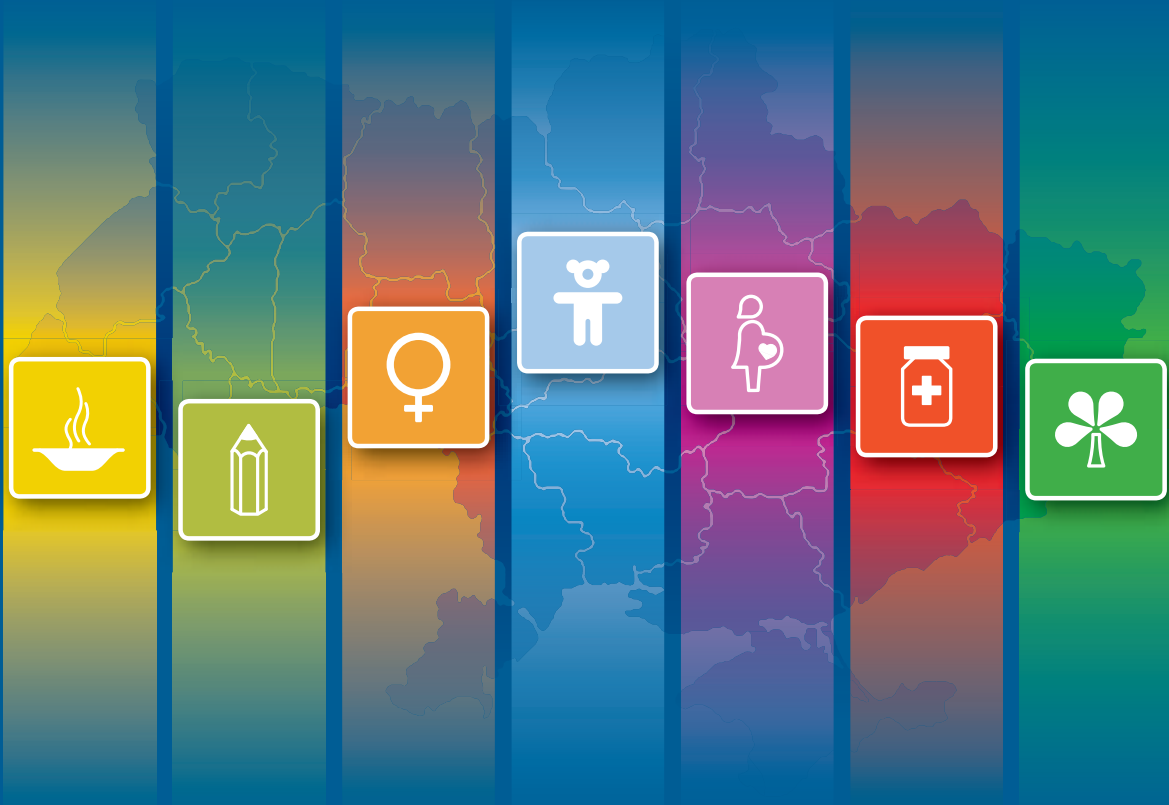


ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ УКРАЇНА – 2014

ЩОРІЧНА МОНІТОРИНГОВА ДОПОВІДЬ



ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ УКРАЇНА – 2014

ЩОРІЧНА МОНІТОРИНГОВА ДОПОВІДЬ





У доповіді висвітлено прогрес на шляху досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття (ЦРТ) з використанням широкого кола інформаційних, аналітичних та статистичних матеріалів, наявних станом на вересень 2014 року. Міністерство економічного розвитку і торгівлі України за участю відповідних міністерств та відомств, Державної служби статистики України, Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України та інших наукових установ здійснило аналіз виконання завдань ЦРТ. До процесу підготовки звіту та його обговорення долучилося понад сто провідних фахівців у тематичних сферах ЦРТ.

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



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

Програма розвитку ООН є глобальною мережею ООН в галузі розвитку, організацією, яка виступає за позитивні зміни та надає країнам доступ до джерел знань, досвіду та ресурсів, допомагаючи людям в усьому світі у розбудові кращого життя. Ми співпрацюємо зі 177 країнами світу, сприяючи знаходженню власних шляхів розв'язання глобальних та національних проблем. Для зміцнення власного потенціалу національні партнери мають змогу використовувати досвід і знання співробітників ПРООН та широкого кола наших партнерів. В Україні наша діяльність у галузі розвитку здійснюється за трьома основними напрямками: демократичне врядування та місцевий розвиток; подолання бідності та досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття; енергетика та навколишнє природне середовище. За кожним із напрямів ми забезпечуємо баланс між допомогою у розробленні політико-правових документів, аналітично-дорадчою діяльністю, реалізацією заходів із покращення спроможності наших національних партнерів та окремими пілотними проектами. ПРООН упроваджує свою діяльність в Україні з 1993 року.



ЗМІСТ

ПОДЯКА.....	4
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	6
ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ В УКРАЇНІ	7
СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ, ВСТАНОВЛЕНИХ ДЛЯ УКРАЇНИ:	
Ціль 1. ПОДОЛАННЯ БІДНОСТІ.....	9
Ціль 2. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКІСНОЇ ОСВІТИ ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ	15
Ціль 3. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ.....	21
Ціль 4. ЗМЕНШЕННЯ ДИТЯЧОЇ СМЕРТНОСТІ	27
Ціль 5. ПОЛІПШЕННЯ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІВ.....	31
Ціль 6. ОБМЕЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ЗАПОЧАТКУВАННЯ ТЕНДЕНЦІЇ ДО СКОРОЧЕННЯ ЇХ МАСШТАБІВ	37
Ціль 7. СТАЛИЙ РОЗВИТОК ДОВКІЛЛЯ	45



ПОДЯКА

Загальну координацію розроблення моніторингової доповіді «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна – 2014» здійснили: **Елла Лібанова** – академік Національної академії наук України, директор Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України; **Анатолій Максютя** – в.о. Міністра економічного розвитку і торгівлі України; **Ініта Пауловича** – заступник Координатора системи ООН в Україні, заступник Постійного Представника Програми розвитку ООН в Україні; **Катерина Рибальченко** – старший програмний менеджер Програми розвитку ООН в Україні; **Олександр Савенко** – директор департаменту економіки соціальної та гуманітарної сфери Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Наталія Сітнікова** – менеджер Проекту «Прискорення прогресу у досягненні ЦРТ в Україні» Програми розвитку ООН в Україні.

Доповідь «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна – 2014» підготовлено робочою групою, до складу якої увійшли: **Лариса Бочкова** – консультант Державної служби України з питань протидії ВІЛ/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань; **Наталія Власенко** – радник голови Державної служби статистики України; **Ганна Герасименко** – старший науковий співробітник відділу досліджень людського розвитку Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України; **Руслан Дорошкевич** – завідувач відділу соціальних відносин Головного департаменту з питань гуманітарної політики Адміністрації Президента України; **Максим Дуда** – заступник директора департаменту макроекономічного прогнозування Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Анастасія Думчева** – фахівець із сексуального та репродуктивного здоров'я та програм по лікарнях критичного доступу, здоров'я населення та життєвого циклу відділу неінфекційних захворювань та зміцнення здоров'я Бюро ВООЗ в Україні; **Лариса Кобелянська** – заступник віце-президента Національної академії державного управління при Президенті України; **Олена Макарова** – заступник директора з наукової роботи Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України; **Інна Осипова** – директор департаменту обстежень домогосподарств Державної служби статистики України; **Наталія Рингач** – головний науковий співробітник відділу демографічного моделювання та прогнозування Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України; **Євген Хлобистов** – завідувач відділу економічних проблем екологічної політики та сталого розвитку Інституту економіки природокористування і сталого розвитку НАН України; **Оксана Хмелевська** – провідний науковий співробітник відділу досліджень людського розвитку Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України; **Людмила Черенько** – завідувач відділу досліджень рівня життя населення Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України; **Олена Шерстюк** – радник ЮНЕЙДС з питань лідерства та адвокації.

Значний внесок у підготовку Доповіді зробили: **Куртмолла Абдуганієв** – програмний менеджер ПРООН в Україні; **Тетяна Авраменко** – науковий співробітник Національної академії державного управління при Президенті України; **Марія Алексеєнко** – голова ВГО «Жіночий консорціум України»; **Наталія Белкіна** – начальник відділу департаменту міжнародних організацій Міністерства закордонних справ України; **Марина Білінська** – Віце-президент Національної академії державного управління при Президенті України; **Юлія Білько** – головний спеціаліст-економіст відділу моніторингу соціальних програм та одноразових обстежень департаменту статистики послуг Державної служби статистики України; **Вікторія Близнюк** – науковий співробітник ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Наталія Богданова** – начальник відділу гендерної політики департаменту сімейної, гендерної політики та протидії торгівлі людьми Міністерства соціальної політики України; **Євгенія Бугаєнко** – провідний науковий співробітник Науково-дослідного економічного інституту Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Андрій Волков** – начальник управління з питань екології та природокористування Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Сергій Волков** – старший програмний менеджер ПРООН в Україні; **Юрій Волошин** – начальник відділу системних проектів та міжнародної технічної допомоги міжнародних фінансових організацій департаменту співробітництва з міжнародними фінансовими організаціями та координації міжнародної технічної допомоги Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Олег Вороненко** – програмний спеціаліст Представництва Фонду ООН у галузі народонаселення в Україні; **Оксана Гарнец** – менеджер Швейцарсько-Українського проекту «Підтримка децентралізації в Україні DESPRO»; **Наталія Гончаренко** – завідувач відділу координації наукової роботи Інституту інноваційних технологій і змісту освіти Міністерства освіти та науки України; **Олена Грішнова** – професор кафедри економіки підприємства економічного факультету Київського національного університету імені Т. Г. Шевченка; **Світлана Дідусенко** – головний спеціаліст відділу університетської освіти Міністерства освіти і науки України; **Надія Дмитренко** – заступник директора департаменту економіки соціальної та гуманітарної сфери Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Андрій Єрмолаєв** – директор інституту стратегічних досліджень «Нова Україна»; **Павло Замостян** – заступник Представника Фонду ООН у галузі народонаселення в Україні; **Євген Зеленко** – координатор зі зв'язків з громадськістю та роботи з медіа ПРООН в Україні; **Олена Іванова** – менеджер проекту «Підтримка реформи соціального

сектору в Україні» ПРООН в Україні; **Ольга Кармазіна** – заступник директора департаменту статистики послуг Державної служби статистики України; **Оксана Кисельова** – Національний програмний координатор ООН-Жінки; **Сергій Кондрюк** – заступник голови Федерації професійних спілок України; **Олена Красько** – завідувач сектору зв'язків з громадськістю Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Ірина Кременовська** – старший науковий співробітник відділу проблем модернізації господарського права та законодавства Інституту економіко-правових досліджень НАН України; **Ольга Крентовська** – директор департаменту стратегічного планування та аналізу Міністерства соціальної політики України; **Віталій Крисько** – спеціаліст з координування проектів ПРООН в Україні; **Ірина Крючкова** – науковий співробітник ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Валентина Латік** – науковий співробітник Науково-дослідного інституту праці та зайнятості Міністерства соціальної політики України та НАН України; **Віталій Легков** – завідувач відділу – довірений лікар відділу охорони здоров'я департаменту охорони праці Федерації професійних спілок України; **Володимир Лупацій** – радник інституту стратегічних досліджень «Нова Україна»; **Маргарита Майорова** – завідувачка відділу студентської молоді виконавчого апарату ЦК Профспілки працівників освіти і науки України; **Галина Майструк** – керівник Проекту МОЗ/ВООЗ «Комплексна медична допомога у випадку небажаної вагітності»; **Ірина Малешік** – завідувачка відділу соціальних гарантій департаменту бюджетної політики та соціального захисту Федерації професійних спілок України; **Ігор Манцуров** – директор Науково-дослідного економічного інституту Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Ірина Мартиненко** – головний спеціаліст відділу системних проектів та міжнародної технічної допомоги міжнародних фінансових організацій департаменту співробітництва з міжнародними фінансовими організаціями та координації міжнародної технічної допомоги Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Віра Мартинюк** – помічник заступника Міністра соціальної політики України; **Оксана Мовчан** – заступник директора департаменту ринку праці та зайнятості Міністерства соціальної політики України; **Людмила Мусіна** – радник Міністра економічного розвитку і торгівлі України; **Олена Нижник** – директор департаменту регіональної політики Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Ольга Новікова** – науковий співробітник Інституту економіки промисловості НАН України; **Олена Овчинникова** – програмний радник ПРООН в Україні; **Павло Онищенко** – заступник директора департаменту стратегічного планування розвитку економіки Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Людмила Остапенко** – керівник департаменту бюджетної політики та соціального захисту Федерації професійних спілок України; **Валерій Павшук** – заступник директора Центру ресурсоефективного і чистого виробництва; **Ольга Пищуліна** – завідувач відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень; **Ніна Підлужна** – заступник директора департаменту стратегічного планування та аналізу Міністерства соціальної політики України; **Вадим Піщейко** – Перший заступник Голови Державної служби статистики України; **Олег Платонов** – голова Громадської ради Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **В'ячеслав Потапенко** – радник інституту стратегічних досліджень «Нова Україна»; **Ольга Резнікова** – завідувач відділу стратегії розвитку національної безпеки Національного інституту стратегічних досліджень; **Олена Сакович** – фахівець з моніторингу та оцінки Управління з наркотиків та злочинності ООН в галузі ВІЛ/СНІД по Україні; **Юлія Сваволя** – спеціаліст з координації діяльності системи ООН в Україні; **Інеса Сеник** – директор департаменту статистики праці Державної служби статистики України; **Алла Солоп** – заступник директора департаменту статистики праці Державної служби статистики України; **Валерія Таран** – керівник проектів з питань здоров'я та розвитку дітей ЮНІСЕФ; **Тетяна Тарасова** – керівник проектів з питань ВІЛ/СНІДу ЮНІСЕФ в Україні; **Ганна Тимошенко** – директор департаменту статистики населення та регіональної статистики Державної служби статистики України; **Володимир Устименко** – директор Інституту економіко-правових досліджень НАН України; **Світлана Черенько** – завідувач відділення фтизіатрії ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України»; **Людмила Чубюк** – заступник начальника відділу демографії, доходів та зайнятості Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Олена Чумакова** – начальник відділу економіки охорони здоров'я Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Тетяна Шиптенко** – заступник завідувача відділом з питань економічної безпеки та використання спеціальної інформації Науково-дослідного економічного інституту; **Зоряна Шкіряк-Нижник** – завідувачка відділення медичних та психосоціальних проблем здоров'я сім'ї ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», член бюро Керівного комітету Ради Європи з біоетики; **Ігор Шумило** – радник Президента Київської школи економіки; **Юлія Щербініна** – старший програмний менеджер ПРООН в Україні; **Борис Щукін** – заступник завідувача відділу Науково-дослідного економічного інституту Міністерства економічного розвитку і торгівлі України.

Редагування Доповіді здійснили:

Валерія Чебанова, Венді Кнерр і Джонатан Стейсі (The Write Effect, Oxford, UK).

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



СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АРТ	Антиретровірусна терапія
ВГО	Всеукраїнська громадська організація
ВІЛ	Вірус імунodefіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВНЗ	Вищий навчальний заклад
в. п.	Відсотковий пункт
ВРУ	Верховна Рада України
ДНЗ	Дошкільний навчальний заклад
Держстат	Державна служба статистики
ДУ	Державна установа
ІДСД	Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи
ЗНЗ	Загальноосвітній навчальний заклад
МДОУ	Медико-демографічне обстеження України
МІКС	Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств
МКХ-10	Десятий перегляд Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МОП	Міжнародна організація праці
НАМН	Національна академія медичних наук
НАН	Національна академія наук
н. р.	Навчальний рік
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПКС	Паритет купівельної спроможності
ПРООН	Програма Розвитку Організації Об'єднаних Націй
ПТНЗ	Професійно-технічний навчальний заклад
р. а.	Рівень акредитації вищого навчального закладу
СНІД	Синдром набутого імунodefіциту
ТБ	Туберкульоз
ХНІЗ	Хронічні неінфекційні захворювання
ЦРТ	Цілі Розвитку Тисячоліття
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН
ЮНФПА	Фонд народонаселення ООН



ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ В УКРАЇНІ

Декларація Тисячоліття ООН, затверджена 189-ма державами світу у 2000 році на Саміті Тисячоліття ООН, започаткувала процес досягнення до 2015 року світовою спільнотою результатів у тих сферах, де нерівномірність глобального людського розвитку виявилася найгострішою. Цілі Розвитку Тисячоліття (далі – 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.

