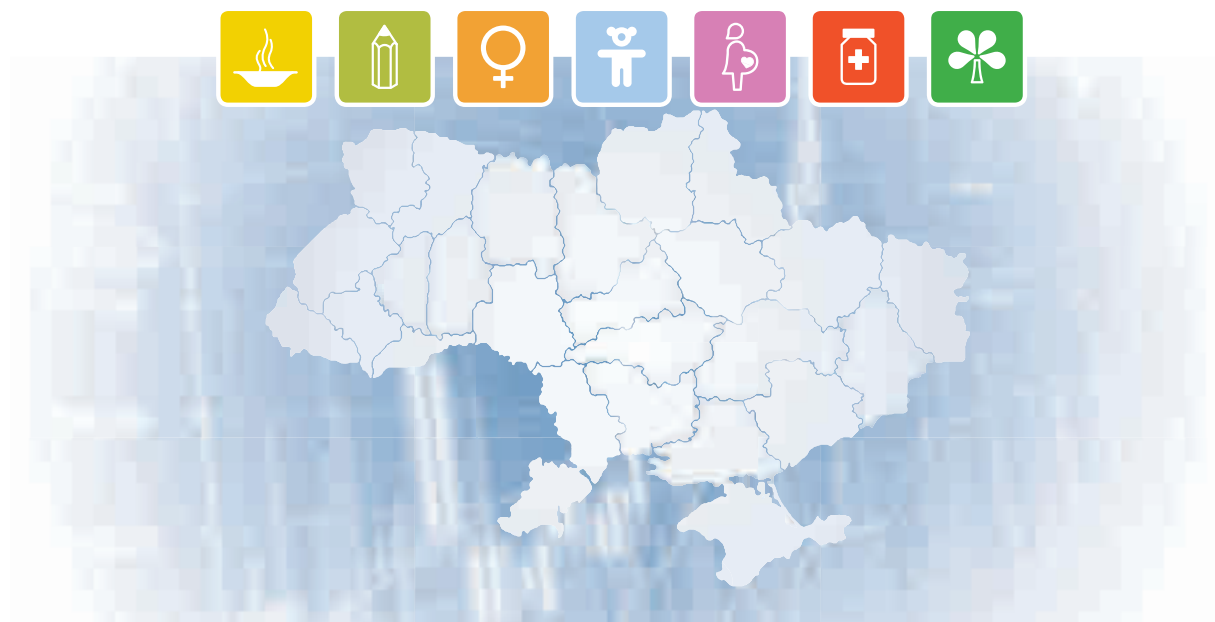


# ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ УКРАЇНА: 2000–2015



НАЦІОНАЛЬНА ДОПОВІДЬ

---

Київ – 2015



У доповіді висвітлено підсумки аналізу стану досягнення Україною Цілей Розвитку Тисячоліття (ЦРТ). Відкритий процес обговорення тенденцій, досягнень, ключових проблем та рекомендацій забезпечив об'єктивність оцінок, що базувались на широкому колі інформаційних, аналітичних та статистичних матеріалів. Міністерство економічного розвитку і торгівлі України спільно з Інститутом демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України та агентствами ООН в Україні (за участі відповідних міністерств і відомств, Державної служби статистики України, низки наукових установ) здійснили аналіз виконання завдань ЦРТ. До оцінки стану досягнення ЦРТ за п'ятнадцять років долучилося понад сто п'ятдесят провідних вітчизняних та міжнародних 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 цікавить питання розвитку України.



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

Цю доповідь підготовлено за сприяння Програми Розвитку ООН в Україні в рамках проєкту «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.

ISBN: XXX-XXX-XXXX-XX-X

ЗМІСТ

ПОДЯКА ..... 4

АКРОНІМИ ТА АБРЕВІАТУРИ ..... 8

ВСТУП..... 9

Розділ I. УКРАЇНА: ВИМІРИ РОЗВИТКУ (2000–2015 роки)..... 11

Розділ II. ПРОГРЕС НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ  
ТИСЯЧОЛІТТЯ, ВСТАНОВЛЕНИХ ДЛЯ УКРАЇНИ (2000–2015 роки)

Ціль 1. ПОДОЛАННЯ БІДНОСТІ..... 16

Ціль 2. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКІСНОЇ ОСВІТИ ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ ..... 24

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

Розділ III. ПОРЯДОК ДЕННИЙ РОЗВИТКУ НА ПЕРІОД ПІСЛЯ 2015 РОКУ  
ТА ЦІЛІ СТАЛОГО РОЗВИТКУ (2015–2030 роки) .....

Додатки: 1. СТАТУС ДОСЯГНЕННЯ ЦРТ.....

2. СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦРТ В УКРАЇНІ  
ЗА НАЦІОНАЛЬНИМИ ПОКАЗНИКАМИ.....



## ПОДЯКА

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

Доповідь «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна. 2000–2015» підготовлено робочою групою, до складу якої увійшли: **Ганна Герасименко** – старший науковий співробітник відділу досліджень людського розвитку Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН 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; **Людмила Квашніна** – завідувач відділення медичних проблем здорової дитини та преморбідних станів Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України; **Юрій Кобища** – консультант з питань протидії ВІЛ/СНІДу; **Галина Майструк** – Голова правління Благодійного фонду «Здоров'я жінки і планування сім'ї»; **Олена Макарова** – член-кореспондент НАН України, заступник Директора з наукової роботи, завідувач відділу досліджень людського розвитку Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Ірина Матвієнко** – науковий співробітник відділення медичних проблем здорової дитини та преморбідних станів Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України; **Микола Пилипчук** – консультант з екологічних питань; **Ірина Скорбун** – фахівець з питань моніторингу і оцінки Благодійного фонду «Здоров'я жінки і планування сім'ї»; **Оксана Хмелевська** – провідний науковий співробітник відділу досліджень людського розвитку Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Людмила Черенько** – завідувач відділу досліджень рівня життя населення Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Світлана Черенько** – завідувач відділення фтизіатрії ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України»; **Єлизавета Шунько** – завідувача кафедрою неонатології, декан педіатричного факультету Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст з неонатології Міністерства охорони здоров'я України.

Значний внесок у підготовку Доповіді зробили: **Тетяна Авраменко** – науковий співробітник Національної академії державного управління при Президенті України; **Марія Алексеєнко** – голова ВГО «Жіночий консорціум України»; **Ольга Балакірева** – завідувач відділу моніторингових досліджень соціально-економічних трансформацій ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН 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; **Володимир Бевз** – радник Міністра соціальної політики України; **Вікторія Близнюк** – науковий співробітник ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Лариса Бочкова** – консультант Державної служби України з питань протидії ВІЛ/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань; **Ксенія Винова** – головний спеціаліст Департаменту статистики послуг Державної служби статистики України; **Наталія Власенко** – радник Голови Державної служби статистики України; **Юрій Волошин** – начальник відділу системних проектів та технічної допомоги

міжнародних фінансових організацій Департаменту співробітництва з міжнародними фінансовими організаціями та координації міжнародної технічної допомоги Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Сергій Волков** – старший програмний менеджер ПРООН в Україні; **Олег Вороненко** – радник з програмних питань Представництва Фонду ООН у галузі народонаселення в Україні; **Юлія Галустьян** – науковий співробітник ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Марія Гуцман** – помічник Директора Представництва та заступника Директора Представництва ПРООН в Україні; **Ярослав Демченко** – заступник керівника служби Віце-прем'єр-міністра України; **Руслан Дорошкевич** – завідувач відділу Головного управління з питань реформування соціальної сфери Адміністрації Президента України; **Тетяна Дубініна** – заступник начальника відділу організації медичної допомоги дітям Управління материнства та дитинства департаменту медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України; **Олена Дудіна** – завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; **Андрій Ермолаєв** – Директор інституту стратегічних досліджень «Нова Україна»; **Інна Заблоська** – керівник Луганської філії Інституту економіко-правових досліджень НАН України; **Любов Задосенко** – начальник відділу демографічної статистики Департаменту статистики населення та регіональної статистики Державної служби статистики України; **Павло Замостьян** – заступник Представника Фонду ООН у галузі народонаселення в Україні; **Євген Зеленко** – координатор зі зв'язків з громадськістю та роботи з медіа ПРООН в Україні; **Олена Іванова** – менеджер проекту «Підтримка реформи соціального сектору в Україні» ПРООН в Україні; **Ірина Каленюк** – головний науковий співробітник відділу соціальної інфраструктури Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Ольга Кармазіна** – директор Департаменту статистики послуг Державної служби статистики України; **Оксана Кисельова** – Національний програмний координатор ООН-Жінки; **Лариса Кобелянська** – заступник Віце-президента Національної академії державного управління при Президенті України; **Юрій Когатько** – старший науковий співробітник відділу досліджень рівня життя населення Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Оксана Когут** – начальник відділу статистики соціально-трудових відносин Департаменту статистики праці Державної служби статистики України; **В'ячеслав Козак** – науковий співробітник Національної академії державного управління при Президенті України; **Марина Козелкова** – завідувач організаційно-медичного відділу НДСЛ «ОХМАТДИТ»; **Сергій Кондрюк** – заступник голови Федерації професійних спілок України; **Олена Красько** – завідувач сектору зв'язків з громадськістю Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Ірина Кременовська** – старший науковий співробітник відділу проблем модернізації господарського права та законодавства Інституту економіко-правових досліджень НАН України; **Ольга Крентовська** – Директор департаменту стратегічного планування та аналізу Міністерства соціальної політики України; **Віталій Крисько** – спеціаліст з координування проектів ПРООН в Україні; **Юрій Круглов** – старший науковий співробітник Лабораторії вірусних гепатитів та СНІДу Інституту епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України; **Ірина Крючкова** – науковий співробітник ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Геннадій Куліков** – головний науковий співробітник відділу соціально-економічних проблем праці ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Ірина Курило** – завідувач відділу досліджень демографічних процесів та демографічної політики Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Валентина Латік** – науковий співробітник інституту праці та зайнятості Міністерства соціальної політики України; **Роман Левін** – старший науковий співробітник ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Віталій Легков** – завідувач відділу–довірений лікар відділу охорони здоров'я департаменту охорони праці Федерації професійних спілок України; **Володимир Лупацій** – радник Інституту стратегічних досліджень «Нова Україна»; **Маргарита Майорова** – завідувач відділу студентської молоді виконавчого апарату ЦК Профспілки працівників освіти і науки України; **Світлана Макогонюк** – заступник керівника департаменту бюджетної політики та соціального захисту Федерації професійних спілок України; **Анатолій Максютя** – президент Економічного дискусійного клубу; **Ігор Манцуров** – директор Науково-дослідного економічного інституту Міністерства економіки і торгівлі України; **Ірина Мартиненко** – головний спеціаліст відділу системних проектів та технічної допомоги міжнародних





