мінімальне – від Казахстану). Відставання обумовлене переважно використанням застарілих технологій, але впливає і складність процесу звільнення найманих працівників. У багатьох випадках – головним чином, це стосується приватизованих в минулому державних підприємств – роботодавці все ще утримують зайву робочу силу. Значно більшу увагу в українському соціумі – і це підтвердили результати консультацій – приділяють занизькій оплаті праці. І дійсно, заробітки українців значно поступаються сусіднім країнам: максимальний розрив – 1068 дол. на місяць, або 75,7% – із Чеською Республікою, мінімальний – 59 дол., або 14,6% – із Болгарією.

Неможливість знайти роботу відповідно до вимог є основним чинником як внутрішніх, так і зовнішніх міграцій. Звісно, частіше міграційні уподобання демонструє молодь. Зокрема, 63,9% молоді віком 18–24 роки згодна переїхати до іншого міста в Україні, а 62,5% – до іншої країни. Цей чинник обумовлює також неможливість самореалізації молоді.

**Модерна економіка: формування інноваційної моделі розвитку.** Обираючи найважливіше завдання подальшого розвитку України, 54,3% учасників національних консультацій відзначали необхідність економічного зростання як передумови створення нових робочих місць, підвищення доходів і розвитку соціальної сфери. Видається, що переважна більшість опитаних ототожнює економічне зростання саме із збільшенням попиту на робочу силу, що відкриває – принаймні, на їх думку, – перспективи гідної зайнятості. Понад те, обираючи між політичними свободами і економічним зростанням, саме останньому надають перевагу 64,0% учасників національних консультацій. І хоча ця частка збільшується з віком (до 72,7% серед осіб 55–60 років), її варіація є невисокою.

Представники як експертного середовища, так і широких верств населення одностайні в тому, що модернізація економіки із запровадженням інноваційних технологій, спрямованих, зокрема на скорочення енерго- та матеріалоємності, є головною передумовою формування кращого майбутнього для України вже в середньостроковій перспективі. Саме у прогресі та інноваціях вбачають найважливіший напрям розвитку 58,7% учасників національних консультацій. Однак, визначаючи структуру, яка має максимальні можливості сприяння зростанню української економіки, респонденти надають перевагу урядові України (саме на цьому наголошують 65,3% загальної сукупності учасників при максимальному рівні – 83,3% – серед осіб старше 60 років і мініимальному – 59,6% – серед осіб віком 35–44 роки). Для вибору було запропоновано: політичні партії та їх лідери, уряд України, місцева влада, український бізнес (йому надали перевагу тільки 36,3%), громадські організації, об'єднання роботодавців, інші державні і недержавні об'єднання, міжнародні фінансові організації. Така концентрація повноважень і можливостей в уряді є непрямим свідченням того, що українське населення все ще не бачить демократичних засад розвитку суспільства в цілому і економіки зокрема. Найкращі перспективи вбачають українці у розвитку сільського господарства (34%) та

спрощенні системи оподаткування (22%); на необхідності детінізації економіки наголошують лише 13%, а на підтримці малого та середнього бізнесу – 10%.

Те, що українці вважають ключовим напрямом розвитку економіки сільське господарство, очевидно, пов'язано із якістю української землі, з одного боку, та загальним занепадом сільських територій – з іншого. Відповідно підкреслюється недоцільність імпорту продуктів, необхідність кредитів або інших фінансових ресурсів для оснащення та переоснащення господарств і підприємств потрібною технікою, важливість розвитку інфраструктури села, зокрема комунікацій. Другим після сільського господарства сектором економіки, розвитку якого надають перевагу учасники консультацій, є промисловість (12%), а третім – туризм (8%). Особливо важливою вважають підтримку національного виробника в харчовій промисловості, адже українською продукцією можна не лише вигідно замінити іноземні товари, а й самим виставляти її на експорт. У всіх вказаних галузях економіки закладено реальний потенціал збагачення для країни, тому інвестиції в них можуть стати надзвичайно вигідними.

Взагалі в прогресі та інноваціях вбачають найважливіший напрям розвитку 58,7% учасників національних консультацій. Українській економіці не вистачає нових технологій та інших інновацій, що могло б забезпечити належний рівень її ефективності, а відтак і заробітків працюючих. На необхідності розвитку вітчизняної науки та впровадження в практику сучасних технологій говорить кожний п'ятий українець. Але технологічна революція останніх десятиліть набагато випередила сформовані погляди і переконання. Для виживання людства потрібне широке запровадження інновацій, які виходять за рамки технологічних удосконалень і спрямовані передусім на зміну філософії та ідеології цивілізаційного прогресу. Відкритість та креативність перетворюються на вирішальний чинник людського розвитку.

Спрощення системи оподаткування, безперечно, важливе для розвитку української економіки, на що звертали увагу диспутанти, ймовірно, стосується не тільки зменшення кількості податків, а й зменшення їх розміру. Українці не погоджуються з тим, що ринкова система є найкращою (так вважають лише 27,3% міських і 33,0% сільських мешканців). Надзвичайно важливим для створення модерної економіки визнано середньострокове і довгострокове планування, в рамках якого диспутанти частіше надавали перевагу радикальним, а не повільним реформам – на їх користь висловились 52% загальної сукупності диспутантів. При цьому українці загалом не є надто оптимістичними щодо майбутнього української економіки – за винятком державних службовців представники інших груп частіше вважають, що у 2030 р. українська економіка працюватиме гірше, ніж сьогодні. Ймовірно, що такий песимізм є наслідком того, що у 2012 р. ВВП становив лише 69,4% рівня 1990 р. і 93,5% рівня 2008 р. Більшими оптимістами є мешканці міст (37,1% вважають, що економіка працюватиме краще і тільки 28,1% – що гірше проти 29,4% і 42,2% відповідно серед селян), що цілком відповідає різниці в соціально-економічній ситуації.

Нагальною необхідністю стає формування нової моделі економічного зростання, яка спиратиметься на приватну ініціативу, розвиток інститутів ринкової економіки та інвестиції в людський капітал. Світ переходить від індустріальної стадії розвитку до постіндустріальної, інноваційної, отже, в перспективі конкурентні переваги належатимуть тим, хто матиме більший інноваційний потенціал. Відповідно й інституційні зміни мають сприяти інтенсифікації інновацій.

Формування модерної економіки – це не тільки прискорення зростання ВВП, хоча і це надзвичайно важливе завдання, але передусім необхідні реструктуризація, перехід від переважно сировинної економіки до економіки знань. Важливою передумовою цього є визначення стратегічних пріоритетів розвитку і державна підтримка саме тих галузей і видів діяльності, які здатні забезпечити конкурентоспроможність української економіки в світі.

Враховуючи те, що основною конкурентною перевагою України є достатньо освічена, кваліфікована і мобільна робоча сила, вигреш варто шукати в пріоритеті трудоємних, а не матеріало- чи енергоємних видів діяльності. Прикладом, який вже сьогодні успішно реалізують Індія, Бразилія і Китай, є ІТ-технології. Україна має для їх розвитку необхідні традиції, необхідні наукові школи та підготовлені кадри тощо.

Понад третина диспутантів (36,8%) вважають, що у деяких ситуаціях планова економіка може бути кращою за ринкову (їй надали пріоритет 29,4%). Такої думки дотримуються, зокрема, 42,5% державних службовців (за те, що ринкова система є кращою висловились 30,1%), 49,0% освітян (за ринкову свої голоси віддали 20,4%) і 42,3% медиків (прихильників ринкової економіки серед них виявилось 25,0%). Цю думку не поділяють тільки ті, хто оцінює свої доходи як високі (жоден з них не надає пріоритету плановій системі). І взагалі за винятком молоді до 35 років усі інші вважають, що планова система (хоча і з певними обмеженнями) є кращою за ринкову. Власне, це є віддзеркаленням незадоволеності більшості учасників економічними процесами в країні. Безперечно, це має бути враховано при конкретизації середньострокових цілей та завдань розвитку України.

### **Здорове довкілля: збереження та розвиток екологічного потенціалу територій.**

Охороні та відновленню довкілля як пріоритету розвитку під час національного обговорення віддали 32,2% учасників; значна частина (43,4%) опитаних не просто погоджується із необхідністю економити енергію, а засвідчує свою готовність робити це у власному будинку/квартирі. Це свідчить про доволі високий рівень розуміння значущості екологічних проблем в українському суспільстві, особливо з огляду на доволі низький матеріальний рівень його існування і відповідну першочергову орієнтацію на первинні потреби. Під час національних консультацій підкреслювалась необхідність спільних глобальних правил і регуляторів дій у сфері безпеки та захисту навколишнього середовища (на цьому акцентували увагу 58,6% всіх учасників, 62,4% містян, 65,2% осіб із повною вищою освітою, 65,3% освітян і 68–69% осіб з доходами високого та вище середнього рівня). Така диференціація думок підтверджує, що бідність формує переважну орієнтацію на прискорення економічного розвитку для забезпечення первинних поточних потреб, а за їх задоволення людина починає міркувати над тим, що відіграє важливу роль для духовності, продовження життя, нарешті, майбутнього своєї родини і своєї країни. І, оскільки населення України за європейськими стандартами і, що навіть важливіше, за своїми власними оцінками, є бідним, при визначенні пріоритетів розвитку України, а не світу загалом, лише 32,2% населення відзначили екологію (максимально переймаються цими проблемами люди з високими доходами – 66,7%).

Визначаючи основні напрями державних інвестицій, пріоритет охороні довкілля, включаючи якість води, надали лише 8,9% учасників національних консультацій (максимум – 16,7% – продемонстрували особи старші 60 років, а мінімум – 5,6% – молодь 18–24 років). Виходячи з цього, можна стверджувати, що попри всі пережиті катаклізми населення України вважає захист навколишнього середовища (в широкому сенсі) чимось абстрактним, що потребує уваги, але не безпосереднього вкладання бюджетних коштів, які можна спрямувати на інші, більш конкретні та більш відчутні цілі – охорону здоров'я, будівництво безплатного житла, допомогу бідним тощо.

Експерти, звісно, є більш свідомими щодо значущості екологічних проблем і вони підкреслюють, що завдання формування екологічної культури – це завдання держави. Таким чином, йдеться про використання існуючих екологічних обмежень (земле-, водо- та лісоресурсних, мінерально-сировинних, вторинних і системних природних ресурсів асиміляційного типу) для сприяння економічному зростанню на основі гармонізації інтересів суб'єктів господарювання завдяки належній екологічній культурі населення і виробництва. Логіка сучасного цивілізаційного прогресу є такою, що наявність практично необмежених

ресурсів протидіє запровадженню сучасних ресурсозберігаючих технологій і, навпаки, істотні обмеження виступають потужним поштовхом для інновацій.

Нагальним питанням видається формування відповідної політики, яка перенеситиме акценти на територіальні господарські системи, в рамках не тільки «зеленої», а й «синьої» економіки, тобто туди, де створюються умови для розвитку як окремої людини, так і територіальної громади у цілому.

**Доступна та якісна освіта: духовний розвиток і конкурентність на ринку праці.** Освіта є основним інструментом інвестицій у людський капітал. Саме якісна освіта є запорукою зайнятості і високих – навіть за національними стандартами – доходів, і це значною мірою визначає відповідну налаштованість молоді. Але крім цього, освіта має забезпечувати культурний розвиток, формування нових та збереження традиційних для української нації духовних цінностей. Сучасний аксіологічний вимір освіти – як цінності державної, суспільної та особистісної – передбачає цілеспрямовану інтеграцію освіти в суспільний простір задля збагачення і розвитку матеріальних та духовних цінностей соціуму, подолання занепаду духовності і моральності у суспільстві споживання, обмеження «віртуалізації» буття та експансії антикультури як загроз дегуманізації майбутнього. 80% учасників краудсорсингу підкреслюють необхідність сприяння культурному розвитку населення – частіше на цьому наполягає молодь.