Декларація Тисячоліття ООН визначила глобальне бачення цілей з чіткою системою завдань, цільових індикаторів та часовими рамками їх досягнення. Досягнення ЦРТ означає реальні зміни у рівні життя людей у всіх країнах світу. З 2001 року публікуються щорічні Доповіді Генерального Секретаря ООН про стан досягнення ЦРТ, які містять огляд тенденцій розвитку майже всіх країн-членів ООН. У 164-х країнах розроблено понад 300 національних Доповідей.

Україна приєдналася до Декларації Тисячоліття ООН, взяла на себе зобов'язання досягти цілей до 2015 року та стала першою на пострадянському просторі країною, що у 2003 році адаптувала ЦРТ з урахуванням специфіки національного розвитку. Від 2004 року в Україні було розроблено три національні доповіді, в яких були викладені результати аналізу тенденцій, ключові проблеми та рекомендації на шляху виконання ЦРТ, і низку щорічних моніторингових доповідей.

Національні Цілі Розвитку Тисячоліття:



Ціль 1. Подолання бідності



Ціль 2. Забезпечення якісної освіти впродовж життя



Ціль 3. Забезпечення гендерної рівності



Ціль 4. Зменшення дитячої смертності



Ціль 5. Поліпшення здоров'я матерів



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



Ціль 7. Сталий розвиток довкілля





ЦІЛЬ 1

ПОДОЛАННЯ БІДНОСТІ





ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

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

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

У таблиці наведені фактичні дані Держстату України до 2013 року включно та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).

* до 2005 року використовувалося значення 4,3 дол. США на добу за паритетами купівельної спроможності валют (ПКС), тому значення індикатора 1.1. представлено двома динамічними рядами.

¹ Споживання – це середньодушові сукупні витрати домогосподарства у розрахунку на умовного дорослого (за шкалою 1,0; 0,7; 0,7).



Тенденції 2013 року свідчать про консервацію наслідків економічної кризи та перенесення процесів стагнації в економіці на рівень життя населення.

Згідно з абсолютним критерієм бідності, який використовується для міжнародних порівнянь² (індикатор 1.1), рівень бідності знизився до 1,9% у 2013 році, тобто повернувся до значення 2011 року, проте це відбулося виключно внаслідок відсутності річної інфляції³. Наразі вже вдалося досягти цільового орієнтиру за індикатором 1.2. Скорочення рівня відносної бідності стало результатом здійснення політики перерозподілу коштів від середніх прошарків суспільства до бідних. Низькі темпи зростання доходів середніх прошарків суспільства призвели до штучного заниження середнього (медіанного) значення доходу (витрат), і, відповідно, знизилася вартісна значення межі бідності. Це, у свою чергу, забезпечило позитивну динаміку рівня відносної бідності. Проте, незважаючи на зниження рівня відносної бідності по країні у цілому, а також серед дітей та працюючих, досягнення цільових орієнтирів за індикаторами 1.3. та 1.4. є проблематичним. Позитивна динаміка показників відносної бідності у 2013 році відбувалася переважно за рахунок непрацюючих груп населення. Темпи зниження рівня бідності серед працюючих та дітей помітно поступалися середньоукраїнським – відповідно, 0,7 та 0,5 відсоткових пункта (в. п.) проти 1,0. Вирішальний вплив на динаміку відносної бідності справило випереджаюче зростання соціальних трансфертів порівняно з мінімальною заробітною платою, що вочевидь є економічно необґрунтованим. Проблематичним є досягнення цільового значення індикатора 1.5, оскільки запроваджений у країні режим жорсткої економії унеможливив підвищення соціальних трансфертів поза бюджетними ресурсами. Частка населення, чиє споживання є нижчим за рівень фактичного прожиткового мінімуму, зменшилася до 22,1%, що вище значення докризового 2008 року (19,9%).

Традиційні ознаки української бідності та нерівності – профілі, групи ризику та території – залишаються незмінними.

Стабільними є надвисокі ризики бідності сімей з дітьми, особливо багатодітних, сімей з дітьми до 3-х років та сімей з подвійним

демоекономічним навантаженням. Рівень відносної бідності домогосподарств з дітьми перевищує майже удвічі рівень бідності домогосподарств без дітей (31,9% та 15,7%). Серед домогосподарств з дітьми також суттєвою є диференціація за показниками бідності: найкраща ситуація спостерігається у домогосподарствах, де всі дорослі працюють (23,7%), та у домогосподарствах з однією дитиною (27,7%). Народження другої дитини спричиняє стрімке зростання рівня відносної бідності (збільшується в 1,4 раза) до 39,1%. Серед багатодітних домогосподарств понад половина є бідними (59,2%).

Збільшення розмірів допомоги при народженні дитини спричинило зниження рівня бідності: у домогосподарствах з двома дітьми – з 41,1% до 39,1%, у домогосподарствах з дітьми до 3-х років – з 35,3% до 33,5%. На жаль, за рахунок цих виплат не вдалося істотно покращити рівень життя багатодітних родин, рівень бідності серед яких зріс з 58,6 до 59,2%.

Найбільш вразливою соціально-демографічною групою населення є діти до 18 років, майже третину яких можна віднести до категорії бідних (32,6%). Основна причина такої ситуації – низькі стандарти оплати праці та неспроможність батьків, особливо у молодшому працездатному віці, утримувати дітей.

У 2013 році рівень бідності серед осіб 75 років і старше знизився до 24,5%, що відповідає середньому значенню для всього населення. Проте для цієї групи людей значною мірою характерні ризики немонетарної бідності, які проявляються у неможливості вчасно отримати медичні та соціальні послуги. До того ж такі послуги частіше надаються не в повному обсязі, їх якість є незадовільною через недостатнє фінансування та відсутність відповідної інфраструктури.

Гендерні аспекти бідності є практично незмінними у часі: рівень відносної бідності серед жінок становив 24,3%, а серед чоловіків – 24,7%.

Традиційною для України є поселенська складова нерівності. Найменші масштаби бідності спостерігаються у великих містах. Значною є сільська бідність, показники бідності сільського населення перевищують відповідні показники населення у містах. Ознакою останніх років стала тенденція наближення показників бідності населення у малих містах до відповідних показників мешканців сільської місцевості. Проте протягом 2013 року найбільші темпи скорочення рівня бідності спостерігались у малих містах та

² Для країн Східної та Центральної Європи визначено як рівень добового споживання однієї особи, що є нижчим за 5,05 дол. США за ПКС.

³ Світовий банк здійснив перерахунок ПКС за 2013 рік і весь попередній ряд (у т.ч. гривні до долара США). Для досягнення зіставності статистичного ряду моніторингу бідності (з 2010 року) з урахуванням оновлених значень ПКС було виконано коригування показника 2012 року на офіційний індекс споживчих цін за 2013 рік.

Рис. 1.1. Рівень відносної бідності у розрізі регіонів України у 2012 році, %



сільській місцевості, що свідчить про швидку адаптацію їх населення до кризових умов.

Як і у попередніх роках, в Україні залишаються два географічні осередки вразливості – північно-західний та південно-центральный (рис. 1.1, 1.2).

Подолання бідності стосується практично всіх сторін життєдіяльності суспільства, оскільки ця проблема має комплексний характер і залежить від змін у соціальному та економічному середовищі. Зрозуміло, що за сприятливих економічних умов зменшення масштабів абсолютної бідності відбувається автоматично, на фоні зростання доходів та рівня життя населення. Натомість у кризовій ситуації, коли відчувається крайній дефіцит фінансових ресурсів, основний акцент політики переходить у площину розподільчих процесів та залучення всіх суб'єктів громадянського суспільства до розв'язання проблеми бідності, що може не лише сприяти «залатуванню дірок», але й слугувати каталізатором подальшого відродження та розвитку економіки і суспільства.

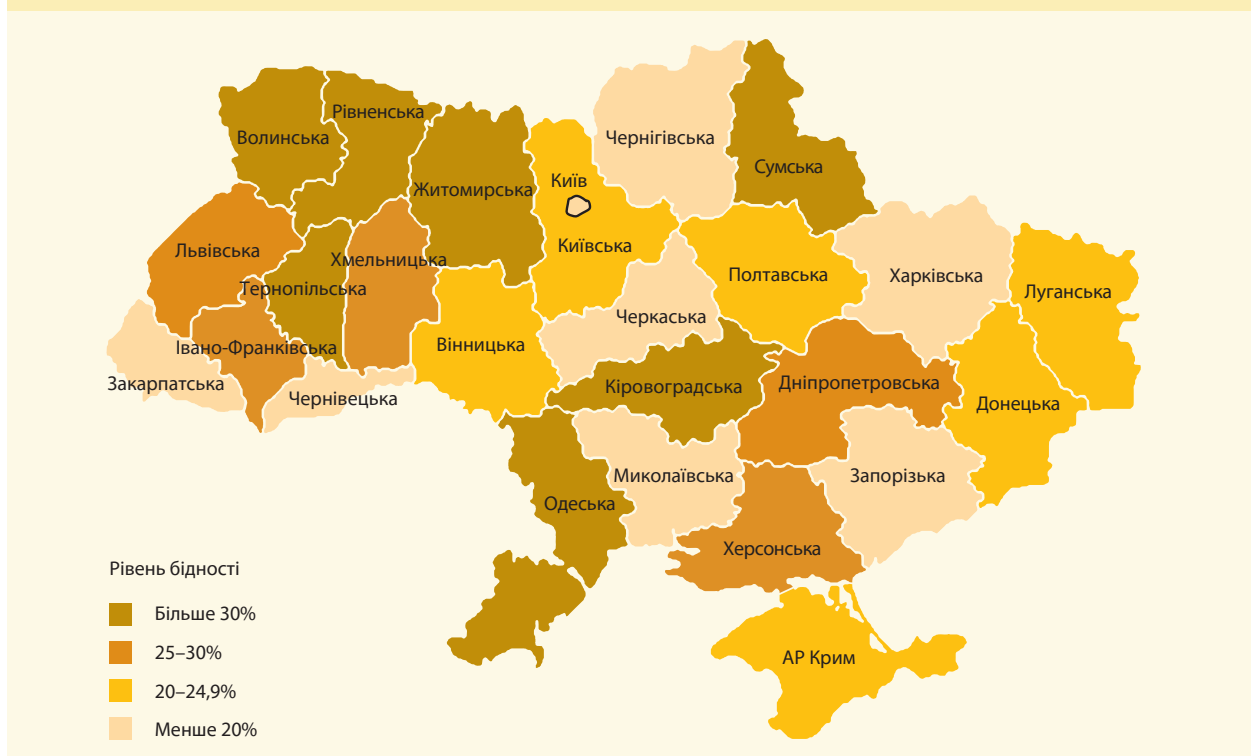
У цьому контексті необхідна зміна принципів та механізмів розподілу доходів. Основна ідея полягає у переорієнтуванні системи оподаткування у напрямі перерозподілу доходів від найбільш забезпечених до найбільш вразливих, насамперед уразливих, верств населення, пом'якшуючи тим самим навантаження на

середньодохідні групи. Водночас такі кроки сприятимуть зростанню ділової активності середніх прошарків суспільства, які здатні самотужки шукати шляхи виходу з кризи та організовувати додаткові робочі місця. Для реалізації завдань цієї цілі необхідно сприяти поетапному висвітленню доходів (як через систему індикативної заробітної плати, так і шляхом кращого адміністрування доходів із нетрудових джерел).

Першочерговим завданням політики подолання бідності є зменшення масштабів дитячої бідності. Для виконання цього завдання основний акцент має бути перенесено у площину оплати праці. А саме, необхідними є структурні зміни у формуванні доходів, насамперед за рахунок випереджаючого (порівняно з іншими державними гарантіями) зростання мінімальної заробітної плати. З метою розширення можливостей батьків щодо фінансового забезпечення сім'ї слід особливу увагу приділити масштабному впровадженню гнучкого графіку роботи, особливо для матерів з малолітніми дітьми. Водночас необхідно надавати можливість матері швидше ставати до роботи після народження дитини завдяки підвищенню доступності дошкільних закладів. Подолання немонетарних аспектів дитячої бідності сприятиме поширення безоплатних послуг для розвитку дитини на всіх етапах її становлення. Також необхідно забезпечити розв'язання проблем бідності вразливих категорій дітей.



Рис. 1.2. Рівень відносної бідності у розрізі регіонів України у 2013 році, %



Нівелювання поселенської нерівності, зокрема зниження бідності сільського населення, можливе лише через розширення доступу до послуг соціальної сфери. 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 забезпечення доступності послуг на основі дотримання балансу між соціальною справедливістю та економічною ефективністю із залученням багатоканального фінансування могла б дати певні результати у короткостроковому періоді. Крім того, реформування системи розподілу міжбюджетних трансфертів вирівнювання на основі єдиних стандартів надання соціальних послуг сприятиме зменшенню територіальної диференціації за показниками немонетарної бідності.

В умовах обмежених державних фінансів та зростаючих соціальних зобов'язань прямий вплив на масштаби бідності справлятиме підвищення ефективності системи державної

соціальної підтримки населення. Основним завданням є переорієнтація системи соціальної підтримки з допомоги всім вразливим верствам та групам із низькими доходами на допомогу найбіднішим. У цьому контексті необхідно забезпечити кращу адресацію соціальної допомоги бідним верствам через удосконалення законодавчого, методичного та технічного забезпечення системи державної соціальної підтримки. Це сприятиме підвищенню ефективності розподілу бюджетних коштів на соціальні цілі та уможливить збільшення розмірів соціальних трансфертів у межах звуженого фінансування.

В умовах неможливості розв'язання проблем бідності виключно за рахунок бюджету актуалізується необхідність застосування нового підходу до розподілу відповідальності. Слід говорити про розподіл відповідальності, у тому числі фінансової, між усіма суб'єктами громадянського суспільства (державою, бізнесом, громадою та індивідумом) у частині забезпечення рівного доступу до якісних послуг соціальної сфери, дотримання принципів соціальної справедливості у розподілі коштів на соціальну підтримку, створення особливих умов для розвитку соціально вразливих верств населення.

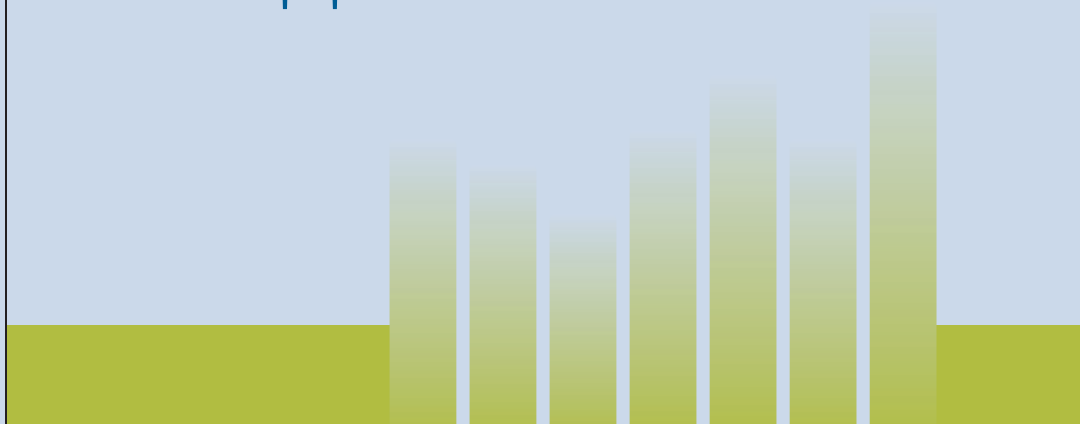


СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ,
ВСТАНОВЛЕНИХ ДЛЯ УКРАЇНИ



ціль 2

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ЯКІСНОЇ ОСВІТИ
ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ





ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

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

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015
Індикатор 2.1. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у міських поселеннях, %														
65,1	73,3	79,5	82,6	85,8	86,9	87,2	87,3	88,0	86,5	87,5	87,6	89,9	92,5*	95,0
Індикатор 2.2. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у сільській місцевості, %														
24,0	24,4	27,5	29,9	33,2	38,0	41,7	44,9	47,6	47,8	49,7	53,2	55,4	58,2*	60,0
Індикатор 2.3. Чистий показник охоплення дітей повною загальною середньою освітою, %														
97,7	98,1	98,3	97,8	99,1	99,3	99,4	99,5	99,7	99,1	97,3	98,8	99,5	99,6	99,9
Індикатор 2.4. Чистий показник охоплення вищою освітою осіб віком 17–22 років, %														
31,5	32,5	34,8	35,0	37,2	41,8	44,1	45,4	46,3	46,9	47,0	45,9	45,7	46,1	56,0
Індикатор 2.5. Сукупний валовий показник кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили свою кваліфікацію, тис. осіб														
...	158,0	...	167,0	188,0	193,0	193,0	197,0	293,0	224,5	249,4	264,0	...	...	320,0
Індикатор 2.6. Кількість ЗНЗ, які мають підключення до Інтернету, %														
...	...	...	...	...	...	...	...	42,0	43,0	57,0	69,1	76,4	81,6	90,0

У таблиці наведені фактичні дані Держстату України до 2013 року включно та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).