фінансових організацій Департаменту міжнародних програм Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Тамара Марценюк** – доцент кафедри соціології факультету соціальних наук та соціальних технологій НаУКМА; **Віолетта Марциновська** – старший науковий співробітник Лабораторії вірусних гепатитів та СНІДу Інституту епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України; **Марія Мацєпа** – спеціаліст з питань моніторингу та оцінки ЮНІСЕФ в Україні; **Оксана Мовчан** – заступник директора Департаменту ринку праці та зайнятості Міністерства соціальної політики України; **Людмила Мусіна** – радник Віце-прем'єр-міністра України; **Валерій Новіков** – завідувач відділу соціальної інфраструктури Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Ольга Новікова** – науковий співробітник Інституту економіки промисловості НАН України; **Павло Онищенко** – начальник управління стратегічного планування Департаменту економічної стратегії та макроекономічного прогнозування Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Інна Осипова** – директор Департаменту обстеження домогосподарств Державної служби статистики України; **Людмила Остапенко** – керівник департаменту бюджетної політики та соціального захисту Федерації професійних спілок України; **Валерій Павшук** – заступник Директора Центру ресурсоефективного і чистого виробництва; **Ніна Підлужна** – заступник Директора департаменту стратегічного планування та аналізу Міністерства соціальної політики України; **Вадим Піщейко** – радник Голови Державної служби статистики України; **Світлана Полякова** – провідний науковий співробітник відділу досліджень рівня життя населення Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **В'ячеслав Потапенко** – директор Інституту зеленої економіки; **Андрій Поштарук** – радник з програмних питань Представництва Фонду ООН у галузі народонаселення в Україні; **Наталія Рингач** – головний науковий співробітник відділу демографічного моделювання та прогнозування Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Віталій Руденко** – голова правління Фондації «Громадський рух «Українці проти туберкульозу»; **Сергій Савчук** – перший секретар Департаменту міжнародних організацій Міністерства закордонних справ України; **Яна Сазонова** – Старший фахівець з досліджень та регіонального аналізу МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»; **Наталія Салабай** – національний спеціаліст з моніторингу та оцінки Управління з наркотиків та злочинності ООН в Україні; **Інеса Сеник** – директор Департаменту статистики праці Державної служби статистики України; **Марфа Скорик** – директор Київського інституту гендерних досліджень; **Алла Солоп** – заступник директора Департаменту статистики праці Державної служби статистики України; **Тетяна Сосідко** – старший фахівець відділу моніторингу і оцінки ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»; **Ганна Терещенко** – старший науковий співробітник відділу соціально-демографічної статистики Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Ганна Тимошенко** – директор Департаменту статистики населення та регіональної статистики Державної служби статистики України; **Лідія Ткаченко** – провідний науковий співробітник сектору соціальних ризиків у сфері зайнятості населення Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Василь Толкачов** – менеджер проекту ПРООН «Розбудова спроможності для низьковуглецевого зростання в Україні»; **Володимир Устименко** – директор Інституту економіко-правових досліджень НАН України; **Євген Хлобистов** – завідувач відділу економічних проблем екологічної політики та сталого розвитку Інституту економіки природокористування і сталого розвитку НАН України; **Дарія Хмельницька** – аспірант Науково-дослідного економічного інституту Міністерства економіки і торгівлі України; **Неля Черненко** – Головний спеціаліст відділу стратегічного планування Міністерства екології та природних ресурсів України; **Олена Шерстюк** – радник ЮНЕЙДС з питань лідерства та адвокації; **Тетяна Шиптенко** – старший науковий співробітник Науково-дослідного економічного інституту Міністерства економіки і торгівлі України; **Владислав Шишкін** – провідний науковий співробітник відділу досліджень рівня життя населення Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Зоряна Шкіряк-Нижник** – завідувачка відділення медичних та психосоціальних проблем здоров'я сім'ї ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», член бюро Керівного комітету Ради Європи з біоетики; **Ігор Шумило** – радник Президента Київської школи економіки; **Богдана Щербак-Верлан** – технічний спеціаліст Бюро ВООЗ в Україні; **Віктор Щербина** – радник Інституту стратегічних досліджень «Нова Україна»; **Юлія Щербініна** – старший програмний менеджер ПРООН в

Україні; **Алла Щербінська** – директор Центру з питань профілактичної діяльності, досліджень та ресурсного розвитку; **Юрій Яценко** – завідувач наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини».

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



## АКРОНІМИ ТА АБРЕВІАТУРИ

|                |                                                                                                          |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| АРТ            | Антиретровірусна терапія                                                                                 |
| ВГО            | Всеукраїнська громадська організація                                                                     |
| ВІЛ            | Вірус імунodefіциту людини                                                                               |
| ВООЗ           | Всесвітня організація охорони здоров'я                                                                   |
| ВНЗ            | Вищий навчальний заклад (МСКО 5)                                                                         |
| в. п.          | Відсотковий пункт                                                                                        |
| ВРУ            | Верховна Рада України                                                                                    |
| ГА             | Генеральна Асамблея ООН                                                                                  |
| ДНЗ            | Дошкільний навчальний заклад (МСКО 0)                                                                    |
| Держстат       | Державна служба статистики України                                                                       |
| ДУ             | Державна установа                                                                                        |
| ІДСД           | Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи<br>Національної академії наук України      |
| ІКТ            | Інформаційно-комунікаційні технології                                                                    |
| ЗЗЛГ           | Землекористування, зміни землекористування і лісове господарство                                         |
| ЗНЗ            | Загальноосвітній навчальний заклад (МСКО 1–3)                                                            |
| ЗНО            | Зовнішнє незалежне оцінювання                                                                            |
| КП             | Київський протокол                                                                                       |
| МДОУ           | Медико-демографічне обстеження України                                                                   |
| МІКС           | Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств                                                   |
| Мінсоцполітики | Міністерство соціальної політики України                                                                 |
| МКХ-10         | Десятий перегляд Міжнародної статистичної класифікації хвороб<br>та споріднених проблем охорони здоров'я |
| МОЗ            | Міністерство охорони здоров'я України                                                                    |
| МОН            | Міністерство освіти і науки України                                                                      |
| МОП            | Міжнародна організація праці                                                                             |
| МСКО           | Міжнародна стандартна класифікація освіти (версія 1997 року)                                             |
| НАМН           | Національна академія медичних наук                                                                       |
| НАН            | Національна академія наук                                                                                |
| н. р.          | Навчальний рік                                                                                           |
| ООН            | Організація Об'єднаних Націй                                                                             |
| ПГ             | Парникові гази                                                                                           |
| ПЗФ            | Природно-заповідний фонд                                                                                 |
| ПКС            | Паритети купівельної спроможності валют                                                                  |
| ПРООН          | Програма Розвитку Організації Об'єднаних Націй                                                           |
| ПТНЗ           | Професійно-технічний навчальний заклад (МСКО 4)                                                          |
| р. а.          | Рівень акредитації вищого навчального закладу (ВНЗ I–II р. а. –<br>МСКО 5В; ВНЗ III–IV р. а. – МСКО 5А)  |
| РКЗК ООН       | Рамкова конвенція ООН про зміну клімату                                                                  |
| СНІД           | Синдром набутого імунodefіциту                                                                           |
| ТБ             | Туберкульоз                                                                                              |
| ТБР            | Транскордонні біосферні резервати                                                                        |
| ХНІЗ           | Хронічні неінфекційні захворювання                                                                       |
| ЦРТ            | Цілі Розвитку Тисячоліття                                                                                |
| ЦСР            | Цілі сталого розвитку                                                                                    |
| ЮНІСЕФ         | Дитячий фонд ООН                                                                                         |
| ЮНЕСКО         | Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури                                           |
| ЮНФПА          | Фонд ООН у галузі народонаселення                                                                        |

## ВСТУП

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 злидністтю; забезпечення доступу до освіти; досягнення гендерної рівності; зниження рівня материнської та дитячої смертності; скорочення масштабів поширення ВІЛ/СНІДу та інших захворювань; досягнення екологічної сталості; гармонізація зовнішньої допомоги для країн, що розвиваються.

Наразі відбувається процес підведення підсумків виконання завдань ЦРТ на глобальному рівні. Також світова спільнота визначає нові орієнтири розвитку на наступні п'ятнадцять років. На Саміті ООН з питань оцінки прогресу в досягненні ЦРТ у вересні 2010 року було ініційовано міжурядовий діалог щодо «Порядку денного в галузі розвитку на період після 2015 року». У ході роботи було визначено головні компоненти нового порядку денного розвитку (Сприяння сталому розвитку, Захист прав людини; Забезпечення миру та стабільності) та тематичні сфери для консультацій (Економічне зростання та зайнятість; Енергія; Вода; Екологічна рівновага; Управління; Продовольча безпека; Нерівність; Стан здоров'я; Освіта; Демографічна ситуація; Конфлікти та їх попередження). Також у 88-ми країнах відбулися національні консультації з «Порядку денного в галузі розвитку на період після 2015 року», до яких долучилось понад 200 тис. людей. У 2012 році в рамках підготовки Конференції ООН зі сталого розвитку Ріо+20 урядами низки країн-членів ООН було запропоновано розробити новий пакет цілей – Цілей сталого розвитку (ЦСР). У підсумковому документі Конференції Ріо+20 «Майбутнє, якого ми прагнемо» було визначено, що формулювання нових ЦСР має бути узгоджено з ЦРТ та з процесом формування «Порядку денного розвитку після 2015 року». Доповідь «Робочої групи відкритого складу Генеральної Асамблеї ООН з питань Цілей сталого розвитку» містить пропозиції щодо нового пакету ЦСР, який складається з 17 цілей та 100 показників сталого розвитку для їх моніторингу. Узагальнена доповідь Генерального секретаря ООН «Дорога до гідного життя до 2030 року: викорінення бідності, перетворення умов життя всіх людей та захист планети» також містить положення щодо цілей розвитку на наступний програмний період. У вересні 2015 року в рамках 70-ї сесії Генеральної Асамблеї ООН у Нью-Йорку проходить Саміт ООН для прийняття Порядку денного в галузі розвитку на період після 2015 року. Питання, що обговорюватимуться в ході Саміту, опрацьовувалися з 2012 року спеціально створеними міжурядовими та експертними структурами, установами ООН, делегаціями країн. Саміт розглядається в ООН як подія історичного значення.

Україна приєдналася до Декларації Тисячоліття ООН і взяла на себе зобов'язання досягти цілей до 2015 року. Україна 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 було викладено аналіз тенденцій, та низку щорічних моніторингових доповідей. У 2015 році Україною підготовлено підсумковий звіт про досягнення ЦРТ.

## ВСТАВКА 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





Для програмування майбутнього суспільного розвитку та стратегічного планування необхідним є вивчення уроків, винесених у ході досягнення ЦРТ. У процесі розроблення доповіді «ЦРТ. Україна: 2000–2015» було здійснено об'єктивний аналіз досягнень та здобутків, позитивного досвіду та невдач, ретельно вивчено наявні проблеми, причини їх виникнення та можливі наслідки, враховано незавершені завдання ЦРТ і нові виклики, що постають на шляху розвитку. У рамках відкритого обговорення питань ЦРТ проведено низку заходів: 7 експертних дискусій; 7 круглих столів за участю державних службовців; електронне обговорення кожної цілі; круглий стіл з представлення проекту доповіді. До процесу обговорення та доопрацювання проекту доповіді «ЦРТ. Україна: 2000–2015» долучилося понад 150 фахівців за напрямками, що відповідають тематичним сферам ЦРТ – урядовці, управлінці, спеціалісти установ ООН, дипломати, науковці, економісти, демографи, медичні працівники, епідеміологи, екологи, освітяни, журналісти, підприємці, лідери недержавних організацій та інші представники громадянського суспільства.