Глибинні та прискорені зміни у традиційному способі життя покладають на інститут освіти не тільки нові функції й завдання, а й призводять до появи складних суперечностей, вирішити які без консолідації зусиль всього суспільства неможливо. Більшість українців (85% містян і 79% селян) вважають вкрай необхідним сприяння культурному розвитку населення, маючи на увазі його дуже широке трактування – від національної ідеї і патріотизму до толерантності і сприйняття інших культурних цінностей й іншого менталітету.

47,4% учасників національних консультацій надали пріоритет забезпеченню права на освіту. Освіту було визнано одним з головних напрямів державних інвестицій (йому надали перевагу 11,7% опитаних). І це при тому, що за показниками освіченості населення, рівнями охоплення молоді загальною та професійною освітою, включаючи вищу, Україна майже не поступається економічно розвиненим країнам. Формулювання зазначеної цілі радше пов'язується із необхідністю підвищення якості освіти, її наближення до вимог сьогодення і майбутнього, ніж із зростанням кількісних показників. Кількісні показники не віддзеркалюють якості освітньої підготовки українців. На жаль, професійна структура підготовки фахівців, цілком логічно орієнтована на попит з боку абітурієнтів та держави, не відповідає потребам ринку праці. Спостерігається масштабна підготовка економістів та юристів, хоча ринок праці вже перенасичений цими фахівцями. У результаті численні групи випускників професійних навчальних закладів вимушені звертатися по допомогу до центрів зайнятості або приватних агенцій, погоджуватись на перекваліфікацію або займати робочі місця, що потребують значно нижчої/іншої кваліфікації.

Освіта є базовою цінністю для майже 92% українців. Чотири з п'яти випускників загальноосвітніх середніх шкіл орієнтовані на продовження освіти у вищих навчальних закладах. Обмежити своїх дітей та онуків неповною або повною середньою освітою згодні лише 4% мешканців великих міст; середньою спеціальною та базовою вищою – близько 25%; натомість майже 64% вважають для своїх нащадків достатнім рівень освіти не нижче закінченої вищої (вченого ступеня бажали б близько 5%). Проте мотивація до набуття освіти є суто прагматичною – отримання високооплачуваної роботи, професійно-кар'єрне зростання, набуття кращого соціального статусу. Студентська молодь визначає головною причиною вступу до ВНЗ майбутню кар'єру (41%), а бажання бути освіченим (32%) або отримати нові знання (15%) є менш важливими. Навіть вища освіта як така не є цінністю: менше 20% мешканців великих міст



вважають її засобом розширення світогляду, а приблизно стільки ж – підвищення соціального статусу; понад 15% взагалі прагнуть її тому, що «сьогодні так прийнято».

Окремою проблемою якості освіти є формування відповідних цінностей, зокрема культурних. Наголос на цій проблемі зробили майже всі учасники національних консультацій під час фокус-групових обговорень, підкреслюючи роль освіти у формуванні національної свідомості, становленні громадянського суспільства, члени якого здатні добиватися справедливості й тривалої усталеності розвитку. Необхідність підвищення якості освіти визнано експертним середовищем головною метою для України.

**Розвинена інфраструктура: подолання територіальної нерівності.** Важливість розвитку соціальної інфраструктури не було виокремлено учасниками національних консультацій в окремий пріоритет – лише 13,4% погодились із доцільністю першочергових державних інвестицій саме в інфраструктурні об'єкти (максимум уваги – 27,8% і 21,9% – цьому напрямку приділили студенти і державні службовці, а мінімум – 6,1% і 5,3% – освітяни та особи із середньою загальною освітою). Про це не говорили і в експертному середовищі, хоча значення розвитку інфраструктури для забезпечення доступності медичної допомоги, освіти, зайнятості важко переоцінити. Понад те, враховуючи, що в сільській місцевості мешкає третина населення України, у т. ч. майже третина економічно активної його частини, без належного сполучення з розвиненими локальними ринками праці запобігти масовому відпливу сільської молоді до міст буде неможливо. За таких умов процес демографічного старіння на селі набуде незворотного характеру, що неминуче спричинить занепад сільських територій. Прискорена розбудова сучасної інфраструктури є одним з найважливіших чинників соціально-економічного вирівнювання територій і розвитку країни у цілому.

Практична реалізація трудових прав сільських мешканців неможлива тільки у межах аграрного сектору, вона потребує формування локальних ринків праці в межах районів, тобто надання селянам доступу до робочих місць у містах на умовах маятникової міграції. Передумовою є розвиток дорожньо-транспортної мережі. Водночас і приватний підприємець значно частіше інвестує кошти в економіку тих територій, що вирізняються наявністю дорожніх, транспортних, тепло- і енергомереж, підготовленістю до господарської діяльності. Своєю чергою це стимулює розвиток суміжних та дотичних галузей, піднесення територіальних систем у цілому, сприяє збереженню робочої сили.

Розвиток соціальної інфраструктури забезпечує доступ населення – незалежно від місця проживання – до якісних медичних, освітніх, культурних та побутових послуг, сприяє дотриманню їх соціальних прав та подоланню необґрунтованої нерівності. Кожне четверте сільське домогосподарство потерпає через недоступність медичних установ. У зв'язку із занепадом соціальної сфери значна частина сільських населених пунктів втратила не лише дільничні лікарні, а й пункти первинної медичної допомоги. Доволі часто на кілька сіл працює лише один фельдшер, який не має в своєму розпорядженні транспорту, особливо придатного для умов бездоріжжя, а отже, не може вчасно надати необхідну допомогу. Через незадовільний стан доріг до багатьох сільських населених пунктів карети швидкої медичної допомоги навіть не виїжджають на виклик (на незабезпеченість населеного пункту послугами швидкої медичної допомоги вказують 42,8% сільських мешканців). Те ж саме стосується і можливостей набуття якісної освіти сільською молоддю, не тільки професійної, а й загальної. Від відсутності поблизу житла дошкільної установи страждає 4,7% сільських домогосподарств, у містах відповідний показник становить лише 1,4%. Якщо діти шкільного віку можуть у разі необхідності дістатись пішки до школи, то дошкільнятам долати навіть невеликі відстані (до 3-х км) доволі важко. І за відсутності транспорту в родині відвідування дитиною дитячого садка стає доволі проблематичним. Майже половина сільських жителів не має доступу до об'єктів, що надають побутові послуги, – вони відсутні не лише поблизу житла, а й взагалі в населеному пункті. Майже чверть сільських домогосподарств потерпає від відсутності регулярного транспортного сполучення із населеним пунктом з більш розвиненою соціальною інфраструктурою. Нині є

села, куди громадський транспорт ходить лише 2–3 рази на тиждень, продукти харчування (свіжий хліб, молоко, масло тощо) завозяться один раз на тиждень, а купити їх в іншому населеному пункті за відсутності власного транспорту неможливо.

Щільність автомобільних доріг з твердим покриттям в Україні за весь період незалежності майже не збільшилась: якщо у 1990 р. на 1 тис. кв. км території припадало 260 км шляхів, то у 2011 р. – 275. Загальна довжина автомобільних доріг загального користування зросла за цей період з 167804 км до 169694 км, а довжина доріг з твердим покриттям – з 157199 км до 166095 км. Нині на 1000 кв.км території країни припадає лише 275 км шляхів. Цього, вочевидь, замало для забезпечення необхідної транспортної доступності мешканців сіл та малих міст.

Забезпечення практичної реалізації права сільських мешканців на гідну працю потребує формування локальних ринків праці в межах районів, тобто надання селянам доступу до робочих місць у містах на умовах маятникової міграції. Передумовою є розвиток дорожньо-транспортної мережі. Своєю чергою це стимулює розвиток суміжних та дотичних галузей, піднесення територіальних систем у цілому, сприяє збереженню робочої сили.

#### **Вставка 4.1. Стратегічні завдання за визначеними пріоритетними напрямками розвитку на період після 2015 року.**

##### **Рівність можливостей і соціальна справедливість: розбудова справедливого соціально інтегрованого суспільства, у якому неможливі відторгнення і маргіналізація**

- трансформація політики формування доходів, зокрема шляхом встановлення зв'язку між доходами від зайнятості та соціальними трансфертами;
- створення справедливої системи оподаткування (у т.ч. і непрямого), перенесення податкового навантаження на більш заможні групи населення;
- забезпечення адресності та підвищення ефективності системи соціальної підтримки населення, зокрема шляхом передачі частини повноважень щодо надання соціальних послуг недержавним структурам (із належним контролем їх якості);
- активізація політики соціального залучення вразливих верств населення;
- подолання психології утриманства в суспільстві;
- відновлення системи «соціальних ліфтів»;
- розвиток сільських та загалом депресивних територій задля подолання негативних наслідків нерівності за місцем проживання.

##### **Ефективна та чесна влада: необхідна умова досягнення визначених цілей розвитку на період після 2015 року**

Найважливішою переумовою досягнення визначених цілей розвитку на період після 2015 р. є ефективна і чесна влада, формування якої пов'язане із:

- розвитком проактивної держави;
- підвищенням ефективності управління на рівні загальнодержавного, місцевого та корпоративного врядування;
- створенням громадського контролю за діями влади, постійним суспільним діалогом щодо визначення цілей та шляхів їх досягнення;
- запровадженням стандартів «відкритого урядування»
- забезпеченням прозорості прийняття та реалізації рішень шляхом спрощення процедур та надання широкого інформаційного доступу до процесів прийняття рішень;
- подоланням корупції шляхом економіко-правової модернізації держави та

розвитку культури інтелерантності до її виявів;

- підвищенням ефективності судової системи;
- підвищенням кваліфікації управлінських кадрів.

### **Ефективна охорона здоров'я та зростання тривалості здорового життя**

- формування та поширення в суспільстві стандартів здорового способу життя, створення економічної та соціальної мотивації бути здоровими;
- забезпечення правових, економічних, організаційних та інфраструктурних умов для ведення здорового способу життя;
- формування ефективної системи профілактики та ранньої діагностики, особливо щодо соціально детермінованих хвороб;
- забезпечення доступності медичних послуг всім громадянам України незалежно від їх статків та місця проживання;
- прискорений розвиток системи охорони репродуктивного здоров'я;
- реформа системи управління медичною сферою, зокрема фінансування медичної допомоги;
- скорочення зайнятості в шкідливих та небезпечних умовах;
- посилення контролю за дотриманням безпеки та дисципліни праці;
- зниження дорожньо-транспортного травматизму.

### **Гідна праця: сприяння людському розвитку та реалізації людського потенціалу**

- забезпечення права на працю у режимі повної зайнятості та створення умов для самореалізації;
- здійснення справедливої оплати праці, легалізація зайнятості та доходів від неї;
- посилення зв'язку між трудовими доходами та соціальним захистом;
- розвиток самозайнятості, захист приватної ініціативи, підтримка малого та середнього бізнесу як джерела робочих місць;
- дії на ринку праці в інтересах молоді та осіб старшого віку;
- розвиток нестандартних форм зайнятості та забезпечення належного соціального захисту осіб, які здійснюють інноваційні форми й види зайнятості;
- забезпечення зайнятості вразливих верств населення та осіб з особливими потребами;
- поєднання політики щодо зайнятості та політики щодо підтримки сімей;
- підвищення соціальної престижності праці;
- налагодження системи інформування широких верств населення щодо стану та перспектив розвитку ринку праці.