* – дані Держстату України (попередні).



На фоні збільшення загальної чисельності дітей віком 3–5 років в Україні (на 26,2 тис. осіб протягом 2013 року) рівень охоплення дошкільною освітою (індикатори 2.1–2.2) має позитивну динаміку як у міських поселеннях (з 89,9% до 92,5%), так і у сільській місцевості (з 55,4% до 58,2%), що свідчить у цілому про розширення доступу до цього виду освітніх послуг.

Чисельність вихованців віком 3 роки і старше у сільській місцевості впродовж 2013 року зросла на 14,7 тис. осіб, у міських поселеннях – на 28,4 тис. осіб. При цьому кількість місць у сільських ДНЗ для цієї вікової групи дітей збільшилася на 16,5 тис., а у міських – на 15,0 тис. За кількістю працюючих закладів міська мережа дошкільної освіти продовжує поступатися сільській (6,6 тис. проти 9,3 тис.). Однак середня кількість вихованців в одному закладі у міжпоселенському вимірі відрізняється у 5 разів (166 проти 33 дітей).

У 2013 році завантаженість міських ДНЗ зросла зі 129 до 130 (кількість дітей у розрахунку на 100 місць). Завантаженість міських ДНЗ у розрізі регіонів також збільшується (у 2012 році мінімальне значення складало 113 дітей на 100 місць, максимальне – 149 дітей на 100 місць, у 2013 році – 112 та 154 відповідно). Загострення ситуації спостерігається у містах з населенням 100 тис. осіб і більше. У сільських поселеннях завантаженість ДНЗ у цілому залишилася на рівні попереднього періоду – 92 вихованці на 100 місць, однак наразі вже у 7 регіонах завантаженість перевищує значення 100 дітей на 100 місць.

Усе це свідчить про надзвичайну складність вирівнювання різноманітних поселенських та регіональних деформацій у доступі до якісної дошкільної освіти дітей різних вікових груп. При цьому загальна кількість державних та приватних закладів в Україні щороку продовжує скорочуватися, а розширення мережі ДНЗ відбувається в основному за рахунок закладів комунальної форми власності (у 2013 році – на 306 закладів, у т. ч. введено в експлуатацію 12 нових будівель).

У 2013 році зафіксовано закріплення прогресу у досягненні цільового індикатора 2.3 щодо охоплення дітей повною загальною середньою освітою (з 99,5% до 99,6%). Також можна вважати задовільною ситуацію щодо зменшення кількості підлітків, які після здобуття базової загальної середньої освіти не пішли вчитися: 1,4 тис. осіб або 0,35% загальної чисельності випускників 9-х класів (для порівняння у 2012 році – 2,3 тис. або 0,53%).

Аналіз освітніх пріоритетів випускників 9-х класів показав збереження загальної тенденції до одночасного здобуття молоддю повної загальної середньої освіти та професії/кваліфікації. У 2013 році продовжили навчання у старших класах денних ЗНЗ 60,7% учнів (у 2012 році – 60,4%), у вечірніх школах – 2,5% (2,6% відповідно); поступили до ПТНЗ 16,2% випускників основної школи (16,8%), у ВНЗ – 20,2% (19,7%). При цьому наявна мережа сільських ЗНЗ фізично неспроможна забезпечити належне охоплення підлітків повною середньою освітою. З випускників 9-х класів у сільській місцевості продовжують навчання у 10-му класі денних ЗНЗ 55,4%, тоді як у містах – 64,9%.

Незважаючи на труднощі демографічного розвитку в Україні, зокрема зменшення загальної чисельності молоді віком 17–22 роки (лише за 2013 рік – на 174,9 тис. осіб), показник охоплення вищою освітою цієї вікової групи (індикатор 2.4) збільшився з 45,7% до 46,1%, причому як по ВНЗ I–II (з 6,56% до 6,77%), та і по ВНЗ III–IV рівня акредитації (з 39,18% до 39,29%).

На порядку денному залишається питання щодо коригування цільового значення індикатора 2.4 (2015 рік – 56%), оскільки перехід на 11-річне шкільне навчання (2011 рік) спричинив відповідне скорочення студентського контингенту віком 17–18 років. При цьому рівень охоплення вищою освітою молоді віком від 19 до 22 років залишається доволі стабільним.

Структура зарахованих до ВНЗ різних рівнів акредитації випускників має свої особливості, оскільки до ВНЗ III–IV рівня поступають, в основному, після здобуття повної загальної середньої освіти (табл. 2.1). У звітному році скоротилася частка абітурієнтів з числа цьогогорічних випускників шкіл, однак збільшилася частка абітурієнтів з числа випускників різних навчальних закладів минулих років. Позитивним є і зростання бажання здобувати більш високий освітній рівень серед випускників ПТНЗ. Їх частка серед зарахованих до ВНЗ I–II рівня зросла з 4,2% до 6,0%, до ВНЗ III–IV рівня – з 1,5% до 1,7%, а в цілому чисельність випускників ПТНЗ у ВНЗ збільшилася з 9468 осіб до 11622 осіб.

Частка студентів ВНЗ із числа сільської молоді залишається стабільною – 29,2% у 2013/2014 н. р. (2012/13 н. р. – 29,3%), що свідчить про збереження доступності вищої освіти для громадян, які мешкають у сільській місцевості. Однак у 2012/2013 н. р. зменшилася з 10,3% до 8,9% питома вага сільської молоді, яка вступила до ВНЗ різних



Таблиця 2.1. Динаміка зарахування до ВНЗ випускників різних навчальних закладів, %

Випускники за рівнем освіти та часом закінчення навчального закладу	ВНЗ I–II р. а.		ВНЗ III–IV р. а.	
	2012/13 н. р.	2013/14 н. р.	2012/13 н. р.	2013/14 н. р.
Випускники, які закінчили у поточному році основну школу зі свідоцтвом про базову загальну середню освіту	53,3	51,3	11,8	11,3
Випускники, які закінчили у поточному році старшу школу з атестатом про повну загальну середню освіту	25,0	22,2	57,1	51,6
Випускники, які закінчили у поточному році ПТНЗ з отриманням повної загальної середньої освіти	4,2	6,0	1,5	1,7
Випускники, які закінчили у поточному році ВНЗ I–II р. а.	1,2	1,7	14,2	15,4
Випускники, які закінчили у поточному році ВНЗ III–IV р. а.	0,04	0,1	0,4	0,6
Випускники різних навчальних закладів минулих років	16,2	18,7	14,9	19,4

рівнів акредитації за цільовим направленням згідно зі встановленою квотою (особливо до ВНЗ III–IV р. а.).

Питома вага студентів, які здобувають вищу освіту за рахунок коштів державного бюджету, зросла з 41,2% до 42,6%, місцевих бюджетів – з 4,4% до 4,7%, органів державної влади, юридичних осіб – з 0,3% до 0,4%. Тому в цілому зменшилася частка студентів, які навчаються за кошти фізичних осіб (з 54,1% до 52,3%), але прийом на початковий цикл навчання за рахунок фізичних осіб збільшився з 46,6% до 48,3% (насамперед до ВНЗ III–IV р. а.).

Важливим напрямом подолання дефіциту робітничих кадрів та підвищення професійного рівня працівників залишається навчання персоналу на виробництві. Однак його обсяги є незначними. Так, у 2013 році кількість працівників, які проходили професійне навчання та підвищення кваліфікації, становила 11,8% від облікової кількості штатних працівників.¹

Протягом 2013 року професійну підготовку та перепідготовку отримали працівники підприємств промисловості (70,1% від усіх навчених новим професіям) та транспорту, складського господарства, поштової та кур'єрської діяльності (11,1%). Основною формою навчання працівників була їх професійна перепідготовка безпосередньо на виробництві.

У 2013 році 9,9% облікової кількості штатних працівників підвищили кваліфікацію за

різними формами навчання (на виробничо-технічних курсах, курсах цільового призначення, через стажування, спеціалізацію, довгострокове та короткотермінове навчання). У 2012 році таких було 9,5%.

Підприємства, які традиційно залучають працівників високого кваліфікаційного рівня, підвищують кваліфікацію своїх фахівців переважно у навчальних закладах різних типів. У сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги питома вага тих, хто підвищив кваліфікацію у навчальних закладах, становила 93,5%; у сфері освіти – 91,7%; державного управління й оборони, обов'язкового соціального страхування – 83,5%. Найчастіше на робочому місці підвищували кваліфікацію працівники, зайняті на підприємствах промисловості (77,7% працівників, які підвищили кваліфікацію), у фінансовій та страховій діяльності (69,1%), у сфері інформації та телекомунікацій (67,9%), наукових досліджень та розробок (66,3%). Серед працівників, які підвищили кваліфікацію, переважали чоловіки (55,3%), а за професійними групами – професіонали та фахівці (47,5% загальної кількості працівників, які пройшли навчання з підвищенням кваліфікації).

Одночасно із системою підготовки та перепідготовки працівників функціонує державна система підготовки та перепідготовки безробітного населення через державну службу зайнятості для забезпечення працевлаштування безробітних громадян. Упродовж 2013 року за направленням державної служби зайнятості у навчальних закладах усіх типів проходили професійне навчання 217,0 тис. зареєстрованих безробітних проти 221,1 тис. у 2012 році.

¹ Праця України у 2013 році, Статистичний збірник, Держстат України, Київ, 2014.



Кількість ЗНЗ, які мають підключення до Інтернету (індикатор 2.6), збільшилася з 76,4% до 81,6% (у міських поселеннях – з 94,9% до 96,9%; у сільських – з 67,1% до 73,7%). Однак простежується негативна тенденція, коли приєднання школи до Інтернету є формальним, оскільки за несплату він відключений. До того ж майже половина ЗНЗ не мають доступу до швидкісного Інтернету,² що значно ускладнює використання сучасних електронних навчальних матеріалів, створення умов для дистанційного навчання дітей з обмеженими можливостями тощо.

Для досягнення цілі щодо збільшення рівня охоплення дітей дошкільною освітою необхідно активізувати роботу з максимального розширення мережі ДНЗ різних типів і форм власності, у тому числі шляхом реконструкції та відновлення роботи непрацюючих закладів, повернення орендованих приміщень, значного спрощення процедур для відкриття приватних ДНЗ та закладів сімейного типу.

У сфері загальної середньої освіти основним завданням залишається подолання диференціації умов навчання за типом місцевості. Доцільно впровадити також новий механізм конкурсного відбору рукописів підручників, за яким експертні повноваження будуть делеговані незалежній інституції. На часі й створення репозитарію електронних підручників з вільним доступом для всіх учас-

ників навчального процесу. Потреби у розробці навчально-методичного забезпечення інклюзивного навчання та комп'ютерно орієнтованих освітніх середовищ для системи середньої освіти передбачають активне засвоєння найкращого міжнародного досвіду, у тому числі через участь у міжнародних проектах.

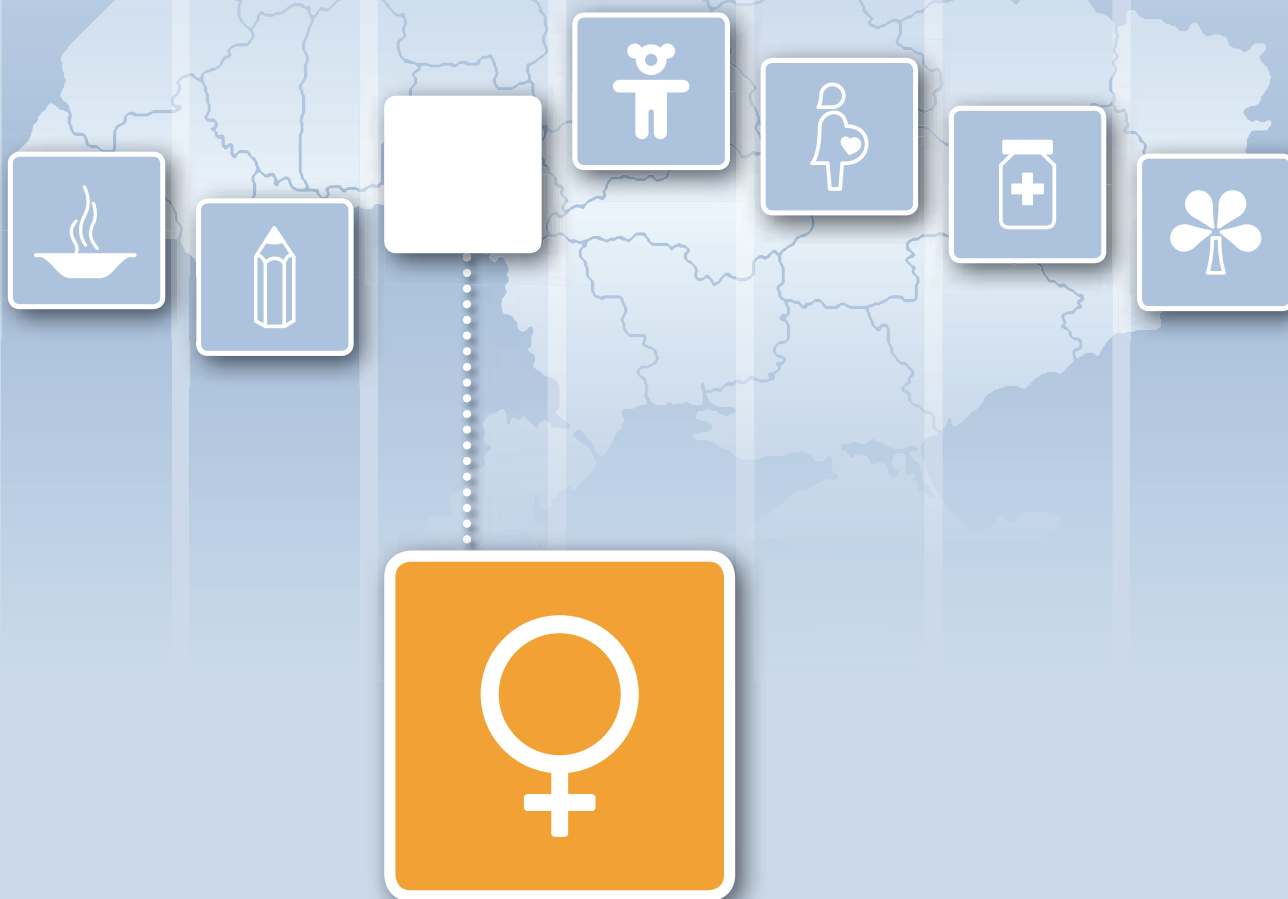
У сфері професійної освіти необхідно удосконалити процедури прогнозування її розвитку, забезпечити відкритість та прозорість розподілу державного замовлення на підготовку фахівців, стимулювати навчальні заклади до автономії та державно-громадського управління ними. На порядку денному залишається завдання щодо створення механізмів із запровадження Національної рамки кваліфікацій, зокрема розробка концепції і проекту Національної стандартної класифікації освіти (як Національного класифікатора України).

Новими принципами управління освітою повинні стати децентралізація, дебіюрократизація та соціальне партнерство. При цьому важливими є такі завдання: забезпечення відповідальності всієї вертикалі управлінських структур щодо доступності та якості освітніх послуг; істотне зменшення документообігу між органами управління освітою та навчальними закладами; налагодження ефективної атестації управлінців і педагогів; протидія проявам корупційної діяльності у сфері освіти.

² Онищенко О. Вивели на чисту воду. Дзеркало тижня. – № 27, Київ, 2014.

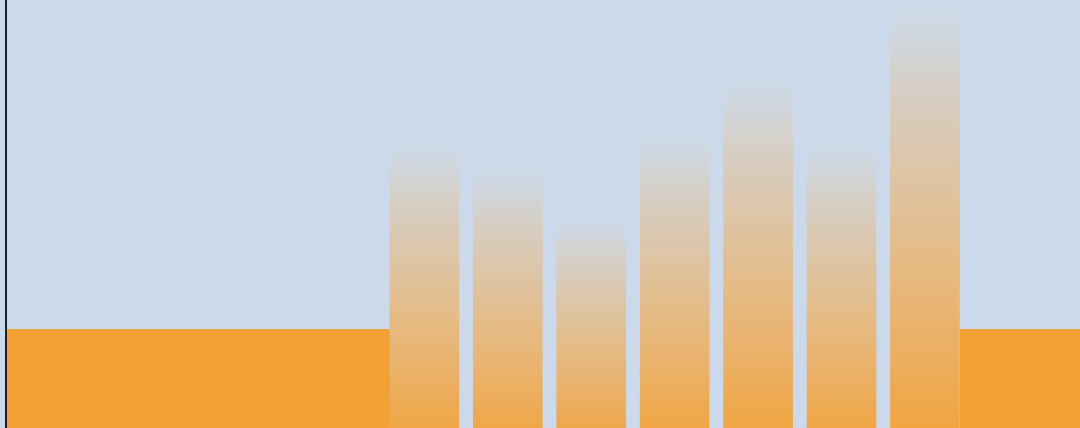


СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ,
ВСТАНОВЛЕНИХ ДЛЯ УКРАЇНИ



ціль 3

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ





ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

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

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

У таблиці наведені фактичні дані Держстату України до 2013 року включно та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).