#### ВСТАВКА Історія становлення системи ЦРТ в Україні

2000 рік: на Саміті Тисячоліття ООН Україна приєдналася до Декларації Тисячоліття ООН;  
2003 рік: адаптація ЦРТ, розроблення національної системи завдань і показників ЦРТ (Національна доповідь «ЦРТ. Україна – 2003»);  
2004 рік: запровадження щорічного моніторингу виконання завдань ЦРТ;  
2005 рік: оцінка прогресу з досягнення ЦРТ (доповідь «ЦРТ. Україна – 2005», яку було представлено на 60-й сесії Генеральної Асамблеї ООН);  
2005–2006 роки: локалізація ЦРТ у трьох пілотних областях;  
2007 рік: запровадження моніторингу стану виконання завдань ЦРТ (доповідь «ЦРТ. Україна – 2007»);  
2007–2008 роки: інформаційно-просвітницька кампанія з ЦРТ; розбудова інституційної спроможності для програмування національного розвитку;  
2008 рік: встановлення взаємозв'язків між ЦРТ, людським розвитком та європейським вибором України (Національна доповідь про людський розвиток «Людський розвиток та європейський вибір України»);  
2009–2010 роки: перегляд завдань та індикаторів ЦРТ (Національна доповідь «ЦРТ. Україна – 2010»); розбудова інституційної спроможності для здійснення моніторингу національного розвитку;  
2011 рік: встановлення взаємозв'язків ЦРТ з концепцією соціального залучення (Національна доповідь про людський розвиток «Україна: на шляху до соціального залучення»);  
2011–2012 роки: локалізація ЦРТ; розбудова інституційної спроможності обласних органів влади для стратегічного планування та моніторингу;  
2012 рік: Національна добровільна презентація України «Сприяння виробничим потужностям, зайнятості та гідній праці з метою викорінення бідності у контексті всеохоплюючого, сталого і справедливого економічного зростання на всіх рівнях для досягнення ЦРТ» на сесії Економічної та Соціальної Ради ООН;  
2013 рік: національні консультації з питань формування Порядку денного розвитку після 2015 року (доповідь «Україна після 2015 року: майбутнє, якого ми прагнемо»); оцінка прогресу на шляху досягнення ЦРТ (Національна доповідь «ЦРТ. Україна – 2013»);  
2014 рік: моніторингова щорічна оцінка прогресу на шляху досягнення ЦРТ (Національна доповідь «ЦРТ. Україна – 2014»);  
2015 рік: підсумкова оцінка досягнення ЦРТ (Національна доповідь «ЦРТ. Україна: 2000–2015»), розбудова інституційної спроможності для визначення Цілей Сталого розвитку.

Система ЦРТ виконувала важливу місію просвіти та навчання державних службовців, відповідальних за стратегічне планування, оцінку і моніторинг. Національні доповіді з ЦРТ є унікальним прикладом моніторингового інструменту. Вперше в Україні було запроваджено розроблення програмного документу, у якому представлено моніторинг національного розвитку за 33 показниками з 2000 року. В історії України моніторинг ЦРТ є єдиним прикладом моніторингу виконання взятих Україною зобов'язань у довгостроковій перспективі. Також ЦРТ мали вплив на розроблення державних цільових програм, законів України та стратегічних документів. Цілі сталого розвитку на наступний програмний період – ЦСР до 2030 року – мають бути встановлені з урахуванням глобальних орієнтирів та національної специфіки розвитку. Також нові цілі мають спиратись на досвід, набутий у ході досягнення ЦРТ в Україні, та на очікування людей, забезпечить їх суспільну підтримку.

## РОЗДІЛ І

### ВИМІРИ РОЗВИТКУ (2000–2015 РОКИ)

П'ятнадцять років, що минули від часу затвердження Декларації Тисячоліття ООН та прийняття ЦРТ, характеризувалися драматичними змінами у політико-суспільному устрої України та її економічно-соціальному становищі. Після попереднього десятирічного економічного спаду розпочалося економічне зростання. І хоча воно не було сталим – періоди піднесення змінювалися кризовими – в цілому динаміка набула принципово іншого забарвлення.

На початку тисячоліття економіка України демонструвала високі темпи економічного зростання (одні з найвищих серед посткомуністичних країн). За 2001–2008 роки ВВП країни (у постійних цінах 2007 року) збільшився на 71,8%, тобто середньорічне зростання перевищувало 8% (рис. 1.1). Адекватно зростала продуктивність праці.

Проте модель економіки залишалась сировинною, а отже, експортно орієнтованою і значною мірою залежною від зовнішньої кон'юнктури. Конкурентні переваги були зумовлені дешевими енергоресурсами і робочою силою. Завдяки високому попиту на металургійну і хімічну продукцію створювалась ілюзія високої конкурентоспроможності національної моделі економіки, що аж ніяк не стимулювало її реформування, насамперед, структурну перебудову.

У цей період знижувалося безробіття. Якщо у 2001 році рівень безробіття населення реально економічно активного віку

(20–64 роки, обидві статі), визначений за методологією МОП, становив 10,6%, то 2008 року – лише 6,2% (найнижче за 15-річний період значення показника).

Доволі високими темпами зростали ціни – загалом за 2001–2008 роки в 2,2 раза, тобто на 12% щорічно (рис.1.3). Це, безперечно, відбивалося на доходах населення, але в цілому стимулювало внутрішній споживчий попит.

Поступово все більша частина ВВП перерозподілялась через бюджет: якщо у 2001 році питома вага бюджетних витрат у ВВП становила 27%, то в 2005–2007 роках – вже 32%, а в 2008 – 33%. При цьому зберігався доволі помірний бюджетний дефіцит (близько 1,5% ВВП); винятком став 2004 рік, коли дефіцит зріс до 3,2%.

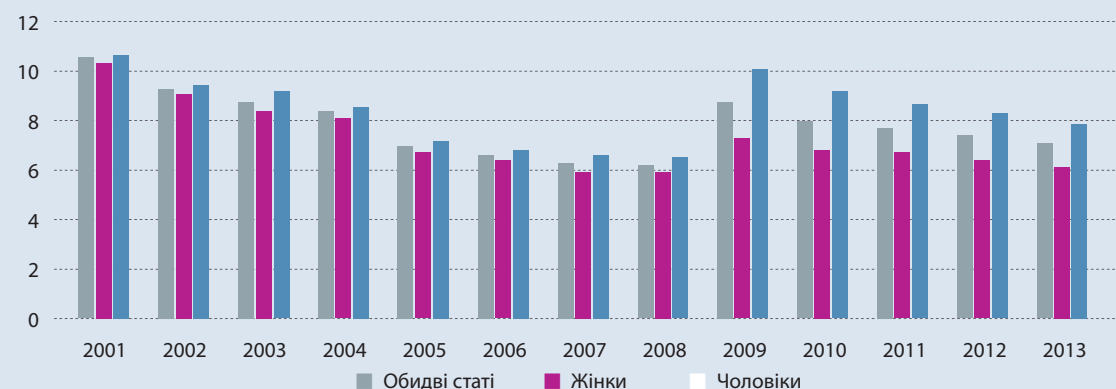
На жаль, темпи зростання доходів населення не забезпечили подолання прірви в оплаті праці між Україною та сусідніми посткомуністичними країнами, не кажучи вже про економічно розвинені. Політика оплати праці, орієнтована на запобігання зрівнялівці, що асоціюється з радянськими часами і плановою економікою, закономерно сприяла диференціації розміру заробітків працюючих. Але водночас відбувалось і практично невинне зниження питомої ваги мінімальної заробітної плати в середній – 2008 року воно зменшилося до 27%. Для порівняння: у Франції і Великій Британії вона становить 88%, Польщі – 68%, Угорщині – 54%.

Рис. 1.1. Динаміка ВВП України, % рівня 2000 року





Рис. 1.2. Рівень безробіття населення віком 20–64 років в Україні, %



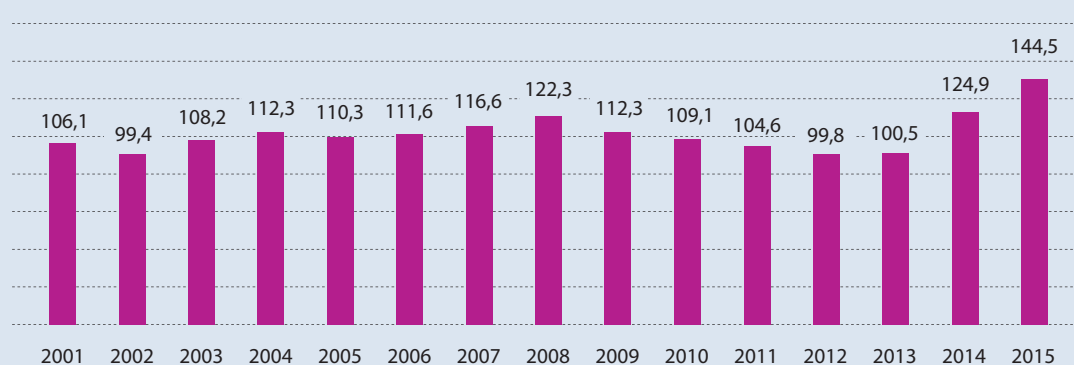
Відставання доходів українців від такого рівня, який є достатнім для забезпечення середньоєвропейських стандартів життя, стало чи не головною причиною масштабної трудової міграції (за оцінками МОП та МОМ – близько 1,2 млн осіб, за деякими експертними оцінками, за межами України працюють 2,5–3 млн осіб, переважна частина яких прагне залишитися поза межами країни). Ураховуючи те, що до еміграції вдаються зазвичай найбільш активні та підприємливі особи, такий масштабний виїзд є причиною погіршення якості людського і трудового потенціалу країни.

Низький рівень доходів працюючих сприяє також необхідність масштабної державної соціальної підтримки у формі пільг, субсидій, допомог різного ґатунку. У поєднанні із поширеними популістичними настроями і в суспільстві, і у владних структурах це зумовило невпинне і доволі стрімке зростання в структурі бюджетних видатків частки витрат на соціальний захист населення: якщо у 2001 році на соціальний захист спрямовувалось 15% бюджетних коштів, то 2008 вже 24%.

Світова криза 2008–2009 років відкинула економіку України назад (спад 2009 року виявився одним з найбільших у Східній Європі) – несприятлива зовнішньоекономічна кон'юнктура в поєднанні зі зростанням ціни імпортованого з Росії газу спричинила зниження обсягів виробництва металургії, хімії та нафтохімії, експорторієнтованих сегментах машинобудування. Саме в цей період на фоні стагнації середньої заробітної плати відбулося підвищення частки мінімальної заробітної плати у її складі, хоча цей показник і залишився значно нижчим за аналоги розвинутих країн.

Під час економічного пожвавлення 2010–2011 років ледь вдалося досягти рівня 2006 року, при чому вирішальну роль відіграло посткризове відновлення світової економіки. Економічна модель залишилася староіндустріальною, сировинною, орієнтованою переважно на експорт. Відповідно, обсяги і динаміка не тільки промислового виробництва, а й зовнішньої торгівлі віддзеркалювали глобальні економічні тренди. Чи не єдиною галуззю, що демонструвала високі темпи розвитку, був аграрний сектор.

Рис. 1.3. Індекс інфляції в Україні, %



У 2012–2013 роках економічна динаміка уповільнилась, перестали підвищуватись і ціни на товари та послуги, що в поєднанні зі зростанням бюджетних витрат спричинило зростання ризиків у системі державних фінансів. Якщо у 2001–2008 роках середньорічний дефіцит бюджету становив 1,0% ВВП, то у 2009–2013 – 4%. Водночас рівень забезпечення видатків на соціальний захист податками з доходів населення скоротився з 56 до 50%, а податками з прибутку підприємств – з 42% до 38%.