### **Модерна економіка: формування інноваційної моделі розвитку визначення та підтримка стратегічних галузей економіки;**

- розвиток економіки знань та надання пріоритету трудомістким та наукомістким видам діяльності;
- запровадження дієвої системи державного стратегічного планування;
- запровадження сучасних інноваційних технологій;
- розвиток приватної ініціативи та інститутів ринкової економіки, підтримка малого і середнього бізнесу;
- диверсифікація джерел постачання енергоносіїв.

### **Здорове довкілля: збереження та розвиток екологічного потенціалу територій**

- впровадження сучасних технологій відновлювальної та альтернативної енергетики задля зниження антропогенного впливу на довкілля;
- надання пріоритетності розвитку територіальним господарським системам, які

сприяють розвитку кожної людини та територіальної громади в цілому на основі запровадження принципів «зеленої» економіки;

- встановлення критеріїв обмежень господарської діяльності з урахуванням екологічної ємності території;
- екологізація та зниження ресурсовитратності промисловості, аграрного виробництва та житлово-комунального господарства;
- зменшення обсягів забруднення навколишнього середовища;
- збереження лісових масивів, водних ресурсів та біорізноманіття;
- розвиток «зеленого туризму» та формування масової культури збереження довкілля;
- впровадження стандартів використання води, ґрунту та інших відновлювальних ресурсів у виробництві сільськогосподарської продукції, зниження обсягів монокультурного агровиробництва;
- стимулювання розвитку біологічно чистої продукції та зміна культури харчування населення.

### **Доступна та якісна освіта: духовний розвиток і конкурентність на ринку праці**

- забезпечення доступності та неперервності освіти впродовж життя;
- модернізація структури, змісту та організації освіти на засадах компетентнісного підходу, переорієнтація змісту освіти відповідно до цілей та принципів сталого людського розвитку;
- впровадження моделей інтегрованої та інклюзивної освіти на всіх рівнях освіти;
- формування мотивації та здатності до навчання, максимізація цінностей навчальної успішності та самоосвіти;
- усунення нерівності доступу населення до якісної освіти на всіх її рівнях;
- залучення різних верств населення до набуття знань для використання нових можливостей засвоєння соціального простору (комп'ютерна грамотність, володіння іноземними мовами та ін.);
- удосконалення процедур та механізмів прогнозування розвитку освіти;
- подальший розвиток відкритої системи управління якістю освіти на національному, регіональному та місцевому рівнях; удосконалення процедур оцінювання якості; підвищення рівня відповідальності навчальних закладів за якісну підготовку, розробка механізму «захисту споживачів» від неякісних освітніх послуг;
- підвищення ефективності інтеграційних процесів при впровадженні моделі державно-суспільного управління (зокрема, активності інститутів громадянського суспільства у формуванні різних аспектів освітньої політики, впровадження технологій контролю якості тощо).

### **Розвинена інфраструктура: подолання територіальної нерівності**

- трансформація відносин між центральними та місцевими органами влади, змінення механізмів фінансування інфраструктурних проектів;
- стимулювання публічно-приватних партнерських відносин;
- передача прав та обов'язків щодо розвитку і підтримання в належному стані інфраструктурних об'єктів місцевим органам влади та територіальним громадам з відповідними трансформаціями податкової та бюджетної системи;
- розподіл приватних та комунальних прав власності на об'єкти інфраструктури;
- відновлення регіональної соціальної, комунальної, культурної інфраструктури задля розвитку регіональних ринків праці.

Суспільний попит на визначення орієнтирів розвитку обумовлює необхідність запровадження системних підходів до перспективного стратегічного планування національного розвитку. Це завдання відповідає очікуванням українського суспільства і слугуватиме гарантією забезпечення макроекономічної стабільності, екологічної рівноваги та соціальної злагоди. Крім того, прозорий і відкритий процес визначення пріоритетів розвитку країни слугуватиме запорукою суспільної підтримки процесу досягнення цілей.

Додаток 1. Таблиця «Незавершені завдання на шляху досягнення ЦРТ»

Пріоритетні напрями	Національні пріоритети	Завдання, індикатори, часові рамки	Джерело	Коментарі
Бідність	Зниження рівня бідності	Зниження рівня бідності серед працюючих до 15% (нині 18,5%) Зниження рівня бідності серед дітей до 29% (нині 31,5%) Зниження рівня бідності за відносним критерієм крайньої бідності – 10,9 (нині 11 %) Зниження рівня бідності за абсолютним критерієм – 5% (нині 12,5) Зниження рівня бідності За абсолютним критерієм для порівняння з міжнародними показниками – 0,5% (нині 1,5%) Термін виконання – до 2015 року	Державна цільова соціальна програма подолання та запобігання бідності на період до 2015 року	
	Зменшення масштабів дитячої бідності	Запровадження реінтеграції дитини у біологічну сім'ю замість альтернативного (інтернатного) догляду; підготовку 162 спеціалістів з питань здійснення корекційної роботи з батьками, у яких вилучено дитину, з метою реінтеграції дитини у біологічну сім'ю; Термін виконання – до 2016 року	Концепція Державної цільової соціальної програми підтримки сім'ї до 2016 р.	
	Реалізації державних гарантій і конституційних прав дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування	збільшити кількість дітей, повернутих в біологічну родину та усиновлених громадянами України; піднести в суспільстві престиж та авторитет сімей усиновителів; запровадити єдиний механізм фінансового забезпечення дітей; зменшити кількість дітей, вилучених із сімейного середовища; зменшити кількість дітей, направлених до закладів; збільшити кількість дітей, влаштованих у сім'ї громадян за місцем походження дитини; реформувати систему закладів із створенням умов для проживання та виховання дітей, наближених до сімейних; створити умови для забезпечення реалізації права дитини на збереження або поновлення контактів з біологічною родиною, родинним	Державна цільова соціальна програма реформування системи закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування до 2017 року	

		оточенням у тому разі, коли це не шкодить її інтересам; Термін реалізації до 2017 року		
	Подолання соціального сирітства	<p>Завдання:</p> <p>забезпечити ефективну діяльність суб'єктів соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю щодо раннього виявлення сімей, які входять до групи ризику опинитися у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг, попередження вилучення дитини з сім'ї;</p> <p>забезпечити надання якісних соціальних послуг дітям та сім'ям з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах, зменшити кількість таких сімей;</p> <p>зменшити кількість дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які виховуються в інтернатних закладах;</p> <p>зменшити кількість дітей, які перебувають поза сімейним оточенням;</p> <p>створити умови для утвердження в суспільстві сімейних цінностей, виховання відповідального батьківства та запобігання соціальному сирітству.</p> <p>Терміни:</p> <p>До 2015 року - на першому етапі реалізації Стратегії кількість дітей-сиріт має зменшитися щонайменше на 10 тисяч;</p> <p>значно скоротиться кількість дітей, які виховуються в інтернатних закладах,</p> <p>підвищити ефективність роботи органів влади, соціальних служб</p>	Національна стратегія профілактики соціального сирітства на період до 2020 року	Станом на 1 січня 2012 року в Україні проживають 95956 дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування - майже 80% із них є сиротами при живих батьках. Щороку в Україні близько 8 тисяч дітей залишаються без батьківського піклування, зокрема через складні життєві обставини, безвідповідальне ставлення батьків до своїх обов'язків і жорстоке поводження з дитиною, вживання батьками алкоголю, наркотичних засобів.
Голод/харчування	Забезпечення безпеки продуктів харчування (санітарні й фітосанітарні норми)	оновлення виробничих потужностей та збільшення обсягу виробництва і асортименту продуктів дитячого харчування за рахунок власних коштів підприємств, які виготовляють зазначені продукти, що не дасть змоги розв'язати проблему комплексно	Державна цільова соціальна програма розвитку виробництва продуктів дитячого харчування на 2012 – 2016 роки	

Зайнятість	<p>У т.ч. безробіття серед молоді, забезпечені робочі міста, зайнятість сільського населення формалізація неформальної зайнятості</p>	<p>Завдання:  підтримки молодих працівників залучених до роботи в селах і селищах;  збільшенню обсягів самозайнятості населення шляхом надання особам з числа безробітних консультацій з питань організації та провадження підприємницької діяльності;  вдосконалити систему моніторингу створення нових робочих місць;  модернізувати систему прогнозування та перейти до складання середньострокового прогнозу потреб економіки й соціальної сфери у фахівців з вищою освітою та робітничих кадрах</p> <p>Індикатори:  Чисельність зайнятих економічною діяльністю віком 15-70 років, млн. осіб – 21,4-21,2 до 2017  Рівень зайнятості осіб віком 15-70 років, 64,3-63,7%  Рівень зайнятості осіб віком 15-24 років, 51,9-50,8%  Чисельність безробітних віком 15-70 років, визначена за методологією МОП, млн. осіб 1,45-1,5  Рівень безробіття осіб віком 15-70 років, визначений за методологією Міжнародної організації праці, 6,3-6,6 %  Рівень безробіття осіб віком 15-24 років, визначений за методологією Міжнародної організації праці, відсотків 13-14,8</p>	<p>Програми сприяння зайнятості населення та стимулювання створення нових робочих місць на період до 2017 року</p>	<p>Повна та ефективна імплементація зазначених завдань унеможливорює ся через те, що стратегія зайнятості та підвищення якості продуктивних сил не узгоджена з пріоритетами економічного розвитку, інвестиційною, промисловою, податковою, демографічною та соціальною політикою.</p>
------------	---	---	--	---



Освіта	Розвиток дошкільної освіти	<p>Завдання забезпечення рівних стартових умов для всіх дітей; розроблення та впровадження механізму розвитку дошкільної освіти; забезпечення конституційних прав і державних гарантій щодо доступності та безоплатності здобуття дошкільної освіти у державних та комунальних дошкільних навчальних закладах.</p>	<p>Державна цільова соціальна програма розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року</p>	<p>Підвищеної уваги держави потребує початкова освіта у сільській місцевості. До нерозв'язаних проблем в освіті в сільській місцевості, належать: структура мережі не повною мірою враховує освітні, виховні, оздоровчі та культурні потреби селян, що є причиною створення нерівноцінних умов для навчання і розвитку сільських та міських дітей; загальне зменшення кількості дітей впливає на мережу загальноосвітніх навчальних закладів, призводить до зменшення наповнюваності класів і шкіл, збільшення кількості загальноосвітніх навчальних закладів з малою чисельністю учнів і як наслідок - до зниження рівня якості освіти, скорочення педагогічного навантаження вчителів тощо; низький соціальний статус педагогічної діяльності; відсутність механізму вчасного і повного забезпечення навчальних закладів навчальними програмами, підручниками, посібниками, обладнанням:</p>
--------	----------------------------	--	--	--

			<p>Державна цільова програма впровадження у навчально-виховний процес загальноосвітніх навчальних закладів інформаційно-комунікаційних технологій "Сто відсотків" на період до 2015 року</p> <p>Державна цільова програма розвитку професійно-технічної освіти на 2011 – 2015 роки</p>	
Гендерна рівність, посилення ролі жінок	<p>Подолання гендерної нерівності в процесі прийняття рішень, на всіх рівнях</p>	<p>Завдання:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- створити умови та можливості для паритетної участі жінок і чоловіків у прийнятті політичних, економічних та соціальних рішень;</li> <li>- удосконалити механізм реагування на факти дискримінації за ознакою статі;</li> </ul> <p>Термін виконання: протягом 2013-2016 років</p>	<p>Концепція Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року</p> <p>Закон «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків»</p>	<p>не дивлячись на майже повністю сформовані інституційні елементи національного гендерного механізму та існування потужної правові бази Протягом останніх років не було здійснено біль-якої цілеспрямованої роботи щодо вирівнювання реального доступу українських жінок та чоловіків до політичних інститутів</p>
	<p>Подолання нерівності у доходах чоловіків та жінок</p>	<p>підвищити рівень поінформованості роботодавців з питань запровадження міжнародних стандартів рівності співробітників у сфері праці; створити належні умови для забезпечення жінкам і чоловікам можливості суміщати трудову діяльність із сімейними обов'язками; забезпечити включення до навчальних програм стандартів гендерної освіти</p> <p>Термін виконання: протягом 2013-2016 років</p>	<p>Концепція Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року</p>	
	<p>Ліквідування гендерного насильства,</p>	<p>мінімізація асоціальних проявів у сім'ї, передусім насильства, збільшення на 20 відсотків кількості осіб, залучених до відповідних реабілітаційних програм;</p>	<p>Концепція Державної цільової соціальної програми підтримки сім'ї до 2016 р.</p>	