Протягом 2013 року не відбулося суттєвих змін у гендерному співвідношенні депутатів Верховної Ради України VII скликання (індикатор 3.1). На кінець року серед 445 народних депутатів були представлені лише 42 жінки, що становило 9,4% від загального складу ВРУ. Це визначило 114-те місце України у світі за рівнем представництва жінок у національному парламенті¹. Досягнення цільового значення вітчизняного показника гендерного співвідношення серед депутатів Верховної Ради (яке передбачає не менш 30% жінок) потребує додаткових зусиль. На глобальному рівні спостерігалася тенденція розширення участі жінок у представницьких органах влади – станом на 1 грудня 2013 року вони склали у середньому 21,4% парламентарів світу, у тому числі 42,1% – у Скандинавських державах, 25,0% – у країнах Північної та Південної Америки, 23,1% – у країнах Європи (без Скандинавії), 22,4 % – у країнах Африки на південь від Сахари, 18,2% – у країнах Азії, 17,8% – у Арабських державах, 13,1% – у Тихоокеанському регіоні². Більше того, План дій для гендерно чутливих парламентів³, затверджений міжнародним співтовариством наприкінці 2012 року, окреслив засади «дорожньої карти» подальших заходів, що мають на меті забезпечення гендерного паритету у представницьких органах влади.

Основною проблемою на шляху виконання завдання 3.А. залишається відсутність політичної волі до запровадження гендерно збалансованого представництва в органах влади. Незважаючи на внесення у 2013 році доповнень до Закону України «Про політичні партії», які передбачають розмір квот, що визначають мінімальний рівень представництва жінок і чоловіків у виборчому списку кандидатів у народні депутати України від партії у загальнодержавному окрузі (не менше 30% загальної кількості кандидатів у виборчому списку)⁴, не всі політичні сили дотримуються цього положення. Також формування Закону залишаються нечіткими, не забезпечуючи дотримання гендерної квоти у кожній десятці списку. Тому, навіть за умови проведення позачергових парламентських виборів, забезпечення гідного рівня

гендерного співвідношення серед депутатів Верховної Ради видається малоімовірними без зміни загальних принципів реалізації політичного процесу у країні, хоча на підставі заяв лідерів політичних партій можна прогнозувати певне збільшення частки жінок серед депутатів.

Незмінною, порівняно з даними попереднього року, залишилась і частка жінок у складі вищих державних службовців – 28,3%, або 358 осіб серед 1 267 керівників 1 – 2 посадових категорій (індикатор 3.3). Однак більш глибокий аналіз гендерного співвідношення працівників державної служби виявляє певні позитивні тенденції, оскільки протягом 2013 року частка жінок у загальному складі керівників незначно збільшилась. Особливим приводом для оптимізму є зростання частки жінок серед керівників першої категорії (з 13,5% у 2012 році до 16,7% у 2013 році), тобто саме на тому управлінському рівні, де ухвалюються найвагоміші рішення та існують якнайширші можливості впливу на формування державної політики, у тому числі й гендерної. Важливо, що на рівні місцевого самоврядування також відбулось зміцнення позицій жінок: їх представництво у складі вищих посадових осіб (керівники 1–2 категорії) відповідних структур збільшилось у 1,6 раза – з 5,8% до 9,2%. На жаль, це зростання було забезпечене виключно за рахунок керівників другої категорії (як і у попередні роки, на найвищому керівному рівні місцевого самоврядування не було представлено жодної жінки).

Моніторинг індикатора 3.3. протягом 2000–2013 років демонструє доволі позитивну динаміку (частка жінок серед вищих державних службовців зросла з 15,0% до 28,3%), що дає підстави очікувати на досягнення поставленого завдання до 2015 року. Однак відсутність дієвих механізмів розширення доступу жінок до директивних органів та процесу прийняття рішень у вітчизняному законодавстві досі стримує прогрес у цій сфері.

Гендерна нерівність на ринку праці України залишається також досить високою. Більше того, поступове зростання номінальної заробітної плати працівників протягом 2013 року супроводжувалося незначним зростанням гендерного розриву в оплаті праці (індикатор 3.4). Так, співвідношення середньої заробітної плати жінок та середньої заробітної плати чоловіків скоротилося до 77,2% (відповідні показники становили 2 866 грн та 3 711 грн на місяць). Традиційно, найбільші гендерні відмінності у рівні заробітків мали місце у промисловості, де середня заробітна плата жінок склала лише 69,7% чоловічого аналога (відповідно 2 946 грн проти 4 227 грн),

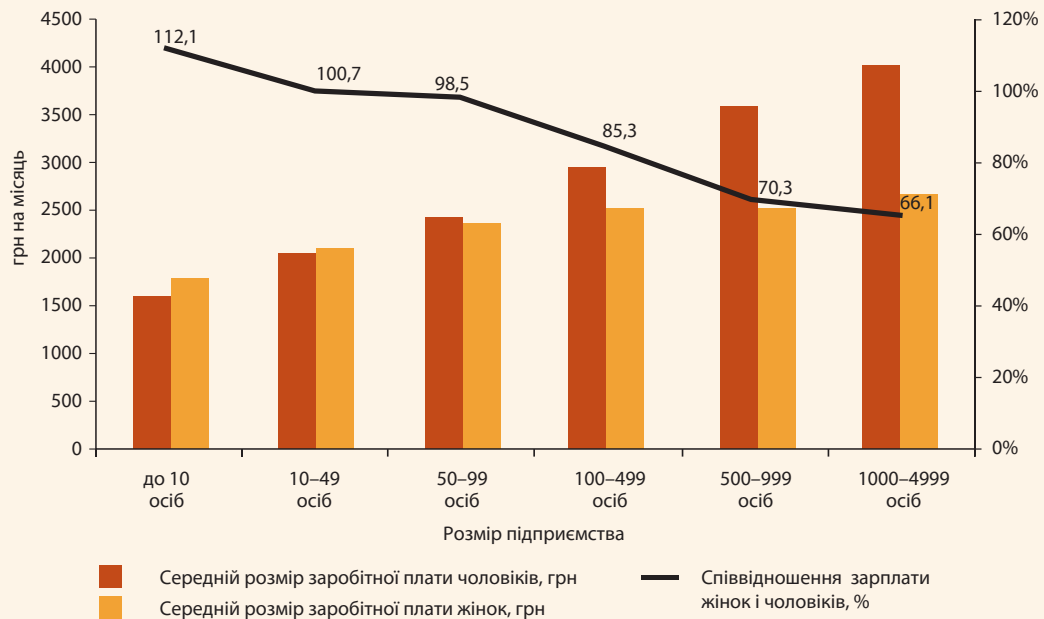
¹ Women in National Parliaments: World Classification as of 1st December 2013, Inter-Parliamentary Union: <http://www.ipu.org/wmn-e/arc/classif011213.htm>.

² Women in National Parliaments: Regional Averages as of 1st December 2013, Inter-Parliamentary Union: <http://www.ipu.org/wmn-e/arc/world011213.htm>.

³ Plan of Action for Gender-sensitive Parliaments. Adopted by the 127th IPU Assembly (Quebec City, 26 October 2012): <http://www.ipu.org/pdf/publications/action-gender-e.pdf>.

⁴ Статтю 8 Закону «Про політичні партії» доповнено пунктом 10 згідно з Законом N709-VII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства з питань проведення виборів» від 21.11.2013.

Рис. 3.1. Співвідношення заробітної плати жінок і чоловіків в Україні залежно від розміру підприємства у 2012 році



у тому числі у секторі добувної промисловості та розроблення кар'єрів – навіть 55,8% (3 070 грн проти 6 523 грн). Серед інших видів економічної діяльності зі значним гендерним розривом у оплаті праці – мистецтво, спорт, розваги та відпочинок (62,2%, або 2 714 грн проти 4 362 грн на місяць), фінансова та страхова діяльність (66,8%, або 5 395 грн проти 8 079 грн). Показово, що саме у цих двох видах економічної діяльності відбулося зростання нерівності щодо оплати праці жінок і чоловіків. Слід також зазначити, що у цих двох сферах кількість жінок значно перевищує кількість чоловіків.

Як і у попередні роки, найменший гендерний розрив у заробітках був властивий видам економічної діяльності з високою концентрацією жіночої зайнятості та нижчими за середній рівнями оплати праці, а саме: діяльності у сфері адміністративного та допоміжного обслуговування (97,5%, або 2 490 грн проти 2 554 грн на місяць), освіти (91,3%, або 2 641 грн проти 2 892 грн), охороні здоров'я та надання соціальної допомоги (89,9%, або 2 318 грн проти 2 580 грн). Середня заробітна плата жінок, що зайняті у сфері функціонування бібліотек, архівів, музеїв та інших закладів культури, навіть на 8,5% перевищила середню заробітну плату зайнятих чоловіків (відповідно 2 793 грн проти 2 575 грн на місяць).

Аналогічна обернена залежність між величиною гендерного розриву у заробітній платі та її середнім розміром зберігалась у 2013 році

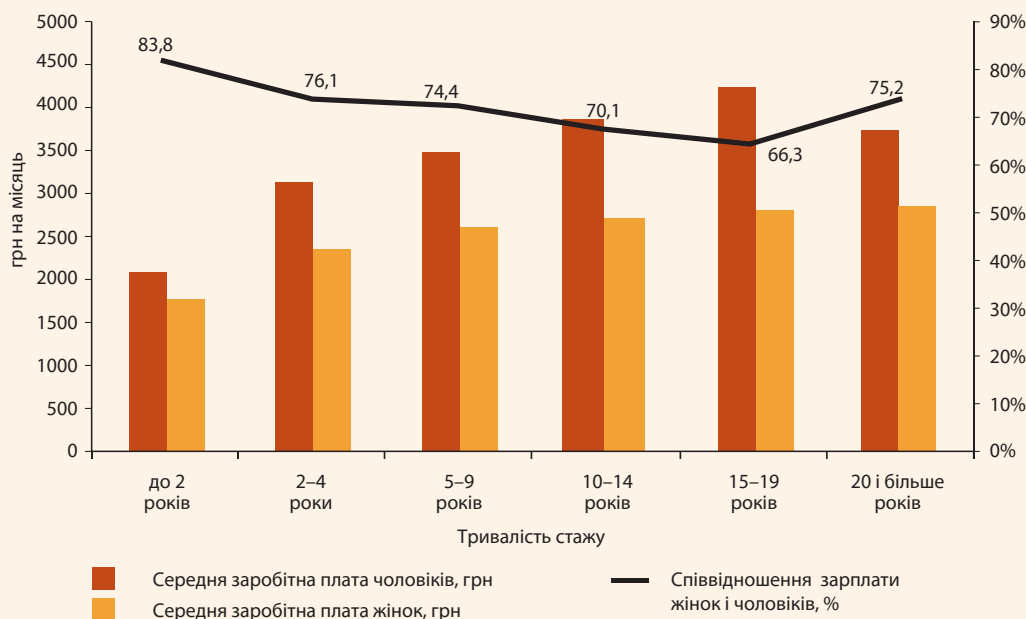
й у регіональному аспекті. Як і раніше, найбільші гендерні розбіжності зафіксовано в індустріально розвинених регіонах Південного Сходу – у Луганській, Донецькій, Дніпропетровській, Запорізькій та Миколаївській областях середні заробітки чоловіків випереджали «жіночий» показник на понад 27%. «Чоловіча» спеціалізація економіки регіонів, вищі за середні по Україні рівні заробітної плати внаслідок зосередження тут важкої промисловості виступають основними детермінантами збереження високої гендерної нерівності в оплаті праці населення. З іншого боку, Тернопільська, Чернівецька та Херсонська області з їх переважно аграрною зайнятістю населення характеризувалися найменшим гендерним розривом у оплаті праці (менше 10%), однак і найнижчими по країні значеннями середньої заробітної плати як жінок, так і чоловіків.

Окреслені особливості гендерного співвідношення заробітної плати за видами економічної діяльності засвідчують збереження високого рівня гендерної професійної сегрегації на ринку праці України, без пом'якшення якої неможливо забезпечити скорочення розриву в оплаті праці жінок і чоловіків, так само, як і досягнення гендерного паритету в органах влади. Однак, як і раніше, детермінанти подібного гендерного розриву в оплаті праці мають більш комплексний, системний характер.

Для визначення гендерних проблем на ринку праці використовувалися результати вибір-



Рис. 3.2. Співвідношення заробітної плати жінок і чоловіків в Україні залежно від тривалості стажу у 2012 році



кового обстеження підприємств з питань заробітної плати працівників за професійними групами, що було проведено Держстатом України у 2012 році.⁵ Завдяки цьому обстеженню вперше було здійснено детальний аналіз особливостей гендерного розриву у рівні оплати праці не лише за професійними групами, а й за віком, рівнем освіти, тривалістю стажу та розміром підприємства. Зокрема, статистичні дані довели зростання гендерних відмінностей у заробітній платі працівників зі збільшенням розміру підприємства (рис. 3.1): на невеликих підприємствах середні заробітки жінок навіть незначно перевищували середні заробітки чоловіків, водночас на підприємствах, де зайнято більше 1 тис. осіб, розмір «жіночих» заробітків був у середньому на третину меншим, ніж у чоловіків. Подібна тенденція простежувалась і за тривалістю стажу працівника: якщо серед осіб зі стажем менше 2 років спостерігалися найменші гендерні відмінності у рівні оплати праці (14%), то серед працівників із тривалістю стажу у 15–19 років цей розрив сягав 34% внаслідок вищої заробітної плати чоловіків (рис. 3.2).

Ці дані опосередковано підтверджують поширення проявів гендерної дискримінації на ринку праці України, що виявляються у нерівних можливостях працевлаштування, професійного розвитку та кар'єрного просу-

вання жінок і чоловіків. Про збереження гендерно упередженого ставлення у сфері праці свідчать також як дані спеціальних соціологічних опитувань зайнятого населення⁶, так і результати перевірок Державної інспекції України з питань праці. Зокрема, протягом 2013 року інспекторами служби було встановлено 213 випадків порушення трудових прав жінок під час проведення перевірок на 32 тис. підприємств⁷.

Результати вибіркового обстеження з питань заробітної плати Держстату України також переконливо доводять, що важливим інструментом подолання проявів гендерної нерівності у рівні доходів залишається здобуття вищої освіти, наявність якої не лише сприяє підвищенню особистих заробітків, а й надає жінкам можливість гідно конкурувати на ринку праці. Саме серед осіб, які мають повну вищу освіту, фіксувалися найменші гендерні розбіжності у її розмірі – лише 22% (відповідно 4 273 грн у чоловіків та 3 333 грн у жінок). На противагу цьому, серед осіб із базовою загальною середньою освітою такий розрив зростав до 35%, а розмір середніх заробітків зменшувався, відповідно, до 2 442 грн та 1 609 грн на місяць. Однак ефективне використання освітніх переваг можливе лише за умови формування системи освіти, вільної від гендерних стереотипів та упе-

⁵ Заробітна плата за професійними групами у 2012 році (за матеріалами вибіркового обстеження), Статистичний збірник, Державна служба статистики України, Київ 2013.

⁶ Аналітичне дослідження участі жінок у складі робочої сили України, ЮНФПА, МОП, ІДСД НАН України, Київ, 2012.

⁷ Державна інспекція України з питань праці, офіційний веб-сайт: <http://dpu.gov.ua/>.



редженості на всіх рівнях – від дошкільного виховання до вищих навчальних закладів.