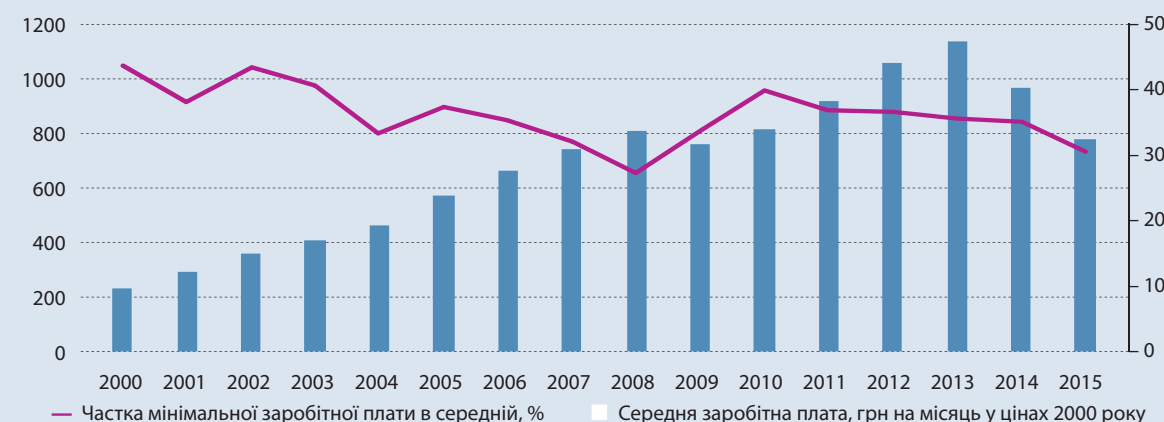
Усе це свідчить, що традиційні для України методи державного регулювання економіки не можуть забезпечити докорінне поліпшення ситуації. Необхідне їх суттєве коригування, перехід від відносин домінування рішень державної влади до партнерських відносин між державною владою, органами місцевого самоврядування та громадянським суспільством.

Вплив економічних тенденцій на людський розвиток, рівень та якість життя населення значною мірою коригується змінами соціальної політики. У соціальній сфері було запроваджено низку новацій, серед яких основними є такі:

- зміни у системі пенсійного забезпечення:
  - запроваджено електронну систему персоналізованого обліку, яка дає змогу при визначенні розміру пенсії враховувати страховий стаж та фактичні суми сплачених внесків (2000 рік);
  - розпочато пенсійну реформу, спрямовану на посилення страхових засад у солідарній системі та запровадження накопичувальної складової, спочатку добровільної, а потім і загальнообов'язкової (2004 рік);

- встановлено мінімальний розмір пенсії на рівні прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність, що дало змогу забезпечити пенсіонерів від злиденності (2005 рік);
- запроваджено поступове (на 6 місяців щорічно) підвищення пенсійного віку для жінок з 55 до 60 років (2011 рік);
- скасовано спеціальні пенсії, які збільшували пенсійні права окремих категорій працюючих у рамках солідарної пенсійної системи (2015 рік);
- запроваджено накопичувальне пенсійне страхування працюючих у шкідливих та небезпечних умовах праці (2015 рік);
- запроваджено загальнообов'язкове накопичувальне пенсійне страхування осіб до 35 років (2015 рік);
- сформовано систему мінімальних державних гарантій, серед яких ключову роль відіграє прожитковий мінімум (2000 рік);
- запровадження загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття та від нещасних випадків на виробництві; управління страхуванням на випадок тимчасової втрати працездатності реорганізовано на засадах трипартизму (2001 рік);
- об'єднання чотирьох головних видів страхових внесків в єдиний соціальний внесок, що істотно поліпшило адміністрування загальнообов'язкової державної системи соціального страхування (2011 рік);
- переведення фінансування виплат при народженні дитини та по догляду за дитиною до 3-х років із Пенсійного фонду України до бюджету, що дало змогу розвантажити страхову систему й уніфікувати порядок виплати цих видів допомоги (2007 рік);

Рис. 1.4. Середньомісячна оплата праці в Україні







- об'єднання страхування від нещасних випадків на виробництві та страхування на випадок тимчасової втрати працездатності в одному фонді соціального страхування, що має стати підґрунтям для впровадження обов'язкового медичного страхування (2014 рік);
- реформування системи освіти:
  - Україна долучилась до країн Європи, які підписали Болонську декларацію, спрямовану на створення єдиного європейського простору вищої освіти та розширення академічної мобільності (2005 рік);
  - запроваджено систему зовнішнього незалежного оцінювання, яка дала змогу зняти інституційні бар'єри до набуття вищої освіти (2008 рік);
  - запроваджено обов'язкову дошкільну освіту дітей від 5-річного віку (2010 рік);
- прийняття низки рішень щодо кардинального покращання доступу населення до сучасних фармакологічних засобів, зокрема зняття ввізного мита на фармацевтичну продукцію та сполуки, що не виробляються в Україні (2004 рік);
- створення університетських клінік (2004 рік);
- затвердження Національної програми профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД (2004 рік), в результаті чого Всесвітньою організацією охорони здоров'я Україну визнано лідером з упровадження заходів з попередження передачі ВІЛ від матері до дитини;
- здійснення переходу до європейських критеріїв перинатального періоду, живонароджуваності та мертвонароджуваності (2007 рік);
- запровадження нових стандартів розвитку первинної медико-санітарної допо-

моги на засадах сімейної медицини (2010 рік);

- досягнення значних успіхів у забезпеченні прав дитини на сімейне виховання, зокрема щодо проживання і виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування; в результаті Комітетом ООН з прав дитини Україна за підсумками роботи у 2006–2010 роках визнана лідером на пострадянському просторі з питань забезпечення права дитини на виховання в сім'ї;
- запровадження 30%-ї квоти для жінок у виборчих списках загальнонаціональних партій (для підвищення рівня представництва жінок у політичній системі України).

Зазначені зміни в соціально-економічному житті країни відбувалися на тлі демографічної кризи – поєднання депопуляції та погіршення добробуту населення (стану здоров'я, рівня доходів, соціальної захищеності, якості навчання, можливостей працевлаштування, стану навколишнього середовища тощо). Демографічна ситуація в Україні в період 2000–2015 років характеризувалася низькою народжуваністю з тенденцією до зростання, високою смертністю (особливо серед чоловіків працездатного віку) з тенденцією до зниження, низькою середньою очікуваною тривалістю життя при народженні з тенденцією до зростання та вираженою гендерною диференціацією, значною зовнішньою та внутрішньою трудовою міграцією, а також старінням населення, що прогресує. Загалом за 2000–2013 роки населення України, з урахуванням міграційного руху, скоротилося на понад 4 млн осіб. Старіння населення є найважливішим демографічним процесом сьогодення в Україні – воно формуватиме обличчя українського суспільства в найближчі десятиріччя. Частка

літніх людей (віком 60 років та старших) в структурі населення України становить 21.6% (2014), що відносить її до 30 найстаріших країн світу за цим показником.

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

Зазнала кардинальних змін і політична система країни. Упродовж 2000–2015 років Україна спочатку перейшла від президентсько-парламентської системи до парламентсько-президентської (2004 рік), потім повернулася до президентсько-парламентської (2010). «Помаранчева революція» 2004 року започаткувала зміни у суспільних настроях, а «революція гідності» 2014 довела зрілість громадянського суспільства країни. «Революція гідності» також спонукала депутатів Верховної Ради України до ухвалення рішень, якими скасовувалися окремі положення Конституції України, що створювали умови для узурпації влади в країні її президентом. Було поновлено ключові засади Конституції України в редакції 2004 року, зокрема, у частині внесення коаліцією депутатських фракцій у Верховній Раді України пропозицій Президенту України щодо кандидатури Прем'єр-міністра України, а також кандидатур до складу Кабінету Міністрів України (2014 рік). Суспільна відповідь на виклики, пов'язані з конфліктом на сході країни, також підтверджує відданість громадян України демократичним цінностям та європейському вибору країни.

Докорінно змінився статус громадських організацій – уперше за історію України вони дійсно почали відігравати суттєву роль у прийнятті політичних рішень.

Наразі найбільш важливими змінами політичної системи України є:

- перехід від президентсько-парламентської до парламентсько-президентської республіки (2014 рік);
- передача значної частини повноважень від центральної влади до органів місцевого самоврядування (2015 рік).

Пріоритетним вектором трансформацій політичної системи визначено децентралізацію, що передбачає:

- передачу функцій виконавчої влади від місцевих державних адміністрацій виконавчим органам рад відповідного рівня;
- розмежування функцій місцевого самоврядування і державної влади та наділення територіальних громад максимально широким колом повноважень;
- забезпечення повноважень органів місцевого самоврядування необхідними фінансовими ресурсами;
- ліквідацію державних адміністрацій і створення натомість державних представництв з контрольно-наглядовими та координаційними, а не виконавчими функціями.

Безперечно, українська демократія є недостатньо зрілою, наразі вона розвивається достатньо динамічно та драматично. Першочерговими завданнями мають стати забезпечення соціальної справедливості, викоринення корупції, реформа судочинства, реальне забезпечення прав людини.

Рис. 1.5. Природний рух населення України, 2000–2013 роки

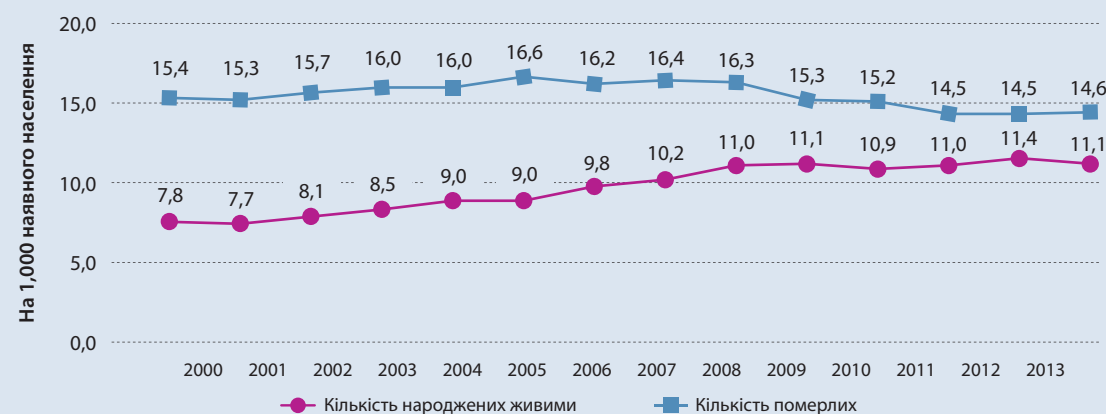
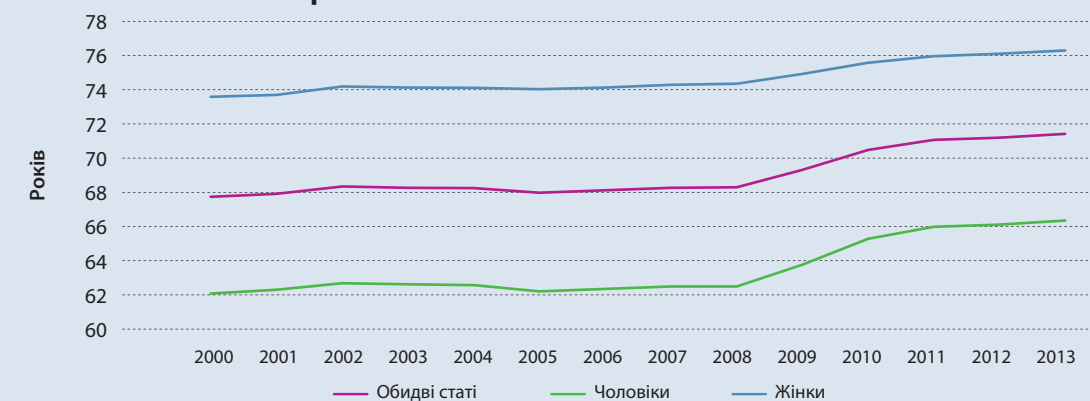


Рис. 1.6. Середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні, 2000–2013 роки