Здоров'я	Поліпшення здоров'я вагітних жінок	<p>Завдання: знизити рівень до 2015 року:</p> <p>анемії серед вагітних на 45 % (19,1 на 100 вагітних); гемолітичної хвороби новонароджених на 20 відсотків (6,6 на 1000 народжених вагою 100 грамів) підліткової вагітності на 20 % (11,2 на 1000 дівчат 15 років); запальних захворювань статевих органів у підлітків 15-17 років на 20 %; штучного переривання вагітності серед підлітків 15-17 років на 20 %;</p> <p>штучного переривання вагітності в дорослих жінок на 20 %;</p> <p>захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, на 30 %;</p> <p>захворюваності на гонорею серед дорослого чоловічого населення на 10 відсотків;</p> <p>захворюваності на рак шийки матки на 20 %;</p> <p>онкологічної захворюваності молочної залози на 10 %;</p> <p>смертності новонароджених від синдрому дихальних розладів на 20 % (0,9 на 1000 народжених живими);</p> <p>збільшити кількість дітей, які перебувають на грудному вигодовуванні до шести місяців, до 60 %;</p> <p>забезпечити антенатальним доглядом 98% вагітних;</p> <p>довести рівень впровадження в амбулаторно-поліклінічних педіатричних закладах системи надання послуг "Клініка дружня до молоді" до 90 %;</p> <p>підвищити рівень використання сучасних засобів запобігання непланованій вагітності на 20 %</p>	Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 р.	
----------	------------------------------------	---	--	--

	<p>Профілактика неінфекційних захворювань, інвалідності і смертності населення</p>	<p>Завдання:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- збільшити середню очікувану тривалість життя на 2,2 року;</li> <li>- стабілізувати та досягти тенденції до зниження смертності від хронічних неінфекційних захворювань на 10 %;</li> <li>- стабілізувати та досягти тенденції до зниження передчасної смертності осіб працездатного віку на 10 %;</li> <li>- стабілізувати та досягти тенденції до зниження смертності від дорожньо-транспортних пригод на 20 %;</li> <li>- стабілізувати та досягти тенденції до зниження смертності від самогубств на 8 %;</li> <li>-досягти охоплення базовою вакцинацією дитячого населення до рівня 90 - 95 %;</li> <li>- підтвердити статус території, вільної від поліомієліту;</li> <li>- досягти тенденції щорічного скорочення поширеності тютюнопаління на 1 %;</li> <li>- досягти тенденції щорічного скорочення поширеності зловживання алкоголем на 1 %;</li> <li>- досягти зниження частки осіб з надмірною масою тіла та ожирінням на 8 %;</li> <li>-знизити на 7 % рівень первинного виходу на інвалідність (насамперед населення працездатного віку) шляхом запобігання ускладненням неінфекційних захворювань серед населення;</li> <li>- скоротити розбіжності в показниках забезпеченості областей, регіонів, міського та сільського населення лікарями, середнім медичним персоналом на 10 %</li> <li>- знизити на 25 %рівень госпіталізації у заклади охорони здоров'я;</li> <li>- досягти середнього строку доїзду бригади швидкої медичної допомоги до пацієнта у місті до 10 хвилин, у сільській місцевості - до 20 хвилин</li> </ul>	<p>Загальнодержавна програма "Здоров'я - 2020: український вимір"</p>	
--	--	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Покращити діагностику ТБ шляхом оптимізації мережі лабораторій у громадських та пенітенціарних установах</li> <li>- Покращити доступ до високоякісних послуг для людей, які, з різних причин, мають обмежений доступ до протитуберкульозних медичних послуг.</li> <li>- Підвищити загальний доступ до діагностики, лікування та догляду хворих з ТБ шляхом підвищення обізнаності, мобілізації політичної підтримки та зниження стигми і дискримінації</li> </ul>		<p>Значний вплив на формування несприятливої епідемічної ситуації із захворюваністю на туберкульоз створюють найбільш вразливі, соціально дезадаптовані та маргінальні групи населення, кількість яких в Україні зростає. Таким чином, подолання туберкульозу та досягнення ЦРТ в цьому напрямі тісно пов'язане із подоланням бідності – воно є і його наслідком, і однією з умов.</p>
Оточуюче середовище	Формування нового «зеленого» економічного курсу,	<p>Завдання стабілізувати та поліпшити стан навколишнього природного середовища до рівня, безпечного для життєдіяльності населення;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- усунути прямий зв'язок між економічним зростанням та погіршенням стану навколишнього природного середовища;</li> <li>- упровадити систему екологічно збалансованого використання природних ресурсів;</li> <li>створити розгалужену екомережу та припинити втрати біорізноманіття;</li> <li>-Екологізація промисловості, транспорту</li> </ul>	Концепція національної екологічної політики України на період до 2020 року	<p>Не дивлячись на підвищену увагу світового співтовариства до проблем сталого екологічного розвитку та взяті міжнародні зобов'язання в Україні так і не завершена підготовка надзвичайно важливого документа - Національної стратегії сталого розвитку, хоча вітчизняні вчені, насамперед з Національної академії наук, фундаментально дослідили широке коло теоретичних, концептуальних, методологічних і практичних аспектів сталого розвитку та формування екологобезпечної економіки</p>

	<p>забезпечення питною водою в необхідних обсягах та відповідно до встановлених нормативів</p>	<p>Завдання: упорядкування зон санітарної охорони джерел питного водопостачання; будівництво та реконструкція водозабірних споруд із застосуванням новітніх технологій та обладнання упродовження станцій (установок) доочищення питної води у системах централізованого водопостачання будівництво та реконструкція водопровідних та каналізаційних очисних споруд із застосуванням новітніх технологій та обладнання</p> <p>Індикатори: Кількість водозаборів, на яких буде упорядковано зони санітарної охорони джерел питного водопостачання – 247 одиниць Кількість побудованих та реконструйованих водозабірних споруд – 70 Кількість впроваджених станцій доочищення питної води – 2500 Кількість інвентаризованих та реконструйованих водоочисних та каналізаційних споруд – 16 Термін виконання: – до 2020 року</p>	<p>Загальнодержавна цільова програма "Питна вода України" на 2011 – 2020 роки</p>	
		<p>збільшити на 0,5 млн. гектарів площу лісів та підвищити до 16,1 відсотка рівень лісистості; підвищення стійкості лісових екосистем, забезпечення охорони і захисту лісів; відтворення, охорона і раціональне використання мисливської фауни; зменшити загрозу деградації земель</p>	<p>Державна цільова програма "Ліси України" на 2010 – 2015 роки</p>	

	<p>Розвиток сільських територій</p>	<p>Завдання Відновлювати та підтримувати соціальну інфраструктуру як передумову підтримки і нарощування людського потенціалу сільських територій та скорочення міграційного відтоку з села. Сприяти диверсифікації форм зайнятості і розвивати неаграрну зайнятість на сільських територіях</p> <p>Мінімальний розмір державних капіталовкладень, спрямованих на зміцнення матеріально-технічної бази соціальної сфери села та АПК, має становити не менше 1 % ВВП</p>	<p>Державна цільова <b>програма розвитку українського села</b> на період до <b>2015 року</b></p> <p>Закон України «Про пріоритетність соціального розвитку села та агропромислового комплексу в народному господарстві»</p>	<p>Програмою затверджено джерела та обсяги її фінансування, але, за інформацією Міністерства аграрної політики, у 2011 р. було профінансовано лише 71 % від запланованих завдань і заходів, передбачених Державною цільовою програмою розвитку українського села на період до 2015</p> <p>Закон не виконується, особливо в частині надання переваги селу порівняно з містом (у розрахунку на душу населення) у спорудженні житла, закладів освіти, культури і спорту, охорони здоров'я, побуту, торгівлі, комунальних об'єктів, електро- й водопостачання тощо, та в забезпеченні якісного медичного, культурного, спортивного, комунально-побутового, транспортного і торговельного обслуговування села.</p>
--	-------------------------------------	--	---	---

		<p>Завдання підвищення престижу сім'ї та посилення ролі сімейних цінностей у суспільстві (інформаційними заходами щороку планується охопити 30 відсотків населення);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- зменшення кількості розлучень (до 2,9 відсотка з розрахунку на 1000 осіб);</li> <li>- збільшення на 6,5 відсотка кількості сімей, у яких - виховується двоє та більше дітей;</li> <li>- збільшення на 6 відсотків кількості народжених дітей;</li> <li>- формування свідомого ставлення населення до збереження здоров'я і планування сім'ї шляхом проведення навчання 280 спеціалістів, організації навчальних курсів для 67 тис. осіб, надання 20 відсоткам жінок репродуктивного віку консультацій з питань ефективного планування сім'ї;</li> <li>- підвищення рівня відповідальності батьків за утримання, виховання та розвиток дітей, їх життя і здоров'я, зокрема зменшення на 4 відсотки частки сімей, у яких дітей виховує один з батьків;</li> <li>- навчання 700 спеціалістів з питань підготовки вагітних жінок до народження дитини та розвитку дитини раннього віку для надання 11025 сім'ям відповідних послуг;</li> </ul>	<p>Концепція Державної цільової соціальної програми підтримки сім'ї до 2016 р.</p>	
		<p>Завдання забезпечення доступності осіб до соціальних послуг, підвищення якості та ефективності їх надання</p> <p>Завдання:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- створити ефективну систему надання соціальних послуг, підвищити їх якість та рівень задоволення потреб отримувача таких послуг;</li> <li>- оптимізувати діючу мережу установ та закладів комунальної власності, що надають соціальні послуги;</li> <li>- запровадити надання інноваційних соціальних послуг, що сприятиме доступності та задоволенню у повному обсязі потреб осіб у соціальних послугах</li> </ul> <p>Індикатори:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- збільшення кількості осіб, яким надаються соціальні послуги, на 25 %;</li> <li>- зменшення чисельності осіб, що отримують соціальні послуги у</li> </ul>	<p>Стратегія реформування системи надання соціальних послуг</p> <p>Концепція соціального розвитку України на 2013-2023 роки (проект)</p>	<p>Стратегія прийнята у 2012 році, проте терміни реалізації не визначені</p> <p>Наразі розробляється нова концепція соціального розвитку до 2023 р.</p>