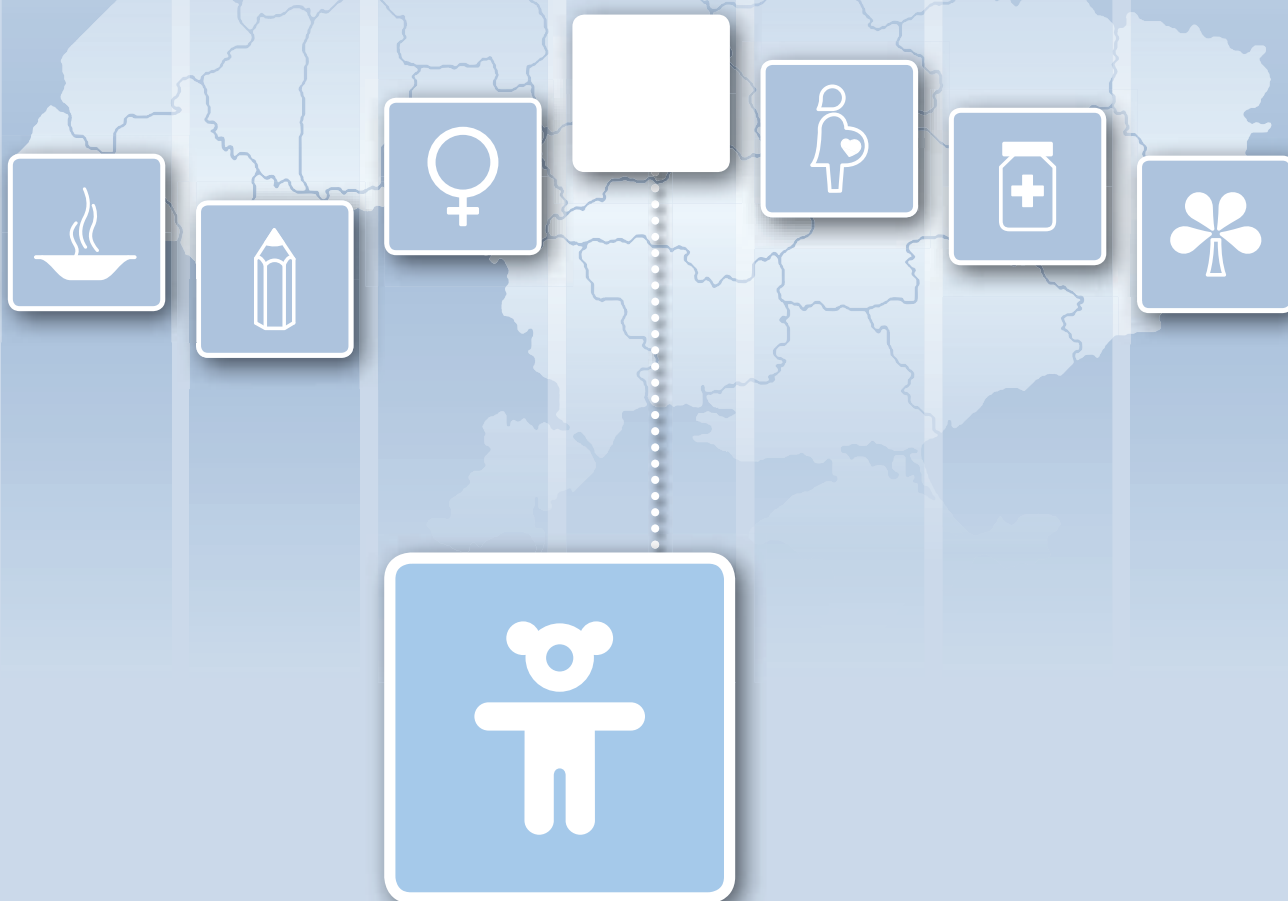
Позитивний вплив на гендерні перетворення справляє ухвалення у вересні 2013 року Державної програми забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року, що проголошує одним із пріоритетів інтеграцію гендерних підходів до системи освіти. Розроблення, обговорення та ухвалення цієї Державної програми після трирічної відсутності подібного програмного документу у сфері забезпечення гендерної рівності є важливим імпульсом, що стане підґрунтям відбудови національного механізму забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків, дієвість якого була втрачена внаслідок адміністративної реформи 2011 року. Проголошення конкретних завдань гендерної політики, закріплення відповідних повноважень за Міністерством соціальної політики України та виділення цільового обсягу фінансування дозволяє сподіватися, що реалізація Державної програми прискорить гендерні перетворення.

Серед наступних кроків розбудови національного механізму забезпечення гендерної рівності має бути: посилення координації між різними органами управління в реалізації гендерної політики та підвищення кваліфікації відповідальних посадових осіб; забезпечення інтегрування гендерних підходів до діяльності всіх центральних та місцевих органів виконавчої влади; формування загальної гендерної культури державних службовців. Важливим є забезпечення контролю над неухильним дотриманням положень антидискримінаційного законодавства та вжиття адекватних заходів у випадку виявлення ознак дискримінації за статтю, відпрацювання ефективних механізмів реалізації права на захист від дискримінації, забезпечення їх прозорості й доступності для широкого загалу. У цьому контексті необхідно посилювати адвокативну складову співпраці з роботодавцями щодо забезпечення гендерно-нейтрального ставлення до працівників, реалізовувати інформаційно-роз'яснювальні кампанії з різними групами зайнятого населення, поширювати практики

висвітлення в інформаційному просторі успішних прикладів захисту прав у випадку гендерної дискримінації.

Задля досягнення паритетного представництва жінок і чоловіків у сфері прийняття рішень вкрай необхідною є практична реалізація в політичному процесі нових положень законодавства, які визначають розмір гендерних квот у виборчих списках політичних партій. Разом з тим дотримання пропорційного представництва жінок і чоловіків по всьому списку кандидатів у народні депутати досі перебуває у безпосередній залежності від політичної волі та відповідальності керівництва кожної політичної сили. Тому потреба у тимчасових «позитивних діях», тобто прямих підтримці жіночих кандидатур у представницьких та виконавчих органах влади, не втрачає своєї актуальності. З іншого боку, зберігається й вагоме значення дій непрямого впливу, що сприятимуть активізації кар'єрних прагнень самих жінок, просуванню жіночого лідерства, дотриманню гендерно чутливої кадрової політики в організаціях різної форми власності, упровадженню кращих практик з міжнародного досвіду щодо забезпечення гендерного паритету у сфері прийняття рішень.

Необхідно активізувати гендерну політику для подолання усталених стереотипів щодо розподілу соціальних ролей жінок і чоловіків, які досі зберігаються в українському суспільстві та зумовлюють репродукування гендерної нерівності. Ключові рекомендації стосуються питань подальшого розширення практики включення гендерного компонента до освітніх програм навчальних закладів усіх рівнів, запровадження масштабної соціальної реклами, що має висвітлювати настанови рівного розподілу сімейних обов'язків та відповідальності між жінками і чоловіками щодо виховання дитини. Всебічний розвиток соціально-побутової інфраструктури, особливо у сільській місцевості, також сприятиме скороченню гендерної нерівності в розподілі робочого часу та розширенню можливостей гармонічного поєднання сімейних та професійних обов'язків як для жінок, так і для чоловіків.



ціль **4**

ЗМЕНШЕННЯ
ДИТЯЧОЇ
СМЕРТНОСТІ



ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

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

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008	2009	2010	2011	2012	2013	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	10,1	9,4	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	8,0	9,3

У таблиці наведені фактичні дані Держстату України до 2013 року включно та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).

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



Рис. 4.1. Смертність немовлят та смертність дітей віком до 5 років у розрізі регіонів України у 2013 році, на 1000 народжених живими



Рівень дитячої смертності є загальною визначальним індикатором здоров'я нації, який віддзеркалює якість життя населення, рівень добробуту та розподіл соціальних і матеріальних благ у суспільстві, стан довкілля, ефективність програм профілактики, рівень доступності та якості медичної допомоги тощо.

За період 2000–2013 років дитяча смертність в Україні зменшилася. Починаючи з 2008 року, динаміка показників дитячої смертності демонструє тенденцію до зниження. Абсолютна більшість (99%) пологів проходить у лікувальному закладі з кваліфікованим персоналом. В Україні у 2013 році померло 4 030 дітей віком до одного року (з них у інтервалі 0–27 днів – 2 431 немовля). Більше половини (60%, або 2 130) смертних випадків дітей віком до року було зумовлено окремими станами, що виникають у перинатальному періоді, 18% випадків – природженими вадами розвитку.

Смертність дітей віком до 5 років знизилася за 2000–2013 роки з 16,0 до 9,4 на 1000 народжених живими. При цьому спостерігається істотна градація за регіонами: від максимального (понад 12‰) у Кіровоградській, Донецькій та Закарпатській областях до мінімального (нижче 8‰) на Полтавщині, Київщині та Волині (рис. 4.1).

Смертність немовлят в Україні є визначальною у формуванні смертності дітей до 5 років, адже 85% смертей припадає на період до досягнення одного року. Якщо головною причиною смерті немовлят є стани, що вини-

кають у перинатальному періоді, то для дітей віком 1–4 роки – це неприродні причини (30% усіх смертей). Відносно висока смертність унаслідок зовнішніх причин, тобто тих, яким можна запобігти, є основним чинником відставання України від європейських країн за рівнем смертності дітей віком до 5 років.

Практично три чверті дітей (73,3%) у 2013 році народились у родопомічних закладах, сертифікованих на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини» (у 2008 році – лише кожне друге немовля). На початок 2014 року цей статус мали 465 закладів охорони здоров'я. Питома вага закладів охорони здоров'я, сертифікованих відповідно до статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини», із числа тих, у яких надається допомога матерям та дітям, становить 34,2% (41,5% станом на 1 січня 2013 року¹). Найбільшою є питома вага сертифікованих закладів охорони здоров'я (понад 80%) у Дніпропетровській, Львівській і Чернігівській областях.

Грудне вигодовування є вагомим чинником зниження рівнів захворюваності дітей і дитячої смертності, з одного боку, та має позитивні коротко- й довготривалі наслідки для здоров'я матерів, з іншого. В Україні впроваджується діяльність відповідно до Віденської декларації з харчування і неінфекційних захворювань у

¹ Зменшення питомої ваги сертифікованих закладів пов'язане з появою 448-ми нових установ – Центрів первинної медико-санітарної допомоги, створених у процесі реформування медичної галузі. У 2013 році МОЗ України затверджено нову редакцію «Керівництва з проведення оцінки та переоцінки закладів охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини».



контексті політики Здоров'я-2020, що сприяло покращенню показників здоров'я за рахунок уведення збалансованого раціону харчування на всіх етапах життя. Важливим є сприяння належному харчуванню з найперших етапів життя, (починаючи з періоду до і під час вагітності), та адекватному грудному вигодовуванню і правильному введенню прикорму².

В Україні послідовно проводиться політика захисту і підтримки грудного вигодовування шляхом як підвищення рівня інформованості населення щодо переваг грудного вигодовування, так і відповідної організації функціонування медичних закладів. Зросла питома вага спільного перебування матерів і новонароджених у пологових будинках, застосовуються принципи грудного вигодовування ВООЗ/ЮНІСЕФ (годування дитини за потребою, раннє прикладання дитини до грудей, вигодовування виключно материнським молоком до 4–6 міс.). Необхідними є заходи для підтримки грудного вигодовування після виписки матері з пологового стаціонару.

В Україні, за даними реєстрації смертей, спостерігаються певні відмінності у розподілі смертей до року, які мали місце протягом першої доби, першого місяця і 12 місяців після народження. Так, якщо у розвинених країнах частка смертей до 24 годин з моменту народження складає у середньому 30% від усієї кількості дитячих смертей до року (а у країнах з низькою дитячою смертністю, таких як Канада, Швейцарія – навіть близько 40%), то в Україні цей показник дорівнює 16%³, що свідчить про необхідність аналізу статистики на її достовірність.

Одним із найменш вартісних і найбільш легких способів зберегти здоров'я є відмова від тютюну. Поширення цієї шкідливої звички серед жінок фертильного віку викликає тривогу через шкоду організму як самої жінки, так і її дітей. Лише 54,4% вагітних жінок, опитаних у рамках Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС-2012),⁴ повідомили, що не курили ніколи, а 2,6% зізналися, що курять під час вагітності. Загальновідомо, що пасивне куріння є одним із головних факторів ризику синдрому раптової смерті немовлят. Слід зазначити, що у 2008–2012 роках кількість таких смертей скороти-

лася на 18%⁵. За даними репрезентативного національного дослідження, проведеного у 2013 році Київським міжнародним інститутом соціології серед дорослого населення України, 27% респондентів повідомили, що у них удома дозволено курити. Навіть серед некурців таких було 19%, причому у 8,1% некурців хтось курило удома щодня (у жінок – удвічі частіше, ніж у чоловіків). Протягом останніх років відбувається поступове зменшення куріння вдома, проте ці зміни є повільнішими порівняно з курінням у громадських місцях та на робочому місці, де на це впливають законодавчі заходи.

Необхідним є подальше упровадження сучасних клінічних протоколів надання медичної допомоги матерям і дітям, розроблених на основі доказової медицини. Покращання охорони здоров'я матерів і дітей залежить від якості медичної допомоги дітям і матерям. Це потребує подальшого поширення сучасних перинатальних і репродуктивних технологій, упровадження у практику науково обґрунтованих стандартів та протоколів лікування. Для зменшення перинатальних втрат мають бути впроваджені уніфіковані технології надання медичної допомоги недоношеним з малою вагою при народженні.

Доцільно розширювати мережі соціальних центрів матері та дитини, що надають невідкладну допомогу матерям та дітям із неблагополучних сімей та сімей, які опинились у складних життєвих обставинах. Необхідно упроваджувати заходи для забезпечення соціальної підтримки молодих сімей та удосконалювати системи планування сім'ї, особливо на первинному рівні. Посилення міжсекторальної взаємодії з залученням засобів масової інформації та неурядових організацій має велике значення для запобігання соціальному сирітству як негативному чиннику погіршення здоров'я дітей та потенційному фактору виникнення проблем у їх майбутньому дорослому житті.

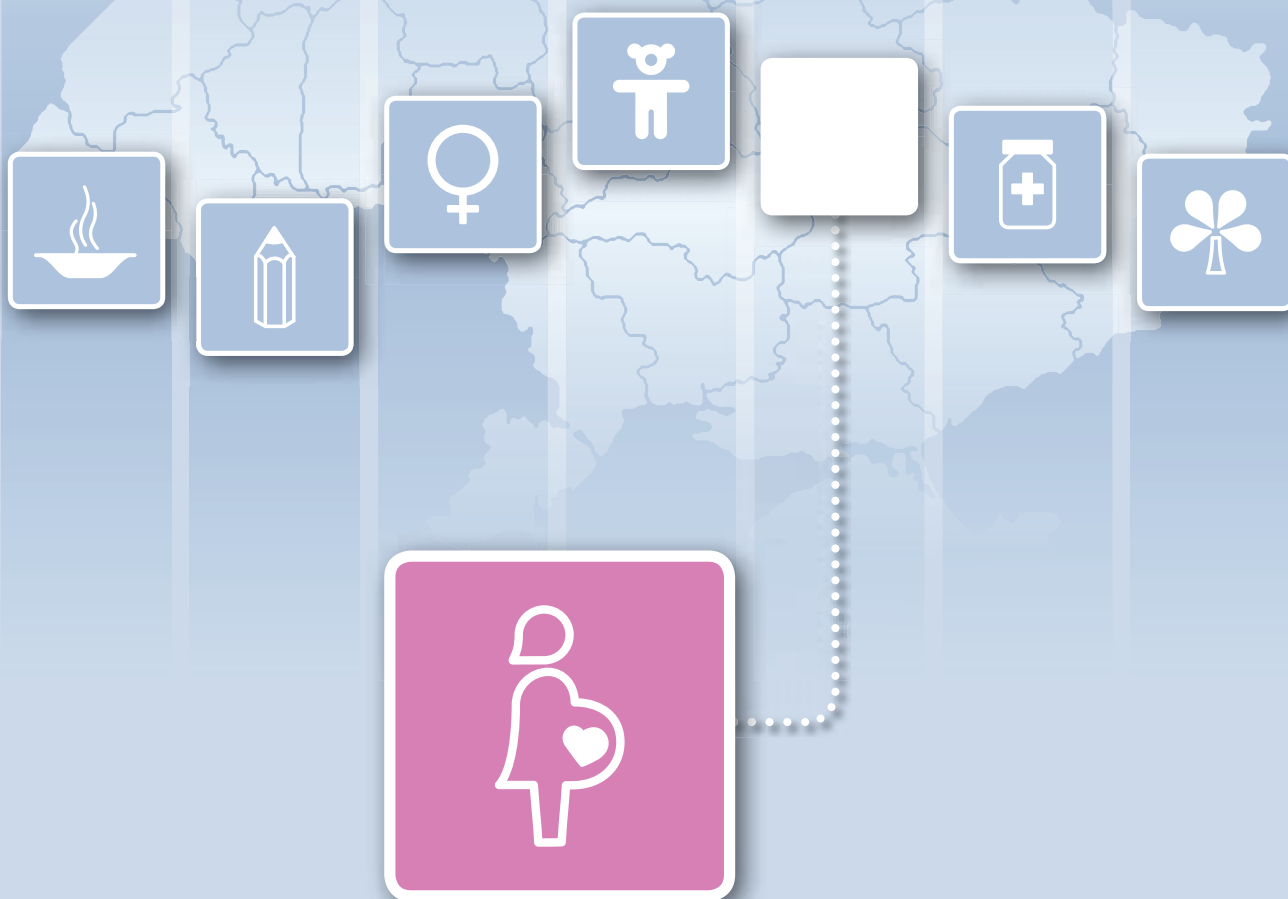
Необхідно постійно впроваджувати засади здорового способу життя через адресну (орієнтовану на різні соціальні та вікові групи) інформаційно-просвітницьку роботу серед населення щодо шляхів збереження здоров'я матерів і дітей. Найбільш важливими напрямками є такі: виховання відповідальної статевої поведінки, шляхи запобігання небажаних вагітностей, правила догляду за дітьми та профілактика травматизму, формування усвідомлення відповідального батьківства.