# ЦІЛЬ 1 ПОДОЛАННЯ БІДНОСТІ

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



КОЖНА ТРЕТЯ СІМ'Я З ДІТЬМИ  
Є БІДНОЮ

КОЖНИЙ П'ЯТИЙ  
ПРАЦЮЮЧИЙ Є БІДНИМ



**3,5%**  
НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ  
Є БІДНИМ ЗА АБСОЛЮТНИМ  
КРИТЕРІЕМ, У 2000 РОЦІ – **11,9%**  
(ЗА РІВНЕМ СПОЖИВАННЯ МЕНШЕ 5 ДОЛ. США НА ОСОБУ  
НА ДОБУ ЗА ПАРИТЕТОМ КУПІВЕЛЬНОЇ СПРОМОЖНОСТІ)

З 2000 РОКУ  
**МАСШТАБИ БІДНОСТІ** ЗА РІВНЕМ  
ФАКТИЧНОГО ПРОЖИТКОВОГО МІНІМУМУ  
**СКОРОЧЕНО ПОНАД ВДВІЧІ** – **30%**  
З 71% У 2000 РОЦІ ДО



### 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 <sup>1</sup> 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, %<br>1.3. Частка бідних серед дітей, %<br>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, %                                                  |

### СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

За період з 2000-го року Україна досягла значних успіхів у подоланні абсолютної бідності, проте не виконала поставлених перед собою амбітних завдань. Згідно з критерієм фактичного прожиткового мінімуму<sup>2</sup> (індикатор 1.5), рівень бідності зменшився з 71,2 % у 2000 році до 22,1% у 2013. Внаслідок економічно-політичної кризи 2014 року значна частина населення стала біднішою, ніж була, через інфляцію, втрату роботи (рівень безробіття зріс від 7,7% на кінець 2013 року до 9,3% станом на вересень 2014 року) або необхідність втекти від збройного конфлікту. Ця ситуація нега-

тивно вплинула на дітей, насамперед на дітей із найбідніших родин. Подальші події призвели до погіршення значень показника: у 2015 році очікується зростання рівня бідності до 32% проти цільового орієнтира – 7%. Аналогічна картина спостерігається за іншим індикатором абсолютної бідності (індикатор 1.1), який використовується для міжнародних порівнянь<sup>3</sup>: тривалий час відбувалося поступове зменшення частки бідних (з 9,0% у 2005 році до 1,9% у 2013), але нині очікується повернення до значень попередніх років, зокрема до позначки 3,5% за підсумками 2015 року.

### ІСТОРИЧНИЙ РАКУРС

Після приєднання до Декларації Тисячоліття ООН в Україні було розпочато розроблення Стратегії подолання бідності, де було визначено ключові поняття та завдання. 15 серпня 2001 року Президентом України було підписано Указ «Про Стратегію подолання бідності». До 2009 року щорічно затверджувалися плани заходів для подолання бідності, розроблялися та виконувалися регіональні програми подолання бідності. У 2011 році Урядом за участю Національної академії наук України, провідних наукових центрів, соціальних партнерів, громадських організацій з урахуванням вітчизняного та міжнародного досвіду було розроблено Державну цільову соціальну програму подолання та запобігання бідності на період до 2015 року. У ній було окреслено заходи, спрямовані на зменшення масштабів бідності, покращання рівня життя сімей з дітьми, особливо багатодітних, дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського

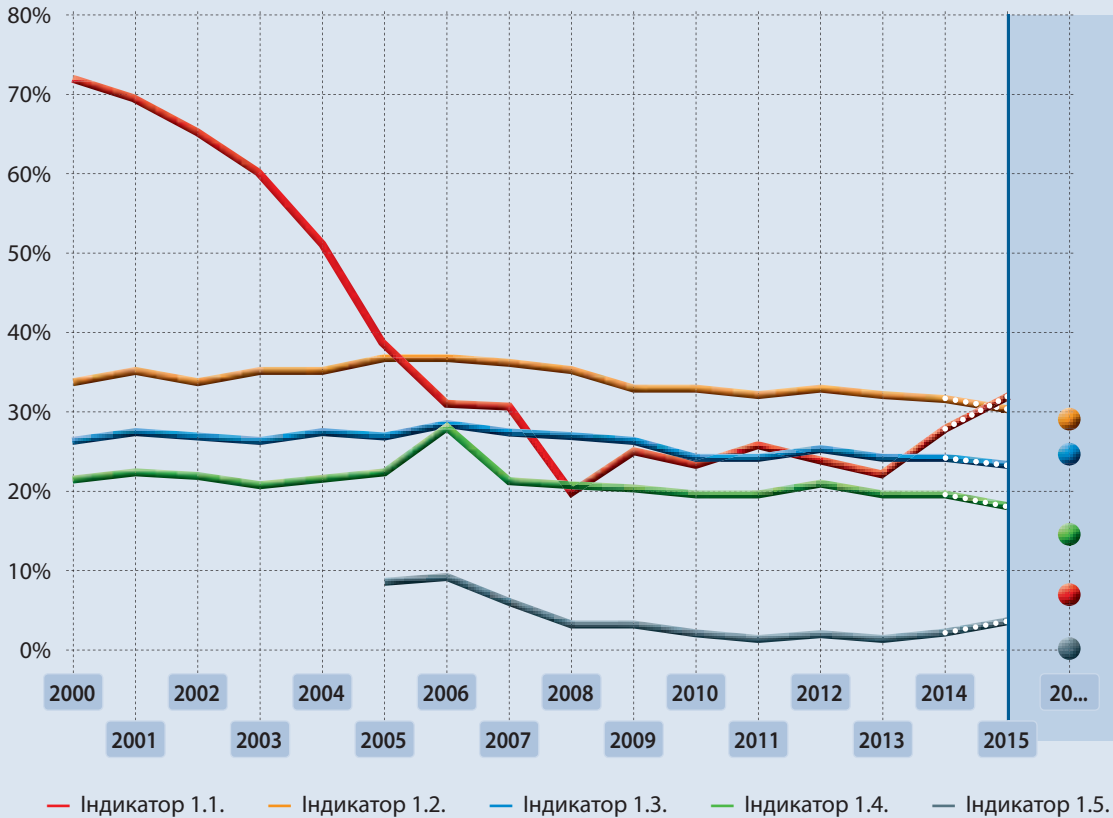
піклування, безпритульних дітей, безробітних, людей з особливими потребами, пенсіонерів, бездомних осіб, скорочення бідності населення, яке мешкає у сільській місцевості, та запобігання хронічній бідності. З метою підвищення ефективності державної підтримки тих категорій населення, які її особливо потребують, було збільшено розміри державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям із дітьми та непрацездатними особами, підвищено пенсії учасникам війни, осучаснено пенсії пенсіонерам, які пішли на пенсію до 2008 року, збільшено страхові виплати шахтарям з інвалідністю та іншим потерпілим на виробництві. Це сприяло поступовому зменшенню масштабів багатомірної бідності. Проте військовий конфлікт на сході країни спричинив виникнення нових форм та проявів бідності, насамперед збільшення масштабів крайньої бідності та появу «раптові» бідності.

### КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

Успіхи на шляху подолання абсолютної бідності у цілому були зумовлені загальним покращанням рівня життя населення завдяки економічному зростанню. Інші тенденції демонструє відносна бідність: її масштаби стали зменшуватися після 2009 року внаслідок економічної кризи і досягли цільового значення раніше запланованого терміну (індикатор 1.2). Проте структурні складові показника відносної бідності (за групою дітей та за групою працюючих) мають гіршу динаміку і не досягають цільових індикаторів до 2015 року – за попередніми оцін-

ками рівень відносної бідності серед дітей становитиме 30,6% (індикатор 1.3), а серед працюючих – відповідно 18,5 (індикатор 1.4). Бідність родини залежить від її соціально-демографічного складу, а також від інших чинників, наприклад, від місця проживання. Сім'ї з дітьми становлять головну групу серед бідного населення та найбільш вразливі до соціально-економічної ситуації в країні. Так, кожне третє домогосподарство з дітьми знаходиться за межею бідності. Наявність однієї дитини підвищує ризик бідності за відносним критерієм на 17%, а наявність трьох і більше

Рис. 2.1.1. Динаміка рівня бідності за цільовими індикаторами у 2000–2013 роках з очікуваними даними за 2014–2015 роки



Джерело: Розрахунки за мікроданими обстеження умов життя домогосподарств, яке проводить Державна служба статистики України на постійній основі

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

<sup>2</sup> Вартість прожиткового мінімуму розрахована у фактичних цінах відповідного року.

<sup>3</sup> Межа – 5,05 дол. США на особу на добу за ПКС.





дітей – уже на 42%. За структурним критерієм відповідні показники складають 3% та 21%. Отже, загальне зниження рівня відносної бідності відбувалося не за рахунок перерозподілу ресурсів на користь дітей та працюючих, а виключно в результаті зміщення розподільчих векторів кризового періоду.

#### Вставка 2.1.1.

Значна частка багатодітних сімей, особливо в сільській місцевості, використовувала виплати при народженні як своєрідний інструмент виживання, що допомагав утримувати на кошти соціальної допомоги всю родину. Скорочення терміну виплат ставить перед такими сім'ями серйозну проблему, оскільки перехід на адресні види допомоги в країні відбувається надзвичайно повільно внаслідок низки проблем як адміністративно-законодавчого, так і суто психологічного характеру.

Багатодітні сім'ї мають найвищі ризики бідності й за немонетарними критеріями. Рівень деприваційної бідності становить 34,4% проти 21,3% за сукупністю домогосподарств з дітьми, а за самооцінкою серед багатодітних родин бідними себе вважають 73,4% проти 66,5% по всіх сім'ях з дітьми.

Повільне зменшення кількості бідних серед дітей на фоні загальноукраїнської тенденції свідчить про збереження характерної ознаки української бідності: надвисокі значення показників за сім'ями з дітьми, особливо з появою другої та наступних дітей, з дітьми до 3-х років та з подвійним демо-економічним навантаженням. В найгіршій ситуації сьогодні перебувають багатодітні родини: ризик монетарної бідності для них традиційно у 2,4–2,6 раза перевищує середньоукраїнське значення (залежно від обра-

ної межі). Проблема для таких сімей може загостритися внаслідок реформування системи виплат при народженні дитини. Якщо за старою схемою мати при народженні третьої та наступних дітей упродовж 6-ти років отримувала мінімальну заробітну плату, то нині цей термін зменшився до 3-х років.

#### Вставка 2.1.2.

Навіть у випадку, коли молода сім'я має одну дитину і обоє батьків працюють, ризик бідності є надзвичайно високим. Якщо припустити, що молоді батьки отримують заробітну плату (після обов'язкових відрахувань) на рівні 1,2–1,3 розмірів мінімальної заробітної плати, то така сім'я автоматично опиниться серед бідних. При цьому до межі бідності їм буде не вистачати від 180 до 420 грн на місяць. Слід зазначити, що домогосподарства втратили свій реальний дохід протягом кризового періоду. Так, у 2014 році номінальний місячний дохід домогосподарства зріс на 12% при загальному зростанні цін на товари та послуги на 25%. Таким чином, фактично домогосподарства стали ще біднішими.

Основна причина бідності в малодітних сім'ях (з 1–2 дітьми) полягає в низьких стандартах оплати праці та неспроможності батьків, особливо у молодшому працездатному віці, утримувати дітей.

Упродовж усього періоду від 2000 року специфікою української бідності залишається поселенська складова, що відображається у збільшенні масштабів бідності зі зменшенням розміру населеного пункту. Розриви у

показниках залежно від типу населеного пункту періодично можуть зменшуватися чи збільшуватися, але загальна тенденція залишається стабільною (рис. 2.1.2). При використанні немонетарних оцінок поселенський вектор виходить на перший план серед інших чинників формування бідності.