		стаціонарних інтернатних установах та закладах, на 25 %		
--	--	--	--	--

**Додаток 2. Таблиця «Глобальні ЦРТ та ЦРТ, адаптовані для України»**

Цілі та Завдання (глобальні)	Індикатори (глобальні)	Цілі та Завдання (національні)	Індикатори (національні)	Цільовий показник - 2015	Стан 2013
<b>Ціль 1: Ліквідація крайньої злиденності та голоду</b>		<b>Ціль 1. Подолання бідності</b>			
Завдання 1.A: Скоротити вдвічі за період 1990 – 2015 років частку населення, яке має добовий дохід, менший за 1 долар США	1.1. Частка населення, задовбий дохід якого менше 1 долара США за ПКС	Завдання 1.A: Ліквідувати до 2015 року бідність за критерієм 5 дол. США на добу за ПКС	1.1. Частка населення, чисе добове споживання є нижчим 5 дол. США на добу за ПКС, %		
	1.2. Коефіцієнт злиденності (частка незаможного населення x ступінь злиденності)				
	1.3. Частка найбідніших двадцяти відсотків населення у структурі споживання				
Завдання 1.B: Забезпечити повну і продуктивну зайнятність і гідну роботу для всіх, у тому числі жінок і молоді	1.4. Зростання ВВП на одного працюючого	Завдання 1.B: Скоротити питому вагу бідного населення (за критерієм, % 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, %		
	1.5. Частка зайнятих у загальній чисельності населення				
	1.6. Частка зайнятих, які живуть менш ніж на 1 долар США на добу за ПКС				
	1.7. Частка зайнятих індивідуальною трудовою діяльністю і неоплачуваних працівників, зайнятих у домашньому господарстві, у загальній чисельності зайнятих				
Завдання 1.C: Скоротити вдвічі за період 1990 – 2015 років частку	1.8. Частка дітей у віці до п'яти років із низькою масою тіла	Завдання 1.C: Зменшити в десять разів до 2015 року питому вагу	1.5. Частка населення, чисе споживання є нижчим рівня фактичного		

Цілі та Завдання (глобальні)	Індикатори (глобальні)	Цілі та Завдання (національні)	Індикатори (національні)	Цільовий показник - 2015	Стан 2013
населення, яке потерпає від голоду		населення, яке споживання нижчим фактичного прожиткового мінімуму	число прожиткового мінімуму, %		
	1.9. Частка населення, калорійність харчування якого нижче мінімально припустимого рівня				
<b>Ціль 2: Забезпечення загальної початкової освіти</b>		<b>Ціль 2. Забезпечення якісної освіти впродовж життя</b>			
Завдання 2.А: Забезпечити, щоб до 2015 року у дітей у всьому світі, як у хлопчиків, так і у дівчат, була можливість одержати у повному обсязі початкову шкільну освіту	2.1. Чистий коефіцієнт охоплення початковою освітою	Завдання 2.А: Підвищити рівень охоплення освітою	2.1. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей 3–5 років, які проживають у міських поселеннях, %		
	2.2. Частка учнів першого класу, які досягають останнього класу початкової школи		2.2. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей 3–5 років, які проживають у сільській місцевості, %		
	2.3. Частка освічених серед 15–24-літніх жінок і чоловіків		Чистий показник охоплення дітей повною загальною середньою освітою, %		
			2.4. Чистий показник охоплення вищою освітою осіб віком від 17 до 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, %		
<b>Ціль 3: Заохочення рівності чоловіків і жінок і розширення прав і можливостей жінок</b>					
Завдання 3.А: Ліквідувати, бажано до 2005 року, гендерну нерівність у сфері початкової і середньої освіти, а не пізніше 2015 року на всіх рівнях освіти	3.1. Співвідношення дівчат і хлопчиків у системах початкової, середньої і вищої освіти				
	3.2. Частка жінок, які займаються оплачуваною працею у несільськогосподарському секторі				
	3.3. Частка жінок серед депутатів національного парламенту	Завдання 3.А: Забезпечити гендерне співвідношення на рівні не менше 30 до 70% тієї чи іншої	3.1. Гендерне співвідношення серед депутатів Верховної Ради України, чис.жін./чис.чол. 3.2. Гендерне		

Цілі та Завдання (глобальні)	Індикатори (глобальні)	Цілі та Завдання (національні)	Індикатори (національні)	Цільовий показник - 2015	Стан 2013
		статі представницьких органах влади та на вищих щаблях виконавчої влади	співвідношення серед депутатів місцевих органів влади, чис.жін./чис.чол. (або навпаки)		
			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 до середнього рівня заробітної плати чоловіків, %		
<b>Ціль 4: Скорочення дитячої смертності</b>					
Завдання 4.А: Скоротити на дві третини за період 1990 – 2015 років смертність серед дітей у віці до п'яти років	4.1. Коефіцієнт смертності дітей у віці до п'яти років	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. Коефіцієнт смертності немовлят		4.2. Рівень смертності немовлят, кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими		
	4.3. Частка дітей одnorічного віку, яким зроблено щеплення від кору				
<b>Ціль 5: Поліпшення охорони материнства</b>					
Завдання 5.А: Знизити на три чверті за період 1990 – 2015 років показник материнської смертності	5.1 Показник материнської смертності	Завдання 5.А: Зменшити наполовину рівень материнської смертності	5.1. Рівень материнської смертності, кількість материнських смертей на 100 тис. народжених живими		
	5.2 Частка пологів при кваліфікованій родопомочі				
Завдання 5.В: Забезпечити до 2015 року загальний доступ до послуг з охорони репродуктивного здоров'я	5.3. Частка населення, яке користується контрацептивами				
	5.4. Коефіцієнт народжуваності серед підлітків				
	5.5. Охоплення дородовим обслуговуванням (щонайменше одне відвідування і щонайменше чотири відвідування)				
	5.6. Незадоволена потреба у послугах з планування родини		5.2. Рівень абортів, кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку		

Цілі та Завдання (глобальні)	Індикатори (глобальні)	Цілі та Завдання (національні)	Індикатори (національні)	Цільовий показник - 2015	Стан 2013
<b>Ціль 6: Боротьба з ВІЛ/СНІДом, малярією і іншими захворюваннями</b>					
Завдання 6.А: Зупинити до 2015 року поширення ВІЛ/СНІДу і покласти початок тенденції до скорочення захворюваності	6.1. Частка ВІЛ-інфікованого населення у віці від 15 до 24 років	Завдання 6.А: Зменшити на 13% темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу*	6.1. Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення		
	6.2. Частка осіб, які використовували презервативи при останньому половому акті підвищеного ризику		6.2. Темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, %		
	6.3. Частка населення у віці 15–24 років, яке має повне і правильне уявлення про ВІЛ/СНІД		6.3. Кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, на 100 тис. населення		
	6.4. Співвідношення показників відвідуваності школи дітьми-сиротами і дітьми, які мають батьків, у віці від 10 до 14 років		6.4. Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, %		
Завдання 6.В: До 2010 року забезпечити загальний доступ до лікування ВІЛ/СНІДу для тих, хто цього потребує	6.5. Частка людей, які перебувають на пізній стадії інфікування ВІЛ, які мають доступ до антиретровірусних препаратів				
Завдання 6.С: Зупинити до 2015 року поширення малярії й інших основних хвороб і покласти початок тенденції до скорочення захворюваності	6.6. Рівні захворюваності та смертності від малярії				
	6.7. Частка дітей у віці до п'яти років, які сплять під сітками, обробленими інсектицидами				
	6.8. Частка хворих лихоманкою дітей у віці до п'яти років, яких лікують протималярійними засобами				
	6.9. Рівні захворюваності туберкульозом, його поширеності і смертності від нього	Завдання 6.В.: Зменшити на 20% рівень захворюваності на туберкульоз (порівняно з 2005 роком)	6.5. Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом туберкульозу (у тому числі органів дихання) на 100 тис. населення		
	6.10. Кількість випадків захворювання туберкульозом, діагностика і лікування яких відбувалось у ході короткого курсу лікування під безпосереднім спостереженням лікаря		6.6. Кількість померлих від туберкульозу на 100 тис. населення		
<b>Ціль 7: Забезпечення сталого екологічного розвитку</b>					
Завдання 7.А:	7.1. Частка земельних площ, покритих лісом	Завдання 7.Д:	7.6. Лісистість території, відношення земель		

Цілі та Завдання (глобальні)	Індикатори (глобальні)	Цілі та Завдання (національні)	Індикатори (національні)	Цільовий показник - 2015	Стан 2013
Включити принципи сталого розвитку у національні стратегії і програми та змінити вектор процесу виснаження природних ресурсів на протилежний		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	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		
	7.2. Викиди двоокису вуглецю у цілому, на душу населення і на 1 долар ВВП за ПКС				
	7.3. Споживання речовин, що руйнують озоновий шар	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. т. на рік		
			7.4. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від пересувних джерел забруднення, млн. т. на рік		
	7.4. Частка запасів риби, що експлуатуються в межах біологічних можливостей				
Завдання 7.В: Значно скоротити до 2010 року темпи втрати біорозмаїття	7.5. Частка водних ресурсів, що використовуються, у їх загальному обсязі	Завдання 7.С: Стабілізувати до 2015 року забруднення водних об'єктів. Стабілізувати на рівні 8500 млн.т./рік обсяг скидів стічних вод у поверхневі водні об'єкти, млн. куб. м./рік.	7.5. Обсяг скидів зворотних вод, млн. куб. м. на рік		
	7.6. Частка районів суши і моря, що знаходяться під охороною, від площі всієї території				
	7.7. Частка видів біологічних організмів, що перебувають під загрозою зникнення				
Завдання 7.С:	7.8. Частка населення, яке	Завдання 7.А:	7.1. Частка населення		

Цілі та Завдання (глобальні)	Індикатори (глобальні)	Цілі та Завдання (національні)	Індикатори (національні)	Цільовий показник - 2015	Стан 2013
Скоротити вдвічі до 2015 року частку населення, яке не має постійного доступу до безпечної питної води і основних санітарно-технічних засобів	використовує поліпшені джерела питної води	Збільшити до 2015 року частку населення, що має доступ до централізованого водопостачання, зокрема до 90% міського населення та до 30% сільського населення	міських поселень, що має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості міського населення		
			7.2. Частка сільського населення, що має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості сільського населення		
	7.9. Частка населення, яке використовує поліпшені санітарно-технічні засоби				
Завдання 7.D: До 2020 року забезпечити істотне поліпшення життя як мінімум 100 млн. мешканців нетрів	7.10. Частка міського населення, яке живе у нетрях				
<b>Ціль 8: Формування глобального партнерства з метою розвитку</b>					
Завдання 8.A: Продовжити створення відкритої, регульованої, передбачуваної недискримінаційної торговельної і фінансової системи (передбачається прихильність цілям у області добрососуського управління, розвитку і боротьби зі злиденністю як на національному, так і на міжнародному рівнях)	Деякі з перерахованих нижче показників відслідковуються окремо для найменш розвинених країн, країн Африки, країн, що розвиваються і не мають виходу до моря, та малих острівних держав, що розвиваються.				
Завдання 8. В: Задовольняти особливі потреби найменш розвинених країн (передбачається звільнення експортних товарів з найменш розвинених країн від тарифів і квот; розширення програма полегшення боргового тягаря бідних країн з великою заборгованістю (БКВЗ) і списання заборгованості по офіційних кредитах; збільшення обсягів офіційної допомоги з метою розвитку країн, що взяли курс на скорочення масштабів злиденності)	Офіційна допомога з метою розвитку (ОДР) 8.1. Чистий обсяг ОДР, сукупний розмір і розмір, що направляється найменш розвиненим країнам, у відсотках до ВНД країн-донорів, що є членами ОЕСР/КСР 8.2. Частка загальної двосторонньої ОДР секторального призначення, що відраховується країнами-донорами, що є членами ОЕСР/КСР, на основні соціальні послуги (базову освіту, первинне медико-санітарне обслуговування, харчування, доступ до чистої води і санітарно-технічних засобів) 8.3. Частка двосторонньої ОДР країн-донорів, що є членами ОЕСР/КСР, не пов'язана умовами списання заборгованості 8.4. Частка ОДР країнам, що розвиваються і не мають виходу до моря, у їх валовому національному доході 8.5. Частка ОДР малим острівним державам, що розвиваються, у їх валовому національному доході				
Завдання 8.C: Задовольняти особливі потреби країн, що розвиваються і не мають виходу до моря, і малих острівних держав, що	Доступ до ринків 8.6. Частка сукупного безмитного імпорту розвинених країн (у ввізній митній сумі) із країн, що розвиваються, і найменш розвинених країн 8.7. Середні тарифи, уведені				