² Венская декларация о питании и неинфекционных заболеваниях в контексте политики Здоровье-2020. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/234384/Vienna-Declaration-on-Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020-Rus.pdf

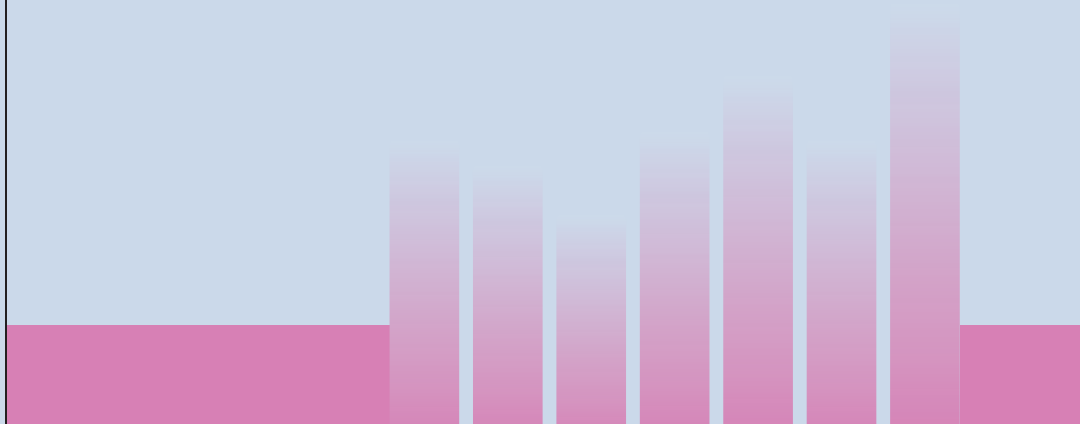
³ State of the World's Mothers 2013. Surviving the First Day. <http://www.savethechildrenweb.org/SOWM-2013/#/35/zoomed>

⁴ Ukraine Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2012 / Statistics Service of Ukraine, Ukrainian Institute for Social Reforms, Statinformconsulting, UNICEF, USAID, Kyiv, 2013.

⁵ Контроль над тютюном у Україні. Другий Національний звіт, МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Київ, 2014.



ціль **5** ПОЛІПШЕННЯ
ЗДОРОВ'Я МАТЕРІВ





ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

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

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

У таблиці наведені фактичні дані Держстату України та МОЗ України до 2013 року включно та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).

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



За даними Державної служби статистики України, за 2013 рік зареєстровано 77 випадків смерті, пов'язаної з вагітністю. Кількість материнських смертей з прямих акушерських причин незначно перевищує таку з непрямих акушерських причин (табл. 5.1)

У 2012 році було зареєстровано 81 смертний випадок, пов'язаний із вагітністю, з них 65 материнських смертей. У 2012 році

вперше було визнано, що однією з основних причин (на першому місяці) є акушерська кровотеча, якій можна запобігти. За останні роки спостерігається зміна співвідношення часток смертності, пов'язаних із прямими та непрямими акушерськими причинами (табл. 5.2). Якщо у 2005 році рівень смертності матерів через прямі акушерські причини був удвічі вищим, ніж через непрямі, то у 2013 році зафіксовано майже однакові показники.

Таблиця 5.1. Материнська смертність в Україні у 2013 році

Показник	Кількість випадків	
	усього, осіб	на 100 000 народжених живими
Кількість випадків материнської смертності, у тому числі:	68	13,5
– з прямих акушерських причин	37	7,3
– з непрямих акушерських причин	31	6,2
– у т.ч. від зовнішніх причин	9	1,8

Таблиця 5.2. Динаміка материнської смертності в Україні

Рік	Кількість випадків материнської смертності на 100 000 народжених живими		
	усього	з прямих акушерських причин	з непрямих акушерських причин
2005	17,6	12,2	5,4
2007	20,7	11,4	9,3
2013	13,5	7,3	6,2

Вставка 5.1. Випадки материнської смерті поділяються на дві групи:

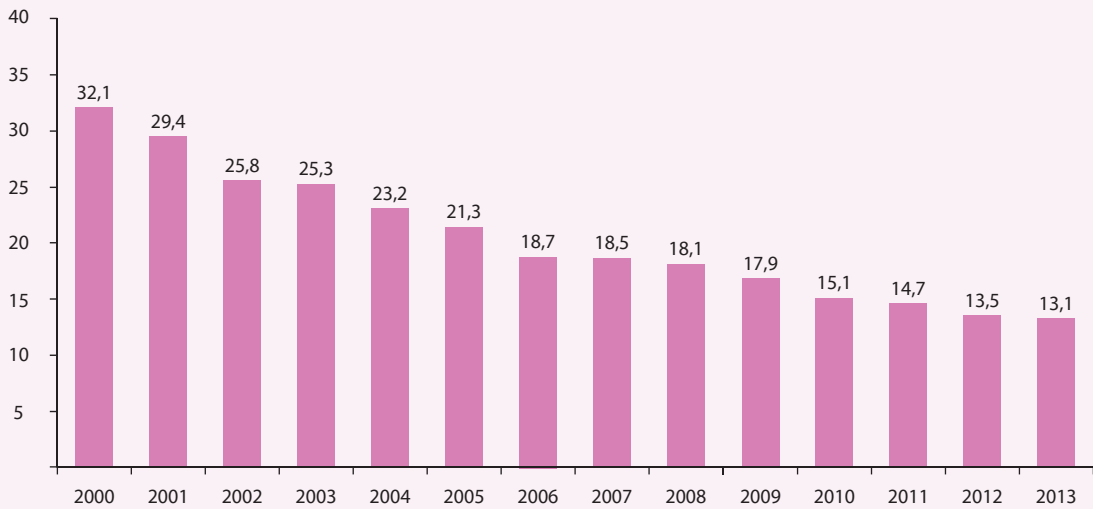
- I. Материнська смерть, безпосередньо пов'язана з акушерськими причинами (прямі акушерські причини), – це смерть матері внаслідок акушерських ускладнень стану вагітності (тобто вагітності, пологів та післяпологового періоду), а також унаслідок втручання, недогляду, неправильного лікування або низки подій, пов'язаних із будь-якою з вищезазначених причин¹.
- II. Материнська смерть, опосередковано пов'язана з акушерськими причинами (непрямі акушерські причини), – це смерть унаслідок хвороби, що існувала раніше або виникла під час вагітності, без зв'язку з безпосередньою акушерською причиною, проте обтяженої фізіологічним впливом вагітності².

¹ Згідно з МКХ-10 позначаються кодами O00-O95 класу XV та кодом A34 «акушерський правець» класу I.

² Згідно з МКХ-10 позначаються кодами O98-O99 класу XV. Також у непрямі акушерські причини включають випадки материнської смерті, зумовлені вірусом імунодефіциту людини (B20-B24) класу I.



Рис. 5.1. Динаміка рівня абортів в Україні у 2000–2013 роках, на 1000 жінок фертильного віку



Завдяки реалізації програмних заходів з планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я а також впровадженню проекту «Комплексна медична допомога у випадку небажаної вагітності» (МОЗ/ВООЗ) зменшилася кількість випадків материнської смертності, пов'язаних з абортами. В Україні у 2013 році не зареєстровано жодного випадку смерті внаслідок медичного абортів та лише 2 випадки смерті через абортів, які почалися або були зроблені поза лікувальним закладом (у 2008 році – 8). Одна жінка пішла з життя через хворобу, зумовлену вірусом імунодефіциту людини.

Стан здоров'я українських жінок поступово погіршується. Найвищий рівень поширеності хвороб серед жіночого населення у 2013 році зафіксовано серед дівчат 15–17 років (2 286,15 на 1 000 осіб), що у подальшому може негативно вплинути на перебіг вагітності та пологові майбутніх матерів. Стан здоров'я вагітних жінок також не можна назвати задовільним: серед кожних 100 жінок, які перебували під наглядом жіночих консультацій МОЗ України під час вагітності, анемію зареєстровано у 25 осіб, хвороби сечостатевої системи – у 14, хвороби системи кровообігу – у 6, дисфункцію щитовидної залози – у 9 жінок³.

Певна частина втрат материнських та дитячих життів спровокована поведінковими чинниками, передусім це стосується тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків, ризикованою сексуальною практикою,

недбалим ставленням до перебігу вагітності тощо.

Як свідчать соціологічні дослідження, значна частка жінок в Україні палить (постійно або епізодично), проте поширеність тютюнопаління серед жінок наймолодшого віку скорочується. За даними репрезентативного національного дослідження, проведеного у 2013 році Київським міжнародним інститутом соціології серед дорослого населення України, 12,8% жінок повідомили, що курять, серед жінок віком молодше 30 років – 22,6% (у 2000 році – 38,7%)⁴. Це підтверджується даними Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС-2012): серед дівчат віком 15–19 років поширеність тютюнопаління є суттєво меншою, ніж у їх одноліток у 2007 році (МДОУ-2007). Однак турбує те, що серед жінок поступово збільшується частка тих, хто викурює 5–10 сигарет на добу (з 40% жінок на початку 2000-х років до 60–70% у 2010–2013 роках).

Такі негативні аспекти способу життя, як депресія, насильство з боку статевого партнера, куріння, наркотична залежність і стрес є факторами ризику розвитку ускладнень вагітності, передчасних пологів та материнської смертності (особливо серед вагітних жінок із соціально незахищених верств населення або з груп ризику).

Спостерігається стійка тенденція до зниження рівня абортів у Україні: за період

³ Стан здоров'я жіночого населення у Україні за 2013 рік, Статистично-аналітичний довідник, ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України», Київ, 2014.

⁴ Контроль над тютюном в Україні. Другий Національний звіт, МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Київ, 2014.



2000–2013 років показник абортів на 1000 жінок віком 15–49 років зменшився понад удвічі (з 34,1 до 13,1 на 1000 жінок фертильного віку) (рис. 5.1), що дозволило Україні переміститися у рейтингу ВООЗ зі списку країн з високим рівнем абортів до країн із їх середнім рівнем. Офіційну статистику підтверджує інформація, отримана під час опитування жінок у 2012 році: лише 13,9% вагітностей протягом трьох років, що передували обстеженню, закінчилися абортами⁵, що свідчить про прогрес порівняно з даними попереднього дослідження у рамках МДОУ-2007 (аналогічний показник у 2007 році складав 25,3%).

Цьому сприяло вдосконалення діяльності служб з охорони репродуктивного здоров'я, покращання освітньо-профілактичної роботи з майбутніми батьками, підвищення поінформованості про заходи контрацепції та їх доступності. Так, за даними опитування жінок репродуктивного віку у рамках Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС-2012), кожна друга жінка (53,6%) повідомила, що користувалася певним методом запобігання вагітності у своєму житті, причому 48,9% із них практикували сучасні методи і 31,9% – традиційні⁶. Більше половини респонденток (58,2%) мали одноразовий досвід здійснення абортів, 37,2% вдавалися до нього 2–3 рази, і дещо менше ніж 5% – 4 і більше разів.

Рівень абортів в Україні є вищим, ніж у розвинутих країнах світу. Для покращення ситуації у період 2009–2013 років було удосконалено низку законодавчих норм та нормативно-правових актів щодо надання комплексної медичної допомоги у випадках небажаної вагітності. Також було впроваджено відповідний клінічний протокол та розроблено організаційний Наказ №423 від 24 травня 2013 року «Про затвердження Порядку надання комплексної медичної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення». Цей Наказ, у якому враховано більшість рекомендацій ВООЗ з цього питання⁷, був затверджений Міністерством юстиції України. Проте небезпечний аборт залишається актуальною про-

блемою для України, що має значні економічні та соціальні наслідки. Існує нагальна потреба впровадження концепції безпечного аборту та комплексної медичної допомоги в усіх регіонах країни. В Україні здійснюється низка заходів з метою зниження рівня небажаної вагітності (до середньоєвропейського рівня) та виконання її штучного переривання виключно безпечними методиками. Профілактична та просвітницька робота потребує особливої уваги, насамперед серед молоді, малозабезпечених груп населення, сільських мешканців, мігрантів, представників етнічних меншин тощо.

Ефективне планування сім'ї та розширення прав і можливостей жінок одночасно з покращенням якості допомоги до вагітності, під час вагітності та між вагітностями можуть знизити частоту абортів, передчасних пологів, ускладнень при пологах та випадків материнської смерті. Потребує удосконалення діяльність первинної ланки, зокрема необхідно посилити значущість ролі сімейного лікаря у цій сфері. Зростання поширеності хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), таких як діабет і артеріальна гіпертензія, а також пов'язаного з ними підвищеного ризику материнської смерті, у тому числі у результаті передчасних пологів, вимагає особливої уваги до здоров'я матерів, включаючи застосування антенатальної діагностики та терапію ХНІЗ.

Необхідним є впровадження в українському суспільстві засад відповідального ставлення до власного здоров'я (як загального, так і репродуктивного) та батьківства, починаючи від відмови від ризикованої сексуальної практики, усвідомленого зачаття і самозберігаючої поведінки жінки та її оточення під час вагітності через інформаційно-просвітницьку роботу. Також доцільно продовжувати роботу з інтеграції психологічних і поведінкових заходів у систему антенатального догляду з метою зниження частоти передчасних пологів і поліпшення здоров'я матері та дитини, що включає реалізацію програм з виховання відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я вагітної жінки, контролю за умовами праці вагітних, запобігання насильства у сім'ї тощо.

⁵ Ukraine Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2012 / Statistics Service of Ukraine, Ukrainian Institute for Social Reforms, Statinformconsulting UNICEF, USAID. – Kyiv, 2013.

⁶ Ukraine Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2012 / Statistics Service of Ukraine, Ukrainian Institute for Social Reforms, Statinformconsulting UNICEF, USAID. – Kyiv, 2013.

⁷ Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition, World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Geneva, 2012.



СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ,
ВСТАНОВЛЕНИХ ДЛЯ УКРАЇНИ



ціль 6

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





ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

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

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

У таблиці наведені наявні фактичні дані Держстату України та МОЗ України до 2013 року включно та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).

* завдання було встановлено у 2010 році за підсумками експертних дискусій, для моніторингу його виконання було введено додатковий індикатор 6.2. За результатами аналізу тенденцій на 2010 рік значення цього індикатора прогнозувалось на рівні +4,6%, тому цільовий орієнтир для досягнення у 2015 році було встановлено на рівні +4,0% (тобто прогнозувалася тенденція щорічного уповільнення темпів поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу на 13% від рівня 2010 року).



Вставка 6.1. Зменшення темпів поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні

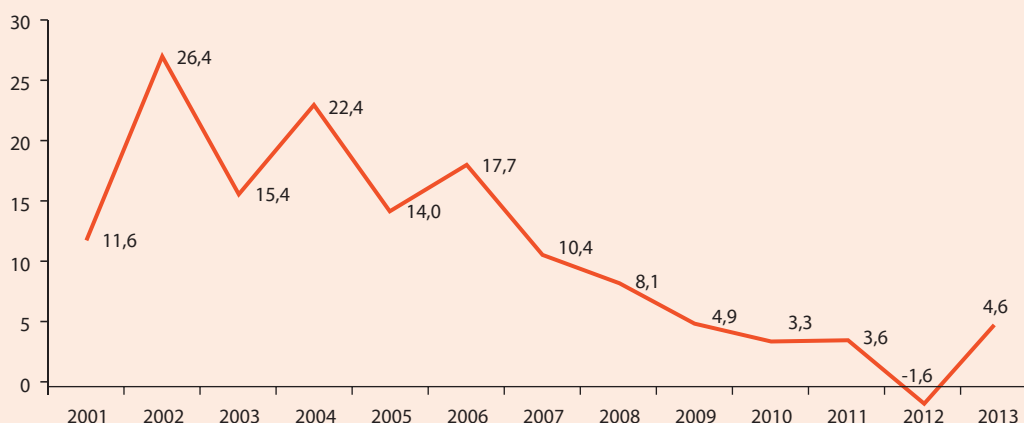
Україна перебуває на вирішальному етапі боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу. Наразі кількість осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення є меншою за цільовий показник 2015 року. В абсолютному вимірі це 21 631 офіційно зареєстрований новий випадок ВІЛ-інфекції у 2013 році, але за оціночними даними ця цифра становить 12 207 випадків. Таку значну розбіжність можна пояснити тим фактом, що приблизно половину всіх нових офіційно зареєстрованих випадків складають такі, коли люди були інфіковані значно раніше, але ВІЛ-інфекцію було виявлено лише при зверненні до відповідних установ. Досягнуто успіхів у зниженні рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.