Таким чином, дані останніх років свідчать про консервацію основних профілів укра-

їнської бідності на фоні зростання масштабів абсолютної бідності та посткризового зменшення показників відносної бідності. Як і в минулі періоди, групи підвищених ризиків бідності характеризуються навантаженням дітьми, особами старших вікових груп та безробітними особами. При цьому місцевість проживання традиційно справляє підсилюючу дію на ризики монетарної бідності різних типів сімей.

#### Вставка 2.1.3.

Проживання родини в сільській місцевості підвищує ризик немонетарної бідності у 2,5 раза. При цьому домогосподарства з дітьми мають нижчі показники деприваційної бідності, ніж домогосподарства без дітей – 21,3% проти 22,5%, а ризик немонетарної бідності зростає вже з появою другої та наступних дітей, а також при збільшенні навантаження дорослими особами непрацездатного віку. Надвисокі значення немонетарної бідності у сільській місцевості пояснюються вкрай обмеженою територіальною доступністю сільських мешканців до інфраструктурних об'єктів та послуг соціальної сфери. Так, більше 40% селян мають позбавлення через відсутність своєчасних послуг швидкої допомоги та незабезпеченість населеного пункту побутовими послугами, а кожне четверте домогосподарство потерпає від відсутності у населеному пункті медичної установи та/або регулярного транспортного сполучення з більш розвиненим за інфраструктурною складовою населеним пунктом.

Загалом, сільські школи значно гірше забезпечені спеціальним обладнанням для кабінетів фізики, хімії, біології, підключенням до Інтернету тощо, тобто всім необхідним для надання якісної загальної освіти, щоб у подальшому людина була конкурентоздатною на ринку праці. За останні 5 років забезпеченість такими засобами зазначених шкіл навіть дещо погіршилась. Крім того, у зв'язку з поганою дорожньою інфраструктурою дуже часто дорога з і до школи займає дуже багато часу (навіть при наявності шкільного автобуса), що негативно відбивається на самопочутті дітей. Інколи, через відсутність школи у межах розумної доступності сільські діти змушені навчатися в інтернатах. Усе це створює передумови для «закріплення» бідності сільських дітей.

## ПРОБЛЕМИ ТА НОВІ ВИКЛИКИ

Невиконання завдань в напрямі подолання бідності зумовлено низкою негативних внутрішніх та зовнішніх факторів. Основними перешкодами на шляху досягнення цілі стали:

- світова фінансова криза, що досить чутливо зачепила Україну через зовнішні інвестиції, миттєво позначилася на показниках економічного розвитку та без традиційного лагу – на рівні життя та бідності населення;
- прорахунки державної політики після-кризового періоду 2010–2012 років, які призвели до стагнаційних процесів в економіці та рівні життя, що в 2013 році стали стрімко посилюватися;
- поглиблення економічної кризи внаслідок воєнних дій та інших негативних подій 2014–2015 років, що зразу ж вплинуло на скорочення купівельної спроможності доходів населення та зростання масштабів абсолютної бідності.

Ознакою двох останніх років стало не лише підвищення рівня бідності за абсолютними

критеріями, а й зростання масштабів вразливості до різних форм бідності.

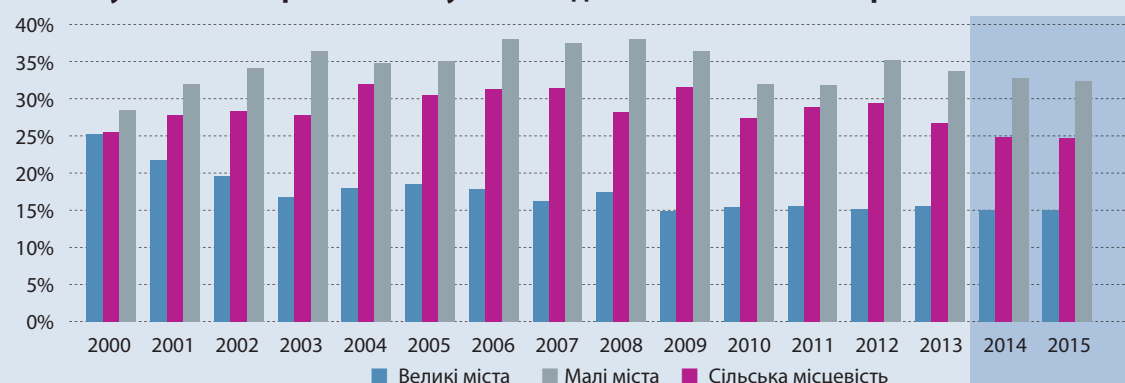
Звуження джерел державного забезпечення медичної галузі та зниження реальних доходів населення призвели до зростання масштабів вразливості до бідності через захворювання.

#### Вставка 2.1.4.

У випадку виникнення неважкої хвороби, лікування якої потребуватиме медіанних чи середніх медичних витрат, серед бідних може додатково опинитися від 16,1% до 35,6% населення, а рівень вразливості до бідності внаслідок захворюваності становитиме 35,9–55,4%. У випадку виникнення тяжкої хвороби, яка потребує витрачання значних коштів (навіть для забезпечених верств населення), серед бідних ризикують опинитися майже всі українські родини, включаючи представників десятої децильної групи.

Житлова проблема, успадкована ще з радянських часів, великою групою сімей вирішу-

Рис. 2.1.2. Динаміка рівня відносної бідності за типом населеного пункту у 2000–2013 роках з очікуваними даними за 2014–2015 роки



Джерело: Розрахунки авторів за мікроданими обстеження умов життя домогосподарств, яке проводить Державна служба статистики України на постійній основі





валася за допомогою оренди житла, проте кризові явища на ринку праці позбавляють багатьох такої можливості та підсилюють вразливість до бідності через житлові умови. Суттєве зростання тарифів на житлово-комунальні послуги впродовж 2014–2015 років призведе до значних масштабів вразливості до цієї форми бідності навіть серед власників квартир та будинків, яким не потрібно здійснювати орендні платежі.

#### Вставка 2.1.5.

Станом на 15.05.2015 р. чисельність зареєстрованих переселенців досягла 1,2 млн осіб, і більшість з них опинилася у зоні ризику раптової бідності, оскільки не мали значних заощаджень, здатних компенсувати втрати (навіть, тимчасові), або рівня кваліфікації, який гарантував би відновлення на новому місці проживання трудових джерел доходів у повній мірі. Оцінити масштаби втрат майна та ризику раптової бідності населення, яке залишилося у місцях постійного проживання, наразі надзвичайно важко, насамперед тому, що процес нині перебуває в розвитку, і загальна ситуація є мало прогнозованою. Левова частка мешканців, які могли опинитись у зоні бойових дій, підпадала під визначення раптової бідності або вразливості до неї: з 6 млн мешканців зони АТО і прилеглих територій більше 5 млн потрапили або до групи раптово збіднілих, або до групи вразливих до бідності внаслідок бойових дій (незалежно від того, переїхали вони в іншу частину країни чи залишилися в місці постійного проживання).

Для значної частини сімей унаслідок економічної кризи підвищився ризик бідності за ознакою заборгованості, причому ця заборгованість може бути як перед банків-

ськими установами, так і перед надавачами житлово-комунальних послуг.

Новим для України явищем стала раптова бідність через втрату майна та джерел для існування внаслідок бойових дій на сході України. Межа вразливості до цієї форми бідності проходить надто високо, оскільки накопичення чи поточні доходи постраждалих сімей сьогодні мають покривати такі вартісні витрати, як оренда житла, оновлення вкрай необхідного у щоденному користуванні втраченого (або навіть тимчасово втраченого) домашнього майна, одягу та взуття, навчальних товарів для дітей тощо.

Усі означені форми бідності висувають нові виклики для політики, оскільки не можуть бути подолані лише традиційними методами. Вже сьогодні стає зрозумілим, що система державної соціальної підтримки як важіль прямого впливу на бідність виявилася абсолютно непристосованою до нових умов і не в змозі відповісти на нові виклики. Крім того, система економічних механізмів сьогодні не виконує основні функції і має бути кардинально перебудована згідно з вимогами запобігання негативних впливів на суспільне середовище. Розворот вектора політики в економічній та соціальній сферах потребує чіткого уявлення щодо масштабів та структурних особливостей негативного соціального явища, ризиків його поширення та можливих ефектів від реалізації реформ. Для цього насамперед необхідно вдосконалювати інформаційне поле як у напрямі забезпечення більш повної та достовірної інформації, так і пошуку нових ефективних джерел статистичних даних.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Основною умовою подолання абсолютної бідності традиційно виступає економічне зростання, проте в сприятливі економічні періоди виникають значні ризики підвищення відносної бідності. Отже, необхідне дотримання балансу між економічним зростанням та регульованим збільшенням нерівності в доходах, особливо її необґрунтованого компоненту. Згідно з макроекономічними прогнозами, вже з 2016 року слід очкувати зростання економіки, отже терміново необхідно розробити комплекс заходів щодо упередження несправедливого розподілу результатів економічної діяльності в суспільстві. У цьому контексті необхідна зміна принципів та механізмів розподілу доходів. Насамперед, це реформування системи

оподаткування в напрямі перерозподілу від найбільш забезпечених до самих бідних, з одночасним пом'якшенням навантаження на середньодоходні групи. Такі кроки сприятимуть зростанню ділової активності середніх прошарків суспільства, які здатні самотужки шукати шляхи виходу з кризи та організовувати додаткові робочі місця. Задля реалізації цього завдання необхідне сприяння поетапному висвітленню доходів з використанням традиційних механізмів, які довели свою дієвість у міжнародній практиці, а також на основі пошуку суто національних важелів детінізації. Без відчутних результатів у напрямі легалізації доходів будь-які реформи фіскальної системи не будуть мати очікуваних ефектів. Економічне зростання без

посилення нерівності та збільшення масштабів відносної бідності цілком можливе, але потребує цілеспрямованої роботи.

Одним із основних завдань політики подолання бідності є зменшення масштабів бідності дітей. З метою розширення можливостей батьків для фінансового забезпечення сім'ї доцільно приділити увагу питанням масштабного впровадження гнучкого графіку роботи, особливо для матерів з малолітніми дітьми. Для підтримки сімей з дітьми необхідним є розвиток «дитячої» інфраструктури.

Доцільно активізувати інформаційну політику для допомоги найбіднішим групам населення, насамперед сім'ям з дітьми. Потрібно налагодити канали інформування населення про види допомоги, які надають соціальні служби та державні органи. Для виявлення сімей, що опинились у кризових ситуаціях, доцільно залучати вчителів шкіл, вихователів дитячих закладів, лікарів дитячих поліклінік тощо. Вони також можуть надавати інформаційну підтримку з питань звернення до соціальних служб або інших державних органів.

Розв'язання проблеми поселенської нерівності та надвисоких показників бідності населення сільської місцевості можливе лише через розширення доступу до послуг соціальної сфери для мешканців села. Необхідним є перенесення акцентів з фінансування інфраструктурних об'єктів та заробітної плати персоналу соціальної сфери на забезпечення доступності базових послуг для всіх верств населення, незалежно від рівня доходів та місця проживання. Освіта набагато більше впливає на зниження бідності, ніж соціальні виплати. Отже, забезпечення якісної освіти як для дітей, так і для дорослих (навчання протягом життя) має стати головним компонентом програми подолання бідності.

Дотримання балансу між економічною та соціальною ефективністю наразі є основною вимогою реформи системи соціальної підтримки. З одного боку, питання фінансової спроможності системи та ефективного використання коштів є ключовими, а з іншого – не менш значущими є питання утвердження принципу соціальної справедливості при розподілі коштів програм соціальної підтримки. Основним принципом нової системи повинно стати максимальне охоплення підтримкою нужденних за рахунок активної роботи органів соціального захисту з виявлення цільових контингентів. Такий підхід є особливо важливим в умовах суттєвого підвищення тарифів

на житлово-комунальні послуги, коли значна частина сімей може виявитися неспроможною сплачувати за спожиті ресурси і має вчасно отримати допомогу від держави.