Цілі та Завдання (глобальні)	Індикатори (глобальні)	Цілі та Завдання (національні)	Індикатори (національні)	Цільовий показник - 2015	Стан 2013
розвиваються (шляхом здійснення Програми дій по забезпеченню сталого розвитку малих острівних держав, що розвиваються і рішень двадцять другої спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН) Завдання 8.D: Комплексно вирішувати проблеми заборгованості країн, що розвиваються за допомогою національних міжнародних заходів метою визначення рівня заборгованості, що був прийнятним довгостроковому плані	розвиненими країнами на сільськогосподарську продукцію, текстиль і одяг, що імпортується із країн, що розвиваються. 8.8. Розрахунковий обсяг субсидування сільськогосподарського виробництва у країнах-членах ОЕСР у відсотках від валового внутрішнього продукту 8.9. Частка ОДР, що виділено на зміцнення торговельного потенціалу країн, що розвиваються. <b>Прийнятний рівень заборгованості</b> 8.10. Загальна кількість країн, що досягли моменту ухвалення рішення моменту завершення процесу по втіленні ініціативи у відношенні БКВЗ (наростаючим підсумком) 8.11. Зобов'язання щодо списання заборгованості у рамках ініціативи по відношенню БКВЗ і багатосторонньої ініціативи з питання полегшення тягаря заборгованості 8.12. Обслуговування боргу у відсотках від експорту товарів і послуг				
Завдання 8.E: співробітництві фармацевтичними компаніями забезпечувати доступність основних лікарських засобів у країнах, що розвиваються	8.13. Частка населення, яке має постійний доступ до основних лікарських засобів				
Завдання 8.F: співробітництві приватним сектором вживати заходів до того, щоб усі могли користуватися благами нових технологій, особливо інформаційно-комунікаційних технологій	8.14. Число телефонних ліній на 100 осіб 8.15. Число абонентів стільникового зв'язку на 100 осіб 8.16. Число користувачів Інтернету на 100 осіб				

Додаток 3. Таблиця «Статус досягнення ЦРТ»

	ЦІЛЬ 1.	ЦІЛЬ 2.	ЦІЛЬ 3.	ЦІЛЬ 4.	ЦІЛЬ 5.	ЦІЛЬ 6.	ЦІЛЬ 7.
Україна	Ліквідація крайньої злиденності та голоду	Забезпечення загальної початкової освіти	Заохочення рівності чоловіків і жінок і розширення прав і можливостей жінок	Скорочення дитячої смертності	Поліпшення охорони материнства	Боротьба з ВІЛ/СНІДом, малярією і іншими захворюваннями	Забезпечення сталого екологічного розвитку
2010							
2013							



цілі вже досягнуті або ймовірно будуть досягнуті до 2015 року

змішаний прогрес або можливе досягнення до 2015 року, у випадку негайного вжиття відповідних заходів

цілі не будуть досягнуті до 2015 року



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акушерсько-гінекологічна допомога в Україні за 2006-2008 роки: статистично-аналіт. довідник. – К.: Міністерство охорони здоров'я України, Центр медичної статистики МОЗ України. – 238 с.
2. Аналітичний звіт за результатами дослідження в рамках проекту «Покращення діагностики та лікування туберкульозу серед груп високого ризику у сільській місцевості та у малих містах України», реалізований МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» в рамках програми ВООЗ TB-Reach» Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://dssz.gov.ua/index.php/golovna/97-povnyu/824-2012-03-04-09-35-01>
3. Балюк С.А. Екологічний стан ґрунтів України / Балюк С.А., Медведєв В.В., Мірошніченко М.М., Скрильник Є.В., Тимченко Д.О., Фатєєв А.І., Христенко А.О., Цапко Ю.Л. // Український географічний журнал, 2012, №2. – С. 38–42.
4. Бідність в Україні та пропозиції профспілок щодо її подолання. Аналітична записка [Електронний документ]. – К.: ФПУ, 2011. – Режим доступу: [http://www.fnpk.org.ua/index\\_web\\_files/Analitika\\_2011.htm](http://www.fnpk.org.ua/index_web_files/Analitika_2011.htm)
5. Бідність та нерівні можливості дітей в Україні / [Черенько Л.М., Полякова С.В., Реут А.Г. та ін.]; за ред. Е.М.Лібанової. – К.: Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України, Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Український центр соціальних реформ, 2009. – 288 с. – Режим доступу: [www.unicef.org/socialpolicy/files/Ukraine\\_Ukrainian.pdf](http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Ukraine_Ukrainian.pdf)
6. Боротьба з бідністю – головний пріоритет політики держави (Матеріали круглого столу «Подолання бідності в Україні: основні засади політики держави. Діяльність Мінпраці на виконання Указу Президента України „Про невідкладні заходи з подолання бідності». Виступ Л. Черенько) // Соціальна тема. - К.: Мінпраці, 2010. – С. 2-3 – Режим доступу: [www. http://mlsp.kmu.gov.ua/document/118811/st26.pdf](http://mlsp.kmu.gov.ua/document/118811/st26.pdf)
7. Будущее, которого мы хотим. Итоговый документ Конференции ООН по устойчивому развитию Рио+20. – Режим доступу: [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=R](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=R)
8. Буркинський Б. В. Екологізація політики регіонального розвитку. — Одеса: Інститут проблем ринка і економіко-екологічних досліджень НАН України, 2002. — 328 с.
9. Бюджетний моніторинг: Аналіз виконання бюджету за 2011 рік / [Щербина І.Ф., Рудик А.Ю., Зубенко В.В., Самчинська І.В. та ін.].
10. Веклич О. Екологіческая рента: сущность, разновидности, формы / О. Веклич // Вопросы экономики. – 2006. – №11. – С. 104.
11. Виступ Геннадія Марушевського, представника України, на Другій міжсесійній зустрічі з підготовки до Конференції ООН зі збалансованого (сталого) розвитку (Нью-Йорк, 16 грудня 2011 року) // Екологічний вісник. — 2011. — № 6. — С. 3.
12. Виступ Президента України Саміт ООН 20-22 вересня 2010 Нью-Йорк Центр новостей ООН [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.un.org/ru/mdg/summit2010>
13. Вищу освіту в Україні визнали однією з найкращих в світі [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://tsn.ua/ukrayina/vischu-osvitu-v-ukrayini-viznali-odniyeyu-iz-naykraschih-u-sviti.html>
14. Відбулося засідання Колегії МОНмолодьспорту [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.mon.gov.ua/ua/actually/5501-vidbulosya-zasidannya-kolegiyi-monmolodsportu>
15. Віл-інфекція в Україні /Н.М. Нізова [та ін.] // Інформаційний бюлетень №39. – Київ, 2013.
16. Второй обзор результативности экологической деятельности. Украина. Европейская экономическая комиссия ООН. Комитет по экологической политике. – Нью-Йорк и Женева, 2007. – С.29–30.
17. Гендерні стереотипи та ставлення громадськості до гендерних проблем в українському суспільстві. – К.: ПРООН, Інститут соціології НАНУ, 2007. – 144 с.
18. Гэлбрейт Дж. - Экономические теории и цели общества, Москва: Прогресс, 1976
19. Гор А. Земля у рівновазі. Екологія і людський дух: ВГО “Україна. Порядок денний на ХХІ століття” та Інститут сталого розвитку. – Пер. з англ. – К.: Інтелсфера, 2001. – 404 с.
20. Гульчак В. Позитивні зміни. Державний облік лісів України - підсумки та прогнози // Лісовий і мисливський журнал 2012, №2, с.6-8
21. Дані Державного комітету статистики України [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
22. Дані МОЗ України [Електронний ресурс] - Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20100813\\_0.html#4](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20100813_0.html#4)
23. Державна служба України з питань протидії Віл-інфекції СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://dssz.gov.ua/index.php/uk/mizhnarodne-spivrobotnytvo/granty/1251>

24. Державна цільова економічна програма енергоефективності і розвитку сфери виробництва енергоносіїв з відновлюваних джерел енергії та альтернативних видів палива на 2010 - 2015 роки. – Режим доступу: <http://ligazakon.ua>
25. Державна цільова програма розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року. Затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 13 квітня 2011 р. N 629
26. Державна цільова соціальна програма подолання та запобігання бідності на період до 2015 року Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 31 серпня 2011 р. N 1057 [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1057-2011-%D0%BF/page>
27. Десять найгостріших проблем сучасної української школи / Результати опитування Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України керівників освіти різних рівнів (14.08.2012 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mon.gov.ua/index.php/ua/11476-desyat-najgostrishikh-problem-suchasnoji-ukrajinskoji-shkoli>
28. Добряк Д.С., Мартин А.Г. Напрями вдосконалення нормативно-правової бази регулювання земельних відносин // Землеустрій і кадастр. – № 4. – 2009. – С. 5-10.
29. Довкілля України 2010: стат. зб. - К. : Державна служба статистики України, 2012. – 206 с.
30. Економічні та гуманітарні напрями розвитку соціальної інфраструктури: колективна монографія / [В.М.Новіков, Н.М.Дєєва, Г.А.Дмітренко та ін.] / за наук. ред. В.М.Новікова. – К. : Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В.Птухи НАН України. – 2011. – 511 с.
31. Енергетична стратегія України на період до 2030 року. – Режим доступу: <http://mpe.kmu.gov.ua/fuel/control/uk/doccatalog/list?currDir=50358>
32. З.М. Дубоссарська, Ю.М. Дука. Невиношування вагітності / Здоров'я України. Медична газета. № 9, травень 2007.
33. Загальнодержавна програма розвитку малих міст України. Затверджена Законом України від 4 березня 2004 р. // Відомості Верховної Ради України. – К., 2004. – № 24. – С. 986–1024.
34. Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки. Затверджена Законом України від 19 лютого 2009 р. № 1026-VI
35. Закон України "Про Державну програму економічного і соціального розвитку України на 2010 рік від 20.05.2010 р. №2278-VI
36. Закон України "Про Єдиний митний тариф". [Електронний ресурс]. - <http://www.rada.gov.ua>.
37. Закон України від 08.02.2007 № 648/V, про затвердження «Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007-20011 роки».
38. Закон України від 16.10.2012 № 648/V, про затвердження «Загальнодержавної цільової соціальної протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-20016 роки».
39. Закон України від 22.03.2012 № 4565 "Про внесення змін до Закону України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз".
40. Закон України Про виконання програм Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 19-20, ст.187) <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/4999-17>
41. Закон України Про дошкільну освіту ( Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2001, N 49, ст.259 )
42. Звіт по результатам Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств в Україні, 2012-2013 роки / Попередні результати
43. Звіт про виконання загальнодержавної програми формування національної екологічної мережі України за 2011 рік. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.menr.gov.ua/content/article/6032>
44. Звіт про загальну кількість випадків туберкульозу I, II та III категорії хворих» ТБ07 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://s2.nauch.com.ua/docs/56/index-43892-4.html>
45. Звіт про кількість хворих, які були зареєстровані у 4 категорії " ТБ 07-МР ТБ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://s2.nauch.com.ua/docs/56/index-43892-3.html>
46. Звіт про результати дослідження стійкості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів у хворих на туберкульоз легень» ТБ010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://s2.nauch.com.ua/docs/56/index-43892-4.html>
47. Зубець М.В. Стратегія збалансованого використання і охорони земель України / Зубець М.В., Медведєв В.В., Балюк С.А. // Вісник аграрної науки, 2011. –№4. – С. 19-23
48. Информационный портал по проблемам бесплодия, вспомогательным репродуктивным технологиям и ЭКО [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.probirka.org/newsflash/4851-v-ukraine-okolo-milliona-par-besplodni.html>
49. ІБСЕД, Проект «Зміцнення місцевої фінансової ініціативи». USAID. – К. : Нора-Друк, 2011. – 96 с.