Масштаби епідемії ВІЛ-інфекції у Україні залишаються значними. Станом на 1 січня 2014 року в країні було офіційно зареєстровано понад 245 тис. випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України. З початку епідемії у понад 65 тис. осіб було діагностовано кінцеву стадію хвороби (СНІД) і майже 32 тис. померли від хвороби, зумовленої ВІЛ.

Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції у 2013 році порівняно з попереднім роком дещо зросла (до 47,2 на 100 тис. населення). Зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію (на 1,6%), зареєстроване вперше за весь період епідемії в Україні у 2012 році, на жаль, не відбулося у 2013 році (рис. 6.1). Натомість спостерігалось зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 4,6%, що пояснюється збільшенням у 2013 році охоплення тестуванням за рахунок місцевих бюджетів. Найвища захворюваність на ВІЛ-інфекцію у 2013 році була зареєстрована в Одеській, Дніпропетровській, Миколаївській, Донецькій областях (від 114,8 до 83,9 на 100 тисяч населення).

У 2013 році смертність від хвороби, зумовленої ВІЛ, становила 11,5 на 100 тис. населення. З 2008 року спостерігається тенденція до стабілізації смертності, що відбувається внаслідок упровадження широкомасштабної антиретровірусної терапії (АРТ): станом на 1 січня 2014 року у закладах охорони здоров'я МОЗ та НАМН України отримували антиретровірусну терапію 53 163 пацієнти (на 1 січня 2013 року – 40 350), ще 2 621 дорослий пацієнт – у закладах Державної пенітенціарної служби. Проте, незважаючи на значний приріст кількості пацієнтів, які отримують АРТ (+31,8%), темпи розширення програми антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих осіб відстають від темпу приросту кількості осіб, які його потребують. При цьому охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих осіб – активних споживачів ін'єкційних наркотиків не досягає задовільного рівня (як через їх низьку заінтересованість у АРТ, так і через недостатню доступність замісної підтримувальної терапії). У 2013 році 27% уперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції зареєстровано серед споживачів ін'єкційних наркотиків¹.

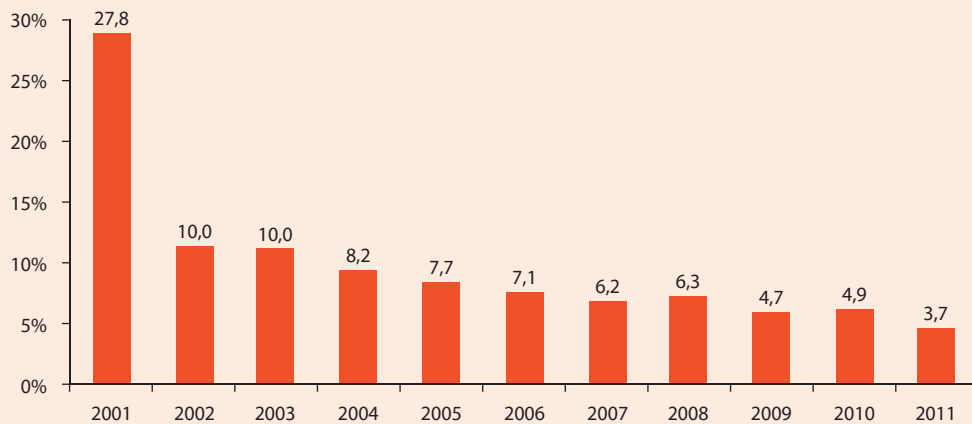
Рис. 6.1. Зміни темпів поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу серед громадян України у 2000 – 2013 роках, %



¹ ВІЛ-інфекція у Україні. Інформаційний бюлетень, МОЗ України, ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», Київ, 2014.



6.2. Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні у 2001 – 2011 роках, %



Зростання частки гетеросексуального шляху передачі ВІЛ-інфекції та збільшення кількості інфікованих жінок дітородного віку зумовлює поступове збільшення числа дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками (у 2013 році – 3 898 дітей). Разом з тим, упровадження заходів програми запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини дало 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 96% у 2011 році. У 2013 році профілактикою передачі ВІЛ від матері до дитини охоплено майже 100% вагітних жінок, у яких діагностовано ВІЛ-інфекцію. Результатом цієї діяльності стало суттєве (у 7,5 раза) зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини: з 27,8% у 2001 році до 3,7% у 2011 році² (рис. 6.2).

Вставка 6.2. Обізнаність жінок про можливість передачі ВІЛ від матері до дитини

За даними Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС-2012)³, щодо передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності, пологів і через грудне молоко обізнані 90,5% жінок репродуктивного віку. При цьому лише половина жінок (50,6%) були поінформовані про всі три шляхи передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, а кожна десята із жінок не знала жодного з цих шляхів.

Зниження рівня вертикальної передачі ВІЛ в Україні до рівня розвинених країн (менше 2%) потребує додаткових зусиль. Зокрема, існує потреба застосування цільового інтегрованого підходу до превентивної роботи серед вагітних із груп ризику (передусім споживачів ін'єкційних наркотиків), діти яких мають вищу ймовірність народитися ВІЛ-інфікованими⁴. Необхідно посилити профілактичну роботу серед вагітних – споживачів ін'єкційних наркотиків з урахуванням регіональної диференціації рівня вертикальної передачі ВІЛ та регіональних особливостей і практик. У цілому важливо постійно здійснювати роботу для підвищення обізнаності населення, особливо жінок дітородного віку, про шляхи передачі ВІЛ від матері до дитини та можливості профілактики.

Упродовж 2013 року в Україні тривала робота з удосконалення законодавчої бази боротьби з ВІЛ/СНІДом: розроблено проекти Законів України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки», «Про внесення змін до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» та деяких законодавчих актів України» тощо. Наказом МОЗ України від 8 лютого 2013 року №104 затверджено перелік та критерії визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

Нова загальнодержавна п'ятирічна програма націлена на закріплення та посилення позитивних зрушень, яких наразі досягнуто у країні в результаті багаторічної системної

² більшість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, після 18 місяців звільняються від материнських антитіл до ВІЛ, тобто не будуть ВІЛ-інфікованими

³ Ukraine Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2012 / Statistics Service of Ukraine, Ukrainian Institute for Social Reforms, Statinformconsulting UNICEF, USAID, Kyiv, 2013.

⁴ за даними серологічних досліджень, у 2011 році рівень передачі ВІЛ від матері до дитини у групі жінок – споживачів ін'єкційних наркотиків був утричі вищим, ніж загальний, і сягав 11,7%.



роботи державних і громадських організацій, міжнародних партнерів щодо зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДУ. Це відбуватиметься шляхом надання якісних і доступних медичних послуг, насамперед представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, а також послуг із лікування, догляду та підтримки людей, які живуть із ВІЛ.

У 2013 році затверджено Концепцію інформаційної системи «ВІЛ-інфекція в Україні»⁵, що стане основою для автоматизованого збирання, збереження, оброблення та передачі даних щодо епідемії ВІЛ-інфекції, забезпечуючи інформаційний супровід заходів з протидії епідемії. Це надасть можливість здійснення аналітичної роботи з моніторингу поширення ВІЛ-інфекції, оцінки ефективності лікування та профілактичних програм тощо.

Наразі необхідним є посилення політичної волі щодо протидії ВІЛ/СНІДУ (на національному, регіональному та місцевому рівнях), забезпечення належного фінансування програм та якісне управління з удосконаленням координації між органами соціальної та медичної сфери.

На часі модернізація діючої системи державних закупівель, яка не забезпечує постійного та стабільного постачання тест-систем, антиретровірусних препаратів та інших засобів, що спричинює зниження рівня охоплення, інтегрованості й якості послуг. Важливо наголосити, що переривання лікування призводить до підвищення ризиків ускладнень або смерті для пацієнтів, з одного боку, та зростання вартості терапії – з іншого.

Потребує вдосконалення інформаційно-просвітницька робота для підвищення рівня охоплення дітей та молоді, яка насамперед має бути спрямована на недопущення поширення у молодіжному середовищі ризикованої сексуальної практики, що збільшує уразливість до інфікування ВІЛ. Необхідно забезпечити подальше розширення доступу осіб із груп ризику до профілактичних і лікувальних послуг, що надаються державними та громадськими організаціями, цільових інтервенцій, які базуються на попередніх дослідженнях потреб представників окремих соціальних груп, із залученням медичних і соціальних робітників, психологів та волонтерів. Для зменшення стигматизації та дискримінації щодо ВІЛ-інфікованих осіб у суспільстві взагалі та з боку постачальників послуг (у тому

числі медичних працівників, співробітників правоохоронних органів, соціальних працівників) необхідно вжити додаткові заходи.

Вставка 6.3. Успішна протидія поширенню захворюваності на туберкульоз в Україні

Ефективна реалізація заходів низки загальнодержавних програм протидії захворюванню на туберкульоз (ТБ) дозволила суттєво вплинути на епідемічний процес та призупинити темпи поширення епідемії туберкульозу в Україні. За оцінками ВООЗ, в Україні досягнуто успіхів у боротьбі з епідемією туберкульозу, що дозволило не відносити країну до групи 22-х країн із найбільшим тягарем захворювання (за даними Звіту щодо глобальної боротьби з туберкульозом 2013 року)⁶.

В Україні досягнуто значного прогресу у напрямі протидії туберкульозу. З 2006 року спостерігалася стала позитивна динаміка захворюваності на туберкульоз та смертності внаслідок нього. За період 2005–2013 роки захворюваність було знижено майже на 20%, а смертність – майже на 44% (рис. 6.3). За рівнем смертності, який зменшився на 6% порівняно з попереднім роком та становить 14,2 на 100 тис. населення, навіть вдалося досягти значення показника, нижчого за цільовий орієнтир 2015 року.

Станом на 1 січня 2014 року під наглядом протитуберкульозних закладів перебувало 47 594 хворих на активний туберкульоз. У 2013 році найвищу захворюваність на всі форми активного туберкульозу було зареєстровано у південно-східних регіонах України, у яких розташовані потужні протитуберкульозні заклади пенітенціарної системи.

Незважаючи на досягнення, зміна епідеміологічного профілю захворюваності на туберкульоз у бік збільшення кількості хворих на стійкої до лікування форми призвела до зростання кількості інфекційно небезпечних та невиліковних випадків хіміорезистентного туберкульозу. Україна належить до 18 країн з найвищим рівнем мультирезистентного туберкульозу серед 53 країн європейського регіону. Кількість випадків мультирезистентного туберкульозу в країні зросла з 3 329 у 2009⁷ році до 9 035 у 2013 році (значною мірою це відбулось завдяки налагодженню своєчасного виявлення за допомогою сучасних методів діагностики).

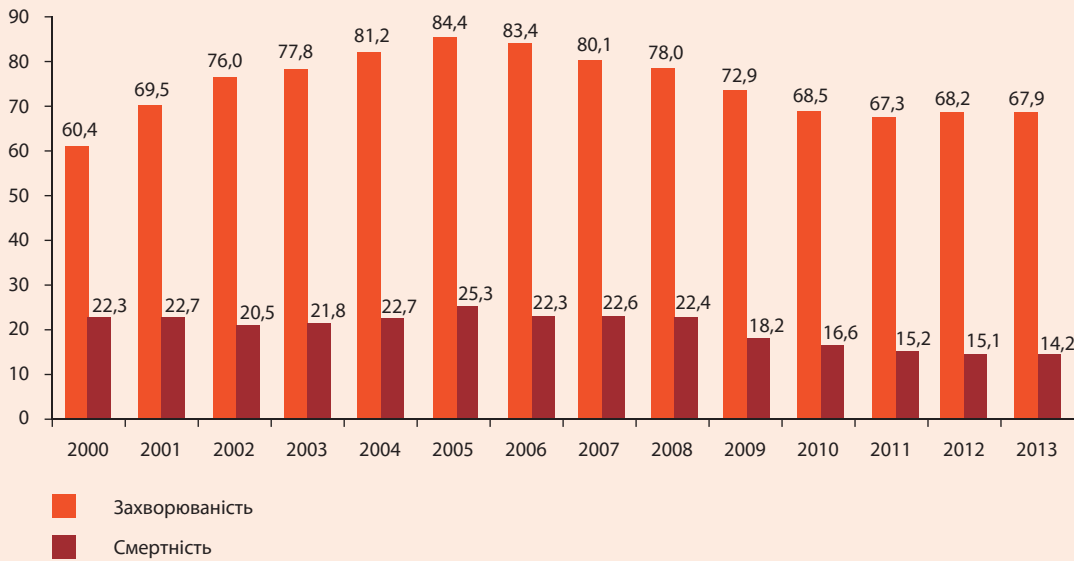
⁵ Наказ Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ та інших соціально небезпечних захворювань від 19.11.2013 року №89

⁶ Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом – 2013. http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2013_executive_summary_ru.pdf?ua=1

⁷ до 2009 року офіційні дані щодо кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз відсутні



Рис. 6.3. Динаміка захворюваності на туберкульоз та смертності внаслідок туберкульозу в Україні у 2000–2013 роках, на 100 тис. населення



Викликає стурбованість той факт, що у 2013 році серед людей, які захворіли вперше, працівники закладів охорони здоров'я становили 1,5%, у тому числі лікарі та середній медичний персонал – 0,9% (274 особи), а це свідчить про недостатньо ефективні заходи інфекційного контролю туберкульозу у лікувально-профілактичних закладах країни. Причинами є також незадовільний матеріально-технічний стан значного числа протитуберкульозних закладів, невідповідність приміщень і їх обладнання специфіці закладу (у т. ч. недостатня забезпеченість засобами інфекційного контролю), що сприяє поширенню внутрішньолікарняної інфекції.

Зміни у динаміці показника смертності значною мірою відбулися внаслідок зміни структури хворих на уперше діагностований туберкульоз. Захворюваність на активний ТБ у поєднанні зі СНІДом у 2013 році становила 10,5 на 100 тис. населення (+1% порівняно з 2012 роком), а летальність серед цього контингенту набагато вища, ніж серед ВІЛ-негативних пацієнтів.

На тлі стабілізації та покращання епідемічної ситуації щодо туберкульозу спостерігається щорічне зростання захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ (рис. 6.4).

Проблемним залишається питання профілактики ТБ серед контингентів ВІЛ-інфікованих, які знаходяться на диспансерному обліку у центрах СНІДу. Так, у 2013 році 63% хворих із вперше встановленим діагнозом ТБ/ВІЛ знали про свій ВІЛ-статус та перебували на обліку у службі СНІДу до встановлення діаг-

нозу ТБ, і лише 73% із числа ВІЛ-інфікованих були охоплені профілактичним лікуванням (ізоніазид). Позитивним є те, що у 2013 році було забезпечено високий (до 85%) рівень охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію вперше виявлених хворих на ТБ. Цьому сприяло значне покращання співпраці фахівців протитуберкульозних закладів та центрів СНІДу щодо надання комплексної медичної допомоги хворим на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ⁸.

Серед тих, хто захворів на туберкульоз, більшість (понад 70%) становлять соціально незахищені верстви населення. Аналіз соціальної структури вперше виявлених хворих на туберкульоз у 2013 році свідчить, що серед них 56% становили безробітні особи працездатного віку, 12,9% – пенсіонери, 3% – особи без постійного місця проживання, 1% – особи, які повернулися з місць позбавлення волі. Серед уперше зареєстрованих хворих на туберкульоз I та III категорій обліку⁹ 15,1% склали хворі, які зловживають алкоголем, та 4,5% – хворі, які є споживачами ін'єкційних наркотиків.

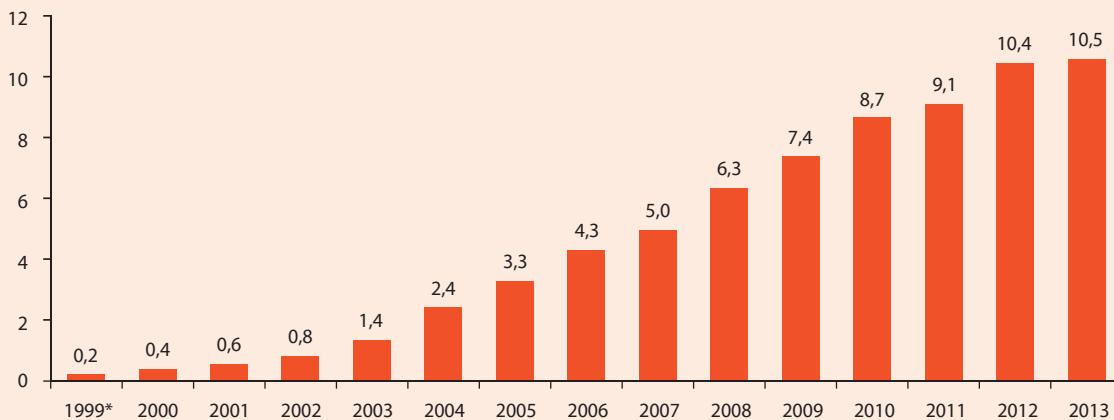
Наразі забезпечено стандартизацію медичної допомоги при туберкульозі, що базується на доказовій інформації про найкращу медичну практику. Створено нормативне підґрунтя для оптимізації роботи спеціалізованих закладів та покращення менеджменту протитуберкульозних препаратів. Удоскона-

⁸ Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник, МОЗ України, Київ, 2014.