З метою реагування на нові виклики в системі соціальної підтримки слід створити єдину систему електронної реєстрації переселенців для всіх соціальних виплат незалежно від регіону звернення та виду соціальної виплати. Це дасть змогу, з одного боку, спростити процедуру отримання допомоги при зміні переселенцями місця проживання, а з іншого – краще розраховувати потреби видатків з бюджету та мінімізувати випадки зловживань. Доцільно здійснити тимчасове об'єднання функцій різних служб для вирішення проблем переселенців (працевлаштування, призначення допомоги, надання соціальних послуг, тимчасове вирішення житлових питань). Такі оперативні штаби мають максимально адресно підходити до кожної родини та знаходити найкращий шлях комплексного вирішення проблеми. Для цього варто створювати банки вакансій, житлових приміщень, волонтерських організацій з надання соціальних послуг тощо. Отже, реформування має адаптувати систему соціальної підтримки до зовнішніх змін та вимог. Це означає наскрізне реформування – від практично діяльності місцевих органів соціального захисту до принципових змін у соціальних програмах. Персонал органів соціального захисту має бути більш універсальним за видом та профілем здійснюваної роботи, а також готовим до тимчасових територіальних ротацій у межах регіону. Такий підхід потребує нових стандартів у підборі кадрів та формуванні фонду оплати праці та фінансування в цілому.

Необхідно передбачити розробку нового напрямку в системі соціальної підтримки – допомоги на випадок непередбачуваних обставин. Такий напрям допомоги належить до активної соціальної політики і націлений переважно на працездатні контингенти. Державна підтримка надається як тимчасова для виходу сім'ї, що потенційно може бути фінансово самодостатньою, з важкої життєвої ситуації. Наявність такого виду допомоги сприяла б вирішенню одразу двох важливих завдань – забезпеченню готовності реагувати на зовнішні виклики внаслідок розвитку соціально-політичних чи економічних подій (локального чи навіть державного масштабу) та мінімізації ризиків раптової бідності, тим самим сприяючи запобіганню бідності серед працездатного населення.



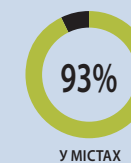
## ціль 2 ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКІСНОЇ ОСВІТИ ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ

**99,6%** – РІВЕНЬ  
ОХОПЛЕННЯ  
ДІТЕЙ  
ПОВНОЮ ЗАГАЛЬНОЮ  
СЕРЕДНЬОЮ ОСВІТОЮ

 МАЙЖЕ ПОЛОВИНА МОЛОДІ  
ЗДОБУВАЄ ВИЩУ ОСВІТУ

ДО ІНТЕРНЕТУ ПІДКЛЮЧЕНО  
ПОНАД **80%** ШКІЛ

КІЛЬКІСТЬ ДІТЕЙ, ОХОПЛЕНИХ  
ДОШКІЛЬНОЮ ОСВІТОЮ







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, %                                                                  |

СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

У сфері освіти Україною досягнуто значного прогресу, про що свідчить динаміка цільових індикаторів (рис. 2.2.1). Розширено доступ до послуг дошкільної освіти у міській та сільській місцевостях. Традиційно високим залишається показник охоплення дітей повною загальною середньою освітою. Відбулись якісні зрушення в освітній діяльності навчальних закладів,

у тому числі завдяки розповсюдженню ІКТ та підключенню значної частини шкіл до Інтернету. Рівень охоплення молоді вищою освітою збільшується. За ці роки також не вдалося суттєво розширити обсяги професійного навчання та підвищення кваліфікації, що у цілому свідчить про недостатню системність реалізації концепції освіти впродовж життя.

ІСТОРИЧНИЙ РАКУРС

Протягом 2000–2015 років в Україні було значно розширено напрями освітньої політики та вдосконалено механізми її втілення, зокрема через упровадження низки програмних документів, значне оновлення законодавчого та нормативно-правового забезпечення усіх рівнів освіти. Перші концептуальні основи реформування системи освіти в Україні було визначено Національною доктриною розвитку освіти (2002 рік). Згодом Україна приєдналася до країн Європи, які підписали Болонську декларацію, спрямовану на створення єдиного європейського простору вищої освіти та розширення академічної мобільності (2005 рік). Упровадження процедури ЗНО в Україні (2008 рік) дозволило зняти інституційні бар'єри щодо доступності вищої освіти. На законодавчому рівні визначено обов'язковість дошкільної освіти для дітей віком 5 років (2010 рік). Вагомим надбанням України є приведення до міжнародних норм законодавчої та нормативно-правової бази про загальну середню освіту для дітей з особливими освітніми потребами, Конвенції ООН про права дитини (2012 рік). Україна також з 2007 року приєдналася до проведення міжнародного дослідження якості математичної і природничої освіти TIMMS.

та вищої освіти (зокрема щодо розширення доступності та якості освіти, інформатизації закладів освіти, впровадження дистанційного навчання тощо). Проблеми інфраструктурної забезпеченості системи освіти вирішувалися і через реалізацію регіональних програм соціально-економічного розвитку (наприклад, фінансування будівництва та реконструкції дитсадків, шкіл). Унормуванню окремих аспектів доступності освітніх послуг, у тому числі для соціально вразливих верств населення, сприяло ухвалення ряду Законів України («Про охорону дитинства» (2001 рік), «Про ратифікацію Європейської хартії регіональних мов або мов меншин» (2003 рік), «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» (2005 рік), «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (2005 рік), «Про зайнятість населення» (2012 рік), «Про професійний розвиток працівників» (2012 рік) та ін.). Треба також зазначити, що в Україні приділяється постійна увага питанням державної підтримки обдарованих дітей та талановитої молоді.

Наразі триває робота з подальшого реформування системи освіти (оновлення згідно з вимогами часу нормативно-правової бази системи освіти; модернізація структури, змісту та організації освіти на засадах компетентнісного підходу; забезпечення доступності безперервної освіти; якісний моніторинг освіти тощо).

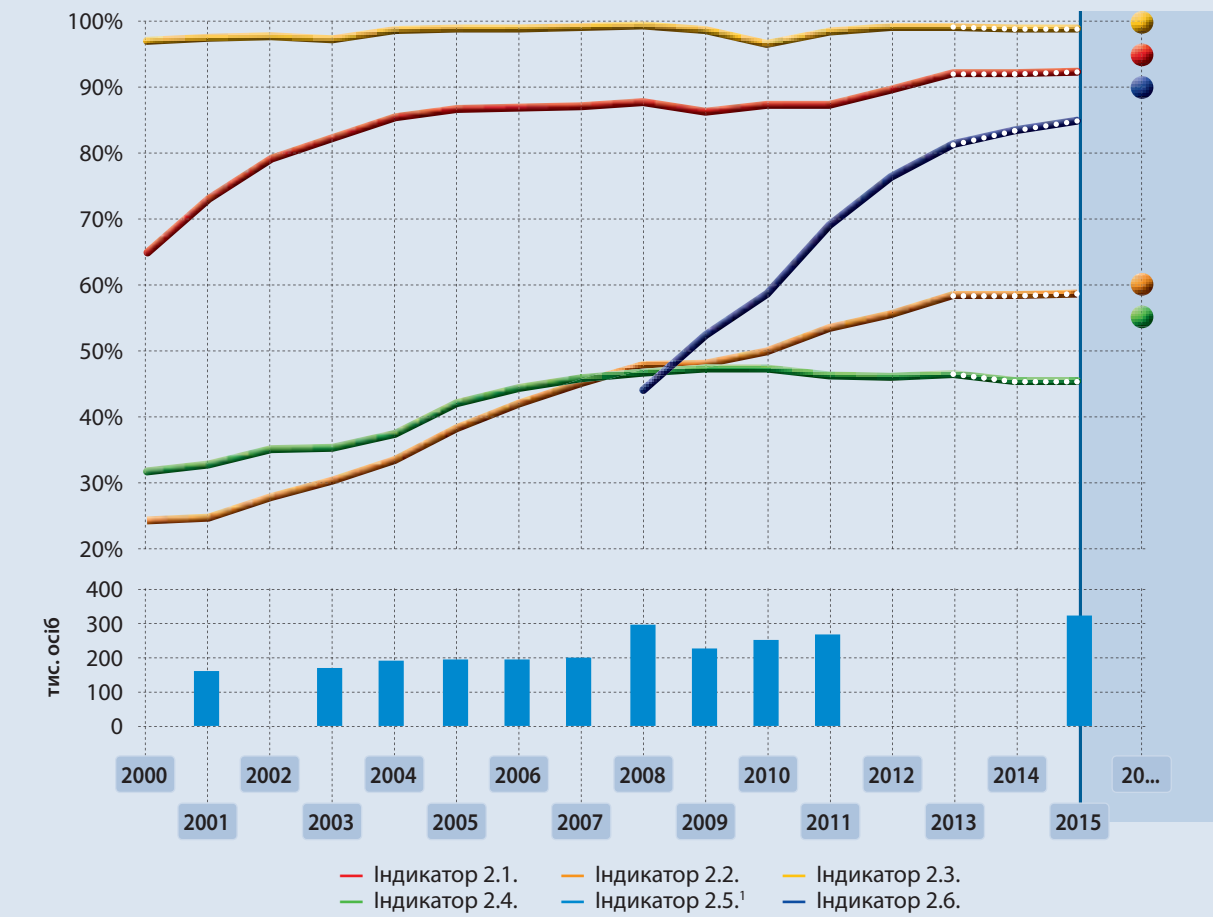
На досягнення цілі протягом 2000–2015 років було спрямовано низку різноманітних державних програм у сфері дошкільної, шкільної, позашкільної, природничо-математичної, професійно-технічної

КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

Вагомим надбанням України є розширення доступу до послуг дошкільної освіти, а отже, значне наближення до цільових індикаторів ЦРТ. Упродовж 2000–2013 років рівень охоплення ДНЗ дітей віком 3–5 років

у міських поселеннях збільшився в 1,4 раза (з 65,1% до 92,5%; цільовий індикатор – 95,0%), у сільській місцевості – у 2,4 раза (з 24,0% до 58,2%; цільовий індикатор – 60,0%).

Рис. 2.2.1. Динаміка досягнення цілі за цільовими індикаторами у 2000–2013 роках та очікувані дані за 2014–2015 роки



1) До 2008 року дані щодо підключення шкіл до Інтернету не відстежувалися;  
Джерело: Державна служба статистики України.





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

На початок 2014 року 17,8 тис. сільських населених пунктів<sup>1</sup>, у яких проживають діти віком до 6 років, взагалі не мали ДНЗ. Найближчі дитсадки для 39% цих населених

пунктів знаходяться на відстані 3–5 км, для 36% – 5–10 км, для 25% – понад 10 км.<sup>2</sup>

У регіональному розрізі у міських поселеннях рівень охоплення ДНЗ дітей віком 3–5 років відрізняється в 1,2 раза (при цьому вже у 8 регіонах досягає 100%), у сільській місцевості – 2,5 раза (максимальне значення за регіонами – 80%, мінімальне – лише 32%).<sup>3</sup>

Проблемним аспектом (з огляду на ефективність використання коштів місцевих бюджетів) є «малокомплектність» сільської мережі ДНЗ. У 2000 році середня кількість вихованців на один заклад у міжпоселенському вимірі відрізнялась у 6 разів (111 дітей у міських дитсадках та 18 дітей у сільських), 2013 році – у 5 разів (відповідно 166 та 33) (табл. 2.2.1).