50. Конвенция о биологическом разнообразии: Четвертый национальный доклад Украины. – К., 2010. – 80 с.
51. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про боротьбу з опустелюванням у тих країнах, що потерпають від серйозної посухи та/або опустелювання, особливо в Африці [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://zakon.rada.gov.ua/go/995\\_120](http://zakon.rada.gov.ua/go/995_120)
52. Конвенція про права дитини. 20 листопада 1989 року. Редакція зі змінами, схваленими резолюцією [50/155 Генеральної Асамблеї ООН від 21 грудня 1995 року](#){Конвенцію ратифіковано Постановою ВР [№ 789-ХІІ від 27.02.91](#) }{Додатково див. [Факультативний протокол від 01.01.2000](#)} [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995\\_021](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_021)
53. Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я — 2020: український вимір» затверджено. Схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/107842>
54. Концепція Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року Схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 р. № 1002-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1002-2012-%D1%80>
55. Концепція Загальнодержавної цільової екологічної програми з охорони та відтворення довкілля Чорного та Азовського морів на 2010-2020 роки // Жива Україна, 2009.- №5. С. 7-11
56. Кулинич П. Ф. Екологічні імперативи в системі правової охорони сільськогосподарських земель України // Право України – 2011. № 2
57. Лисенко О.М., Ріветт Д., Ходорівська Н.В. – К.: «К.І.С.», 2012. – 112 с.
58. Лікарня, доброзичлива до дитини НДСЛ «ОХМАТДИТ» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://kdm-idd.org.ua/idd/index.php?tab=1&subtab=1&submenu=71&entity=381>
59. Лісовий кодекс України (в редакції Закону України №3404-IV від 8 лютого 2006 року) // Відомості Верховної Ради України, 2006, №21, ст. 170
60. Лісовський С. А. Суспільство і природа: баланс інтересів на теренах України / Інститут географії НАН України. — К., 2009. — 300 с.
61. Макаренко Н.А. Екологобезпечне використання земель сільськогосподарського призначення в умовах зміни клімату/ Макаренко Н.А., Ракоїд О.О., Сахарчук Р.П., Дзюба Л.П // Національна екологічна політика в контексті європейської інтеграції України: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 27 жовтня 2010 р.). – К.: Центр екологічної освіти та інформації, 2010. – С. 134–138.
62. Марушевський Г.Б. Збереження біорізноманіття і створення екомережі: Інформаційний довідник / Марушевський Г.Б., Мельничук В.П., Костюшин В.А. – Київ: Wetlands International Black Sea Programme, 2008. – 168 с.
63. Материнская смертность в Восточной Европе и Центральной Азии [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0529/reprod01.php>
64. Материнська смертність в Україні вища ніж в Європі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://ipress.ua/news/v\\_ukraini\\_materi\\_pomyrayut\\_chastishe\\_nizh\\_v\\_yevropi\\_4409.html](http://ipress.ua/news/v_ukraini_materi_pomyrayut_chastishe_nizh_v_yevropi_4409.html)
65. Матеріали Міністерства охорони здоров'я України до щорічної доповіді Президенту України «Стан молоді в Україні» / к.м.н. Н.В. Медведовська, к.м.н. Г.В. Курчатова (2010 р.)
66. Методика комплексної оцінки бідності Затверджено Наказом Міністерства соціальної політики України, Міністерства економічного розвитку і торгівлі України, Міністерства фінансів України, Державної служби статистики України, Національної академії наук України 08.10.2012 № 629/1105/1059/408/612 <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1785-12>
67. Молодь в умовах становлення Незалежності України (1991-2011 роки): Щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні/ М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Державний інститут розвитку сімейної та молодіжної політики; [редкол.: О.В.Белишев (голова) та ін.]. – Київ, 2011. – С.13.
68. Моніторинг стану здоров'я матері та дитини / Міністерство охорони здоров'я України ДЗ Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, 2011. – 48 с.
69. Навстречу "зеленой" экономике: пути к устойчивому развитию и искоренению бедности — обобщающий доклад для представителей властных структур. –Доклад ЮНЕП, 2011 г. – Режим доступу: [www.unep.org/greeneconomy](http://www.unep.org/greeneconomy)
70. Национальный кадастр антропогенных выбросов из источников и абсорбции поглотителями парниковых газов в Украине за 1990-2009 гг. // К.: Минприроды Украины, Госэкоагентство Украины, 2011. – 558 с.

71. Національна доповідь про людський розвиток 2011. Україна: на шляху до соціального залучення. — К. : Програма розвитку ООН, 2011. — 123 с.
72. Національна доповідь про стан і перспективи розвитку освіти в Україні / Нац. акад. пед. наук України; за заг. ред. В.Г.Кременя. — К. : Пед. думка, 2011. — 304 с.
73. Національна доповідь про стан і перспективи розвитку освіти в Україні / Нац. акад. пед. наук України; за заг. ред. В.Г.Кременя. — К. : Пед. думка, 2011. — 304 с.
74. Національна доповідь про стан навколишнього природного середовища в Україні у 2010 році. — К.: Центр екологічної освіти та інформації, 2011. — 254 с.
75. Національна доповідь Про стан родючості ґрунтів України / за ред. С.А. Балюка, В.В. Медведєва, О.Г. Тараріко, В.О. Грекова, А.Д. Балаєва. - К., 2010. — 112 с.
76. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2009 р. — Режим доступу: [http://www.mns.gov.ua/content/annual\\_report\\_2009.html](http://www.mns.gov.ua/content/annual_report_2009.html)
77. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2011 році [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.mns.gov.ua/content/nasdopovid2011.html>
78. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2010 році / МНС України [Електронний доступ]. — Режим доступу: [http://www.mns.gov.ua/files/2011/5/17/3\\_7\\_2010.pdf](http://www.mns.gov.ua/files/2011/5/17/3_7_2010.pdf)
79. Національна доповідь України про стан виконання положень "Порядку денного на ХХІ століття" за десятирічний період (заключний) - К.: Інститут географії НАН України, 2012 — [www.menr.gov.ua/media/files/Nacdopovid2012.doc](http://www.menr.gov.ua/media/files/Nacdopovid2012.doc)
80. Національна доповідь щодо впровадження в Україні Конвенції Організації Об'єднаних Націй про боротьбу з опустелюванням // Н.А. Макаренко, О.О. Ракоїд, Р.П. Сахарчук та ін. За ред. Ю.Т. Колмаза, Н.А. Макаренко. — К.: Фітосоціоцентр, 2007. — 54 с.
81. Національна екологічна політика України: оцінка і стратегія розвитку - Документ підготовлено в рамках проекту ПРООН/ГЕФ «Оцінка національного потенціалу в сфері глобального екологічного управління в Україні», 2008р. - С. 8–9.
82. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні : практичні настанови / за ред. Р.О. Моїсеєнко. Міністерство охорони здоров'я України, 2012. — 111 с.
83. Незалежний громадський Звіт щодо захисту прав дитини в Україні в 2010 – 2012 рр. Всеукраїнська громадська організація «Правозахисна організація «Спільна Мета» / Бортнік Р.О., Мельник Р., Печенкін І.В., Аландаренко К. Ю., Манзюк В.О., Богатчук Д. / <http://commongoal.org.ua/?p=138>
84. Новий курс: реформи в Україні. 2010–2015. Національна доповідь / за заг. ред. В. М. Гейця [та ін.]. — К.: НВЦ НБУВ, 2010. — Режим доступу: <http://www.nbu.gov.ua/books/2010/10nandop1.pdf>
85. О. Кочемировська, А. Авчухова Щодо інтеграції сімейної політики до економічної стратегії держави Аналітична записка Національний інститут стратегічних досліджень, 2012 <http://www.niss.gov.ua/articles/842>
86. Генеральна прокуратура України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.gp.gov.ua/ua/news.html?\\_m=publications&\\_t=rec&\\_c=view&id=99005](http://www.gp.gov.ua/ua/news.html?_m=publications&_t=rec&_c=view&id=99005)
87. Освіта України – 2011: Інформаційно-аналітичні матеріали про діяльність Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України у 2011 році / Уклад.: О.А.Удод, К.М.Левківський, В.П.Погребняк, О.В.Дашковська, Д.Б.Панасевич, А.К.Солоденко. — К., 2012. — 424 с.
88. Освіта України – 2012: Інформаційно-аналітичний звіт про діяльність Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України у 2012 році / Уклад.: О.А.Удод, К.М.Левківський, В.П.Погребняк, О.В.Дашковська, Д.Б.Панасевич, А.К.Солоденко. — К., 2013. — 416 с.
89. Освіта України -2011(1) [Електронний ресурс]. — Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України - Режим доступу: <http://www.mon.gov.ua/ua/activity/education/education-reform/informatsijno-analitichni-materiali-pro-diyalnist-ministerstva-osviti-i-nauki-molodi-ta-sportu-ukrajini-1/>
90. Основні засади (стратегія) державної екологічної політики України на період до 2020 року» затверджено Законом України від 21 грудня 2010 року N 2818-VI
91. Основні причини високого рівня смертності в Україні / дослідження із серії «Здоров'я людини та демографія».. — К.: ВЕРСО-04 – 2010. — 60 с.
92. Офіційний веб-сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
93. Офіційний веб-сайт Міністерства освіти і науки України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.mon.gov.ua/>
94. Офіційний сайт Президента України Електронний ресурс режим доступу <http://www.president.gov.ua/documents/10556.html>
95. Оценка материнской смертности по регионам мира, 2000 год [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://demoscope.ru/weekly/2005/0199/reprod01.php>