⁹ тобто хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів чи позалегеневий туберкульоз



Рис. 6.4. Динаміка захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ в Україні у 1999–2013 роках, на 100 тис. населення



*офіційну статистичну звітність щодо захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ введено в Україні з 1999 року

лено процедури проведення централізованих закупівель протитуберкульозних препаратів та витратних матеріалів. Завдяки економії бюджетних коштів у 2013 році (26 млн грн) вдалося створити резерв протитуберкульозних препаратів першого ряду.

Значним здобутком в Україні є забезпечення доступу до сучасних методів діагностики туберкульозу. Всі регіони України забезпечені лабораторним обладнанням та витратними матеріалами для прискореної діагностики туберкульозу на рідких середовищах; упроваджено молекулярно-генетичну діагностику туберкульозу, яка дала змогу вчасно виявляти випадки захворювання, у тому числі мультирезистентного туберкульозу. З березня 2013 року в Україні за технічної підтримки ВООЗ уперше розпочато проведення епідеміологічного дослідження щодо хіміорезистентного туберкульозу¹⁰, метою якого є отримання достовірної, репрезентативної інформації щодо стійкості мікобактерії туберкульозу до протитуберкульозних лікарських засобів¹¹.

Для контролю за лікуванням хворих та з метою посилення системи фармакологічного менеджменту у 2013 році активно впроваджувався електронний реєстр хворих на ТБ «е-ТВ менеджер».

Триває реформування системи надання протитуберкульозної допомоги шляхом інтеграції фтизіатричної служби до закладів охорони

здоров'я первинного та вторинного рівня надання лікувально-профілактичної допомоги: розроблено проект політичної пропозиції «Розвиток та реформування підходів до надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню (Нова система надання медичної допомоги хворим на туберкульоз)», який проходить громадське обговорення¹².

У рамках Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки було вжито заходів, спрямованих на розвиток сучасної мережі з лабораторної діагностики туберкульозу, підвищення якості медичних послуг щодо діагностики та лікування для уразливих груп населення й лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги у контролі за туберкульозом, розвиток інформаційної кампанії для соціальної мобілізації суспільства з метою боротьби з туберкульозом.

Станом на 1 січня 2014 року в Україні функціонувало 103 протитуберкульозних диспансери, у тому числі 80 диспансерів зі стаціонарними відділеннями (15 174 ліжка), де проліковано за рік понад 58 тис. хворих, у тому числі майже 23 тис. сільських жителів. Також у системі МОЗ України надавали медичну допомогу 36 туберкульозних лікарень для дорослих (5255 ліжок), де проліковано за рік майже 15 тис. хворих, у тому числі майже 6 тис. сіль-

¹⁰ Спільний наказ МОЗ України та НАМН України від 26.03.2013 № 233 «Про удосконалення організації епідеміологічного нагляду за хіміорезистентним туберкульозом»

¹¹ Результати дослідження очікуються у I кварталі 2015 року

¹² Проект пропозиції «Розвиток та реформування підходів до надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню (Нова система надання медичної допомоги хворим на туберкульоз)». http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140813_0.html



ських жителів, 3 туберкульозні лікарні для дітей (250 ліжок), у яких за рік проліковано 937 пацієнтів, та 570 амбулаторно-поліклінічних закладів, які мали фтизіатричні кабінети. У 2013 році функціонувало 36 протитуберкульозних санаторіїв для дорослих та 53 – для дітей¹³.

Необхідним є подальше реформування протитуберкульозної служби із забезпеченням усім, хто потребує, доступу до адекватного безперервного лікування шляхом: упровадження альтернативних механізмів фінансування протитуберкульозних установ із розрахунку не на ліжко, а на медичні послуги; нарощування як внутрішнього, так і донорського фінансування, у тому числі за рахунок коштів Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією з метою ліквідації всіх наявних ресурсних прогалин; покращання роботи діагностичних служб, передусім мікробіологічної; оптимізації мережі стаціонарних закладів; реорганізації ліжкового фонду зі створенням відділень

для хіміорезистентного туберкульозу, паліативної та хоспісної допомоги; надання соціальної та психологічної підтримки хворим; забезпечення дотримання вимог інфекційного контролю щодо туберкульозу у лікувальних закладах тощо.

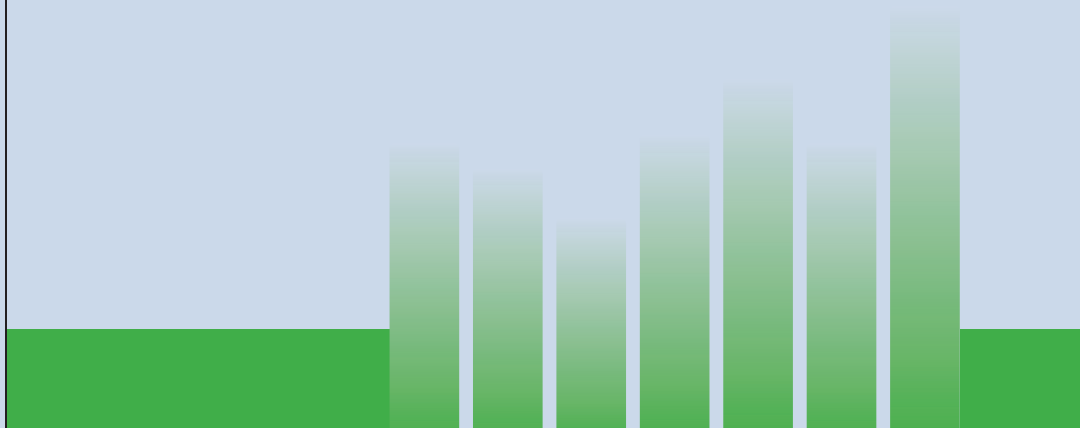
Також необхідним є розширення охоплення хворих на ко-інфекцію антиретровірусним лікуванням (із забезпеченням досягнення значення показника охоплення 100%) та розширення охоплення профілактичним лікуванням ізоніазидом людей, які живуть з ВІЛ.

Ключові заходи, необхідні для виявлення осіб із туберкульозом та забезпечення лікування і догляду, охоплення медико-соціальним наглядом недовиявлених (втрачених для медичного спостереження) випадків, мають передбачати розширення послуг за підтримки інститутів громадянського суспільства, соціальних працівників, добровольців та інших, удосконалення співпраці з закладами охорони здоров'я первинної ланки й обліку.

¹³ Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник, МОЗ України, Київ, 2014.



ціль **7** СТАЛИЙ РОЗВИТОК
ДОВКІЛЛЯ





ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

Завдання	Індикатори
Завдання 7.A: Збільшити до 2015 року частку населення, яке має доступ до централізованого водопостачання, зокрема до 90% – міського населення та до 30% – сільського населення	7.1. Частка населення міських поселень, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості міського населення 7.2. Частка сільського населення, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості сільського населення
Завдання 7.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 тонн на рік 7.4. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від пересувних джерел забруднення, млн тонн на рік
Завдання 7.C: Стабілізувати до 2015 року забруднення водних об'єктів. Стабілізувати на рівні 8500 млн куб. м на рік обсяг скидів стічних вод у поверхневі водні об'єкти	7.5. Обсяг скидів зворотних вод у поверхневі водні об'єкти, млн куб. м на рік
Завдання 7.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 площі земель, вкритих лісовою рослинністю, до загальної площі території України, % 7.7. Частка площі заповідників, біосферних заповідників, національних природних парків, % до загальної площі території України 7.8. Частка площі територій та об'єктів природно-заповідного фонду України, % до загальної площі території України

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015
Індикатор 7.1. Частка населення міських поселень, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості міського населення													
88	88	88	87	87	87	87	87	93,2	...	93,4	...	...	90
Індикатор 7.2. Частка сільського населення, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості сільського населення													
...	...	...	26	27	...	...	26	22,1	...	22,2	...	...	30
Індикатор 7.3. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від стаціонарних джерел забруднення, млн тонн на рік													
4,05	4,07	4,09	4,15	4,46	4,82	4,81	4,52	3,93	4,13	4,40	4,30	4,30	4,70
Індикатор 7.4. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від пересувних джерел забруднення, млн тонн на рік													
1,99	2,02	2,10	2,17	2,15	2,20	2,57	2,68	2,51	2,54	2,50	2,48	2,40	3,20
Індикатор 7.5. Обсяг скидів зворотних вод у поверхневі водні об'єкти, млн куб. м на рік													
10136	9613	9098	8697	8553	8484	8579	8342	7381	7817	7725	7788	7440	8500
Індикатор 7.6. Лісистість територій, відношення площі земель, вкритих лісовою рослинністю, до загальної площі території України, %													
15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,7	15,7	15,9	15,9	15,9	16,0	16,1
Індикатор 7.7. Частка площі заповідників, біосферних заповідників, національних природних парків, % до загальної площі території України													
1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0	2,77	2,77	2,8	2,8	3,5
Індикатор 7.8. Частка площі територій та об'єктів природно-заповідного фонду України, % до загальної площі території України													
4,2	4,5	4,5	4,57	4,65	4,73	4,95	5,04	5,4	5,7	5,9	6,05	6,08	9,0

У таблиці наведені фактичні дані Держстату України до 2013 року включно та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).



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.

Завдання забезпечення населення України якісною та безпечною для здоров'я людини питною водою залишається актуальним. В Україні зберігається суттєва диспропорція між міським і сільським населенням щодо забезпечення централізованим водопостачанням. У 2013 році частка забезпеченого централізованим питним водопостачанням населення залишалася практично незмінною у містах (близько 93%). Наразі лише близько 22% сільського населення користується послугами централізованих систем водопостачання, решта населення для питних потреб використовує місцеві джерела. Техногенне хімічне забруднення водозбірних басейнів та безпосередньо поверхневих і підземних вод призводить до суттєвого зниження якості питної води. Загальнодержавною є проблема доступу до питної води, якість якої знижується внаслідок забруднення джерел прісної води, незадовільного технічного стану та зношеності систем водовідведення та водопостачання, застосування застарілих технологій водопідготовки. Також проблемними залишаються питання обмеженого фінансування.

Забруднення атмосферного повітря – одна з найгостріших екологічних проблем в Україні. У 2013 році не відбулося зростання обсягів виробництва основних галузей промисловості, що забезпечило стабілізацію обсягів шкідливих викидів в атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення на рівні 4,3 млн тонн. За видами економічної діяльності найбільші обсяги викидів здійснюють підприємства з виробництва та розподілення електроенергії, газу та води, а також переробної та добувної промисловості (рис. 7.1).

Щільність викидів від стаціонарних джерел забруднення залишається стабільною (близько 7,2 тонн забруднюючих речовин у розрахунку на квадратний кілометр території країни). Диференціація території України за забрудненістю повітря залежить від розміщення потужних підприємств, які здійснюють значні викиди забруднюючих речовин. Особливо гострою у 2013 році була проблема забруднення повітря у Дніпропетровській та Донецькій областях, де сконцентровані численні металургійні та паливно-енергетичні підприємства. Негативний ефект техногенного впливу посилюється

Рис. 7.1. Викиди забруднюючих речовин та парникових газів у атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення в Україні у 2013 році, %



через зношеність виробничого обладнання, недостатній рівень забезпеченості очисними спорудами, порушення вимог екологічного законодавства, недостатнє впровадження маловідходних ресурсо- та енергозберігаючих технологій.

Значний внесок у забруднення атмосферного повітря вносять пересувні джерела – автомобільний, залізничний, авіаційний, водний транспорт і виробнича техніка, викиди яких у 2013 році склали 2,4 млн тонн, з яких понад 90,5% – це викиди автомобільного транспорту.

У цілому забруднення атмосферного повітря зумовлюється підвищенням техногенного навантаження, невиконанням підприємствами-забруднювачами у встановлені терміни заходів зі скорочення викидів забруднюючих речовин з метою досягнення гранично допустимих та технологічних нормативів викидів, експлуатацією технічно застарілого автомобільного парку.



Знижено темпи забруднення поверхневих водних об'єктів. Так, у 2013 році у поверхневі водні об'єкти скинуто 7440 млн куб. м стічних вод, а у 2012 році – 7788 млн куб. м. Найбільші обсяги скидів забруднених стічних вод спостерігаються на підприємствах чорної металургії, енергетики та вугільної промисловості, житлово-комунального господарства. Основними причинами скидання забруднених стоків у поверхневі водойми, як і у попередні роки, є відсутність у більшості населених пунктів країни систем централізованого водовідведення, низька якість очищення зворотної води, незадовільний стан функціонуючих очисних споруд. У 2013 році випадки високих рівнів забруднень найчастіше фіксувались у річках басейнів Дніпра, Дунаю, Сіверського Дінця, річок Приазов'я та Західного Бугу (близько 75% від усіх забруднених стічних вод України скидалося лише у чотирьох областях: Донецькій, Дніпропетровській, Луганській та Одеській). У цілому деградація поверхневих вод відбувається внаслідок таких причин: скиду комунально-побутових і промислових стічних вод безпосередньо у водні об'єкти та через систему міської каналізації; надходження до водних об'єктів забруднюючих речовин з поверхневим стоком із забудованих територій; змиву із сільгоспугідь унаслідок ерозії ґрунтів на водозабірній площі.

Ліси України займають відносно невелику площу, тим не менше вони є головним стабілізуючим компонентом природних ландшафтів (шляхом впливу на гідрологічний режим територій, вітрову та водну ерозію ґрунтів, важливі біохімічні цикли екосистем). Лісистість території України, хоча і незначними темпами, але продовжує зростати: у 2013 році вона складала 16% території України.

Для забезпечення доступу населення до якісної питної води через централізоване водопостачання необхідно провести реформи у сфері житлово-комунального господарства. Також потрібно забезпечити належний рівень фінансування програм, спрямованих на розбудову 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. Для виконання цього завдання доцільно розробити та вжити заходи щодо стабілізації роботи підприємств водопостачання та водовідведення, удосконалення системи стандартизації та нормування у сфері питного водопостачання.

Для розв'язання проблем у сфері охорони атмосферного повітря необхідно впроваджувати нові системи регулювання промислових викидів та технічного регулювання викидів забруднюючих речовин у атмосферне повітря на основі найкращих доступних технологій та методів управління (з урахуванням економічної доступності цих методів). На підприємствах доцільно реалізовувати пілотні проекти з моніторингу рівня викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря та встановлювати сучасні системи їх очищення. Також необхідно вжити комплекс заходів для переходу на альтернативні види палива, використання нейтралізаторів відпрацьованих газів та впровадження екологічних норм автомобільних бензинів та дизельних палив рівня Євро-3, Євро-4.

Для стабілізації обсягів скидів стічних вод у поверхневі водні об'єкти та поступового зменшення їх забруднення необхідним є перехід до моделі ресурсоефективної економіки, що передбачає застосування економічних механізмів стимулювання підприємств до впровадження ресурсозберігаючих та екологічних технологій. Це забезпечить зменшення втрат води у господарській діяльності та зниження водоемності продукції. Також необхідно вжити заходи з модернізації основних засобів водного та житлово-комунального господарства, каналізаційних очисних споруд тощо.

Для розширення площ лісів необхідно розробити плани створення нових лісів, які мають бути інтегровані у програми розвитку конкретних регіонів. Такі плани мають розроблятися на основі детального та всебічного вивчення земель і включати карти територій, призначених під заліснення. Також необхідно налагодити процеси ведення державного обліку лісів, інвентаризації та моніторингу їх стану й розроблення механізму фінансового забезпечення програм лісорозведення. Для зростання природно-заповідного фонду необхідно впроваджувати принципи екологічно збалансованого природокористування, здійснити економічну оцінку екосистемних послуг та інвентаризацію земельних ділянок і водних об'єктів.

Важливим є інформування населення щодо можливих негативних наслідків погіршення стану навколишнього середовища, внаслідок перспективної господарської діяльності, особливо з позиції впливу на здоров'я людей. Населення має залучатися до процесу вироблення та прийняття рішень у екологічній сфері, насамперед на місцевому рівні.