96. Оцінка стану виконання підсумкових документів Всесвітнього саміту зі сталого розвитку (Йоганнесбург, 2002) в Україні / за ред. Л. Г. Руденка. — К.: Академперіодика, 2004. — 208 с.
97. Перехід до моделі "зеленої економіки" в Україні пов'язаний з рядом труднощів [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.rbc.ua/ukr/news/economic/perehod-k-modeli-zelenoy-ekonomiki-v-ukraine-sopryazhen-01072011151700>
98. Підсумки конференції ООН зі збалансованого розвитку «Ріо+20» // Екологічний вісник. — 2012. — № 3. — С. 2–3.
99. Післякризовий розвиток економіки України: засади стратегії модернізації: аналітична доповідь / Я. А. Жаліло, Д. С. Покришка, Я. В. Белінська та ін. — К.: НІСД, 2011. — 66 с.
100. Повідомлення про оприлюднення проект у Закону України "Про затвердження Загальнодержавної програми "Здоров'я - 2020: український вимір" [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20120316\\_1.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20120316_1.html)
101. Податковий кодекс України. Закон України від 02.12.10 №2755-ІУ. [Електронний ресурс]. - <http://www.rada.gov.ua>.
102. Положення про Міністерство соціальної політики України затверджено Указом Президента України від 6 квітня 2011 року №389/2011
103. Положення про Міністерство юстиції України затверджено Указом Президента України від 6 квітня 2011 року № 395/2011
104. Постанова Верховної ради України Про рекомендації парламентських слухань на тему «Освіта в сільській місцевості: кризові тенденції та шляхи їх подолання» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 19-20, ст.205) <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/4949-17>
105. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної програми «Дитяча онкологія» на 2006-2010 роки» від 19 липня 2006 р., № 983
106. Постанова Кабінету Міністрів України від 01.03.2010 р. №243 «Про затвердження Державної цільової економічної програми енергоефективності на 2010-2015 роки». [Електронний ресурс]. - <http://www.rada.gov.ua>
107. Постанова Кабінету Міністрів України від 13.04.2011 р. № 494 «Про затвердження Державної цільової програми впровадження у навчально-виховний процес загальноосвітніх навчальних закладів інформаційно-комунікаційних технологій «Сто відсотків» на період до 2015 року».
108. Постанова Кабінету Міністрів України від 13.04.2011 р. № 629 «Про затвердження Державної цільової соціальної програми розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року».
109. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.04.2011 р. N 447. Питання реалізації Державної цільової економічної програми енергоефективності на 2010-2015 роки. [Електронний ресурс]. - <http://www.rada.gov.ua>.
110. Пояснювальна записка до проекту Закону України Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я -2020: український вимір»
111. Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2013 році : Щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. — К. : НІСД, 2013. — С.106. <http://www.president.gov.ua/docs/poslannia2013.pdf>
112. Про Загальнодержавну програму «Питна вода України» на 2006-2020 роки: Закон України від 03.03.2005 № 2455-ІV (В редакції Закону №3933-VI від 20 жовтня 2011 року) // Відомості Верховної Ради України, 2012, №24, ст.247.
113. Про Загальнодержавну програму розвитку водного господарства: Закон України від 17.01.2002 № 2988-ІІІ // Відомості Верховної Ради України від 21.06.2002 – 2002 р., № 25, стаття 172.
114. Про затвердження Загальнодержавної програми охорони та відтворення довкілля Азовського і Чорного морів: Закон України від 22 березня 2001 року № 2333-ІІІ // Відомості Верховної Ради України, 2001, №28, ст.135.
115. Про затвердження Загальнодержавної цільової програми розвитку водного господарства та екологічного оздоровлення басейну річки Дніпро на період до 2021 року: Закон України від 24 травня 2012 року № 4836-VI [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/4836-17>
116. Про затвердження Концепції зменшення обсягів викидів важких металів в атмосферне повітря: Постанова Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2000 року №1291 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1291-2000-%D0%BF>
117. Про основні засади (Стратегію) державної екологічної політики на період до 2020 року: Закон України від 21 грудня 2010 року №2818-VI // Відомості Верховної Ради України, 2011, №26, ст. 218

118. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми використання та охорони земель на період до 2022 року: проект розпорядження Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.dazru.gov.ua/terra/control/uk/publish/articleart\\_id=128425](http://www.dazru.gov.ua/terra/control/uk/publish/articleart_id=128425).
119. Проведення повторної оцінки клінік, дружніх до молоді / Амджадін Л.М., Коноплицька Т.О.,
120. Програма дій «Порядок денний на XXI століття» / Пер. з англ.: ВГО «Україна. Порядок денний на XXI століття». – К.: Інтелсфера, 2000. – 360 с.
121. Програма економічних реформ на 2010-104 р.р. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» Комітет економічних реформ при Президентові України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.president.gov.ua/docs/Programa\\_reform\\_FINAL\\_2.pdf](http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf)
122. Резолюція A/RES/62/98 Генеральної Ассамблеї ООН от 31 января 2008 года. Не имеющий обязательной юридической силы документ по всем видам лесов. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://daccess-ods.un.org/TMP/9695956.11095428.html>
123. Резолюция Экономического и социального совета ООН 2006/49. Итоговый документ шестой сессии Форума ООН по лесам. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.un.org/gu/ecosoc/docs/2006/r2006-49.pdf>
124. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 29 липня 2009 р. № 891 «Про затвердження плану заходів на 2010 рік щодо реалізації Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2015 року» [Електронний ресурс]. – <http://www.rada.gov.ua>
125. С. Петерсон Переосмысливая Цели развития тысячелетия для Африки. Вестник Международных организаций. 2012. № 3 (38) с. 147-183 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ecsocman.hse.ru/hse/2012/10/08/1244264911/9.pdf>
126. С. Петерсон Переосмысливая Цели развития тысячелетия для Африки. Вестник международных организаций. 2012. № 3 (38) с. 147-183 <http://ecsocman.hse.ru/hse/2012/10/08/1244264911/9.pdf>
127. С.Ю. Аксьонова. Особливості народжуваності у жінок середнього віку / Демографія та соціальна економіка. 2 (12) / 2009.
128. Соціальна політика в умовах поглиблення соціальної нерівності в Україні: монографія / за заг. ред. Ільчука Л.І., Давидюк О.О., Кривобок Ю.В. – Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2010 – 376 с. – С. 157.
129. Соціальний захист населення України в 2011 р.: статистичний збірник / Державна служба статистики України. – К.: Держаналітінформ, 2012. – 119 с.
130. Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2013 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств). Статистичний збірник. – К.: Держстат України, 2013
131. Соціально-економічне становище сільських населених пунктів України: Статистичний збірник. – К.: Держкомстат України, 2006.– 207 с.
132. Соціологічне опитування «Дослідження участі жінок у складі робочої сили України-2012», проведене за підтримки Фонду народонаселення ООН Українським центром соціальних реформ та Центром «Соціальний моніторинг».
133. Ставлення молоді до здорового способу життя. (2010 р.) Державна доповідь Державний інститут розвитку сім'ї та молоді. Ресурсний цент «Молодь за здоров'є» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mzz.com.ua/anketa-stavlennya-molodi-do-zdorovogo-sposobu-zhittya.html>
134. Сталий людський розвиток: забезпечення справедливості: Національна доповідь / кер. авт. колективу Е.М.Лібанова. – К.: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В.Птухи НАН України, 2012. – 412 с.
135. Стан і перспективи розвитку зеленої економіки та зеленого бізнесу в Україні. Аналітична доповідь [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://bibl.com.ua/ekonomika/20710/index.html?page=3>
136. Стан та чинники здоров'я українських підлітків: моногр. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх та ін.: наук. ред. О. М. Балакірева. — К.: ЮНІСЕФ, Ін-т соціальних досліджень ім. О. Яременка. — К.: «К.І.С.», 2011
137. Стенограма засідання Колегії МОНмолодьспорту
138. Стиглиц Дж. Ю. Экономика государственного сектора. – М., 1997
139. Тищук Т. А. Економіка України у 2011 році: прогноз динаміки, виклики та ризики / Т. А. Тищук, Ю. М. Харазішвілі, О. В. Іванов; за заг. ред. Я. А. Жаліла. – К.: НІСД, 2011. – Режим доступу: [http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/ekon\\_Ukr\\_-2011-96d4f.pdf](http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/ekon_Ukr_-2011-96d4f.pdf)
140. Туберкульоз в Україні / Під ред.О.К. Толстаново // Аналітично-статистичний довідник за 2002-2012 роки.– Київ, 2013.
141. Указ Президента України від 20.08.2001. № 643/2001 Про затвердження

142. Указ Президента України "Про стратегію подолання бідності" №637/2001 від 15.08.2001 р. // Урядовий кур'єр, 18.08.2001. - №149
143. Указ Президента України від 25 червня 2013 р. № 344/2013 «Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 року» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/documents/15828.html>
144. Урядовий портал. В Україні завершується процедура закупівлі антиретровірусних препаратів та тест-систем [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art\\_id=246303696&cat\\_id=244277212](http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=246303696&cat_id=244277212)
145. Харченко Н.М. Методика вимірювання та досвід аналізу бідності в сучасній Україні. : Автореф. дис. ... к. соціол. н. (22.00.02); КНУ ім. Тараса Шевченка. – К., 2001 – [http://librar.org.ua/sections\\_load.php?s=sociology\\_demography&id=166&start=3](http://librar.org.ua/sections_load.php?s=sociology_demography&id=166&start=3)
146. Цели тысячелетия в преломлении кризиса. Журнал Экономическое обозрение <http://review.uz/ru/article/302>
147. Центр Новостей ООН. Виктор Янукович: солидарность государств — ключ к достижению Целей развития тысячелетия. Виступ Президента України на Саміті ООН 20-22 вересня 2010 Нью-Йорк [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.un.org/russian/news/story.asp?newsID=14246>
148. Цілі Розвитку Тисячоліття в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.undp.org.ua/ua/millennium-development-goals/mdgs-in-ukraine>
149. Цілі розвитку тисячоліття Саміт ЦРТ, Нью-Йорк 22 вересня 2010 року, Доклад Генерального секретаря Шестьдесят четвертая сессия Електронний ресурс Режим доступу: <http://www.un.org/ru/mdg/summit2010/statements.shtml>
150. Цілі розвитку тисячоліття Саміт ЦРТ, Нью-Йорк 22 вересня 2010 року Доклад Генерального секретаря Шестьдесят четвертая сессия Пункты 48 и 114 повестки дня Выполнение обещания: перспективный обзор
151. Цілі розвитку тисячоліття, встановлені для України. Цілі розвитку тисячоліття Україна -2010. Національна доповідь. Міністерство економіки України, К:2010
152. Чернега О.Б., Опалько В.В., Подолання бідності – головне завдання виконання Цілей розвитку тисячоліття / - Вісник економіки транспорту і промисловості № 32, 2010, с 335-340 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://archive.nbuv.gov.ua/portal/natural/Vetp/2010\\_32/10cobmdp.pdf](http://archive.nbuv.gov.ua/portal/natural/Vetp/2010_32/10cobmdp.pdf)
153. Шевяков А., Влияние социальной политики на положение отдельных групп населения, // Экономист № 9, 2008 с. 62
154. Шлюб, сім'я та дітородні орієнтації в Україні. – К.: АДЕФ-Україна, 2008. – 256 с.
155. Environmental Performance Index <http://epi.yale.edu>
156. European Sociological Survey (<http://ess.nsd.uib.no/ess/round4/>).
157. J. Galbraith The Great Crash, 1929, [Mariner Books](http://www.marinerbooks.com/), 1997 г.
158. Global Tuberculosis Control/ WHO report 2010/WHO/HTM/TB/2010.7
159. Global Tuberculosis Control/ WHO report 2010/WHO/HTM/TB/2010.7, Global tuberculosis report/WHO/HTM/2012.6
160. Global tuberculosis report/WHO/HTM/2012.6
161. <http://golosukraine.com/publication/kultura/osvita/9620-shkolyaram-osvitu-osviti-yakist/#.UbBnHdh8nFw>
162. <http://news.finance.ua/ru/~1/0/all/2009/03/03/153546>
163. Key World Energy Statistics 2010. International Energy Agency. – С. 48-53. – [www.iea.org](http://www.iea.org)
164. Review of the National Tuberculosis Programme in Ukraine, 11-22 October 2010/ Edited by: Pierpaolo de Colombani and Jaap Veen. DK-2100 Copenhagen, Denmark
165. Robert L Goldenberg, Jennifer F. Culhane, Jay D. Iams, Roberto Romero. Epidemiology and causes of preterm birth / The Lancet, [Volume 371, Issue 9606](http://www.thelancet.com/journal/20080105), Pages 75 - 84, 5 January 2008.
166. Tomaš Frejka. Childbearing Trends and Policies in Europe /Demographic Research, vol.19, p.20. Available at: <http://www.demographic-research.org>.
167. Rawls Jones. A Theory of Justice. Cambridge. 1971,
168. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. World Health Organization, 2012.
169. United Nations General Assembly. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Draft resolution submitted by the President of the General Assembly at the sixty-sixth session; Agenda item 117; September. 2011. New York, NY, United Nations
170. Ringen S. Well-being, Measurements and preferences // Acta Sociological. - 1995. - №38. - P. 3 - 15.
171. Townsend P. Measuring Poverty // British Journal of Sociology. - 1954.- №5(a). - P. 130 - 137.