Таблиця 2.2.1. Доступність дошкільної освіти за типом поселень

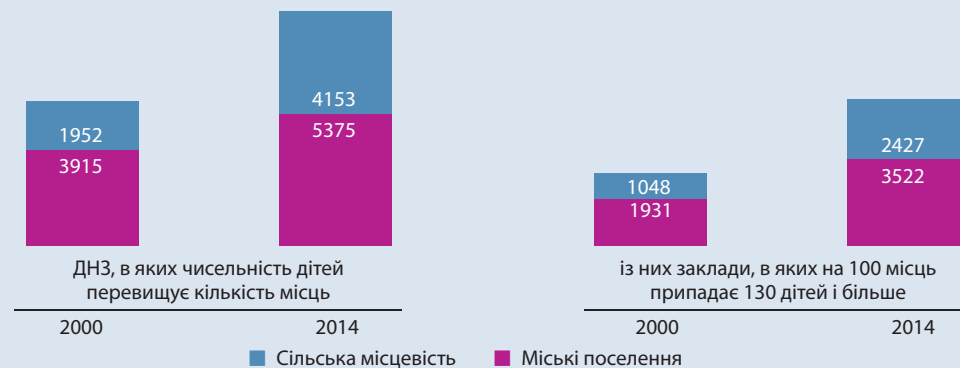
| Показники                                                            | міські поселення |        | сільська місцевість |        |
|----------------------------------------------------------------------|------------------|--------|---------------------|--------|
|                                                                      | 2000             | 2013   | 2000                | 2013   |
| Загальна чисельність дітей дошкільного віку <sup>1</sup> , тис. осіб | 1864,5           | 2308,7 | 1194,2              | 1797,9 |
| Загальна кількість вихованців ДНЗ, тис. осіб                         | 824              | 1145   | 159                 | 326    |
| Кількість місць <sup>2</sup> у ДНЗ, тис. од.                         | 832              | 880    | 285                 | 356    |
| Кількість вихованців у розрахунку на 100 місць, осіб                 | 99               | 130    | 56                  | 92     |
| Загальна кількість ДНЗ <sup>3</sup> , тис. од.                       | 7,4              | 6,9    | 8,9                 | 9,8    |
| Середня кількість вихованців на один заклад, осіб                    | 111              | 166    | 18                  | 33     |

1) Чисельність постійного населення віком 0–6 років;

2) Не враховані місця у дошкільних закладах, які не працювали протягом року або більше з будь-якої причини

Джерело: Державна служба статистики України.

Рис. 2.2.2. Загальна кількість ДНЗ, в яких чисельність дітей перевищує кількість місць



Джерело: Державна служба статистики України (дані на початок 2000 та 2014 років).

<sup>1</sup> 66% від загальної кількості сільських населених пунктів в Україні. Найбільшу частку сільських населених пунктів, де відсутні послуги дошкільної освіти, становлять села і селища із малою чисельністю дітей віком до 6 років (20 осіб і менше) – 76,1%.

<sup>2</sup> Соціально-економічне становище сільських населених пунктів України: Статистичний збірник / відп. за вип. О.О. Кармазіна. – Державна служба статистики України. – 2014. – 187 с.

<sup>3</sup> Дошкільна освіта України у 2013 році: Статистичний бюлетень / відп. за вип. І.В. Калачова. – Державна служба статистики України. – 2014. – 89 с.

#### Вставка 2.2.1. Загальна характеристика мережі дошкільної освіти.<sup>4</sup>

Для забезпечення дошкільного виховання та розвитку, задоволення освітніх і соціальних потреб дітей в Україні функціонують 16,7 тис. ДНЗ, у тому числі загального розвитку (87%), комбіновані (11%), санаторні та спеціальні (по 1%). Дошкільну освіту у ДНЗ здобувають 1471 тис. дітей, з них: у закладах загального розвитку – 69%, комбінованих – 28%, санаторних – 2%, спеціальних – 1%.

Послуги дошкільної освіти зорієнтовані насамперед на дітей віком 3 роки і старше, оскільки загальна кількість місць для них становить 83% (для дітей віком до 3-х років – 17%). За типами ДНЗ найбільш розвиненою є мережа ясел-садків – 50% (частка дитячих садків – 32%, дошкільних закладів у складі навчально-виховних комплексів – 18%).

До сфери управління МОН належать 97% ДНЗ. Майже всі заклади мають комунальну форму власності (97,3%); приватні ДНЗ складають 1,8%, державної форми власності – 0,9%. ДНЗ, що мають власну площу приміщень, становлять 90% (із них 4% закладів здають площу в оренду), орендовану – 9%, комбіновану – 1%.

У зв'язку з великим попитом населення на послуги дошкільної освіти значну частину закладів (41%) розташовано у пристосованих будинках (однак ці ДНЗ охоплюють лише 17% загальної кількості місць мережі дошкільної освіти). Усі інші заклади (59%) побудовані за типовими проектами (83% загальної кількості місць). Умови виховання, що відповідають усім сучасним вимогам, має незначна частина закладів (зокрема 45% ДНЗ мають ізолятор, 4% – басейн). Лише 10% закладів мають групи з короткотривалим перебуванням вихованців, 2% – з цілодобовим.

Українською мовою у закладах виховується 85,5% дошкільнят (частка закладів, де проводять навчання державною мовою, складає 86,4%). Також функціонують заклади з російською, угорською, румунською, молдавською та іншими мовами виховання.

Навчально-виховний процес у закладах забезпечують 152,6 тис. педагогічних штатних працівників, у тому числі: вихователі (104,9 тис.); вихователі-методисти (5,1 тис.); вчителі-дефектологи (1,1 тис.); вчителі-логопеди (3,8 тис.); практичні психологи (4,7 тис.); соціальні педагоги (0,4 тис.); музичні керівники (14,7 тис.); інструктори з фізкультури (3,4 тис.). Віковий склад педагогічних працівників: до 35 років – 32%; 35–59 років – 63%; понад 60 років – 5%. Педагогічні працівники закладів мають доволі високий освітній рівень (44% з них закінчили ВНЗ I–II р. а., 55% – ВНЗ III–IV р. а.), однак майже усі вони жінки (99%).

З кожним роком загострюється проблема нестачі місць у ДНЗ. Чисельність вихованців у розрахунку на 100 місць у міських поселеннях зростає за досліджуваний період з 99 до 130<sup>6</sup> дітей, сільській місцевості – з 56 до 92<sup>7</sup> (табл. 2.2.1). При цьому невпинно збільшується абсолютна (рис. 2.2.2) та відносна кількість закладів із надлишковою завантаженістю (2000 рік – 50% міських ДНЗ та 21% сільських; 2014 рік – 78% та 43%). Отже ця проблема не має системного вирішення у міських поселеннях і стає злостю для сільської місцевості.

Для України традиційно високими є показники охоплення дітей повною загальною середньою освітою (2013 рік – 99,6%; цільовий індикатор – 99,9%). Цей рівень освіти є обов'язковим та гарантується державою на безоплатній основі у різних типах навчальних закладах відповідного рівня (шкільної, професійно-технічної та вищої освіти). Можна констатувати, що поєднання обов'язковості, безоплатності та диверсифікації джерел отримання повної загальної середньої освіти виявилось досить ефективним механізмом освітньої політики. Застосування такого підходу дозволяє як вирівнювати освітні шанси молоді (за поселенськими та регіональними ознаками доступності відповідної навчальної інфраструктури), так і враховувати її запити щодо подальшої освітньої траєкторії (орієнтації на одночасне здобуття освіти та професії/кваліфікації).

Протягом 2000–2013 років відбулися зрушення в освітніх пріоритетах випускни-

<sup>4</sup> Дані Держстату на кінець 2013 року.

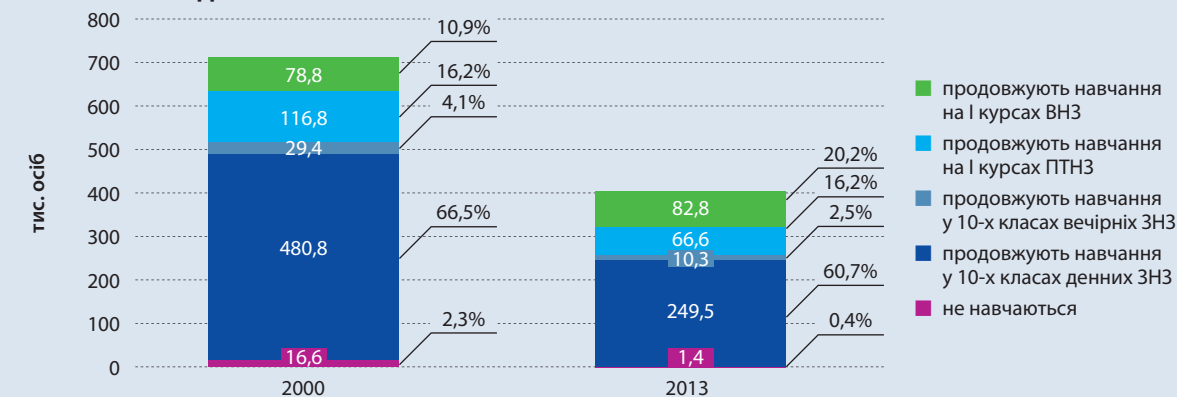
<sup>5</sup> Понад 80% навчально-виховних комплексів (2380 з 2949) функціонують у сільській місцевості, в них здобувають дошкільну освіту 57,1 тис. сільських дітей.

<sup>6</sup> По всіх регіонах України, насамперед у великих містах (за даними 2014 року завантаженість ДНЗ у Тернополі становить 183 дитини у розрахунку на 100 місць, Львові – 180, Полтаві – 172).

<sup>7</sup> Вже у 7 регіонах України завантаженість сільських ДНЗ перевищує значення 100 дітей на 100 місць.



Рис. 2.2.3. Розподіл випускників 9-х класів ЗНЗ за видами їх подальшої освітньої підготовки



Джерело: Державна служба статистики України.

ків основної школи, які здобули базову загальну середню освіту. Скоротилася частка дев'ятикласників, які продовжили навчання у денних (з 66,5% до 60,7%) та вечірніх (з 4,1% до 2,5%) школах. Водночас

значно зросла частка учнів, які поступили до ВНЗ (з 10,9 до 20,2%). Частка зарахованих до ПТНЗ залишається доволі високою та стабільною (16,2%<sup>8</sup>) (рис. 2.2.3).

Однак особливості перебігу демографічних процесів в Україні позначилися на загальній чисельності випускників 9-х класів (за досліджуваний період вона зменшилася на 43%), а отже – на подальшому формуванні обсягів учнівських та студентських контингентів. Кількість учнів 10 класів денних шкіл скоротилася на 231,3 тис. осіб, учнів вечірніх шкіл – на 19,1 тис., учнів I курсів ПТНЗ – на 50,2 тис., а кількість студентів I курсів ВНЗ зі свідоцтвом про базову середню освіту зросла на 4 тис. осіб. Щодо дев'ятикласників, які взагалі не продовжили навчання, то їх кількість зменшилася на 15,2 тис. осіб (у відносному вимірі з 2,3% до 0,4%) (рис. 2.2.3). Тобто загалом простежується позитивна тенденція – збільшення зацікавленості у здобутті більш високого освітнього рівня серед підлітків.

Вибір подальшого місця навчання дев'ятикласників часто зумовлюється поселенською та регіональною специфікою розміщення навчальних закладів. Наприклад, сільська мережа ЗНЗ фізично неспроможна забезпечити належне охоплення підлітків повною середньою освітою, що спонукає частину з них вступати до ПТНЗ або ВНЗ. У регіональному розрізі у денних школах продовжують навчання від 52,1% до 69,9% учнів, вечірніх – від 0,2% до 5,7%, закладах професійно-технічної освіти – від 5,7% до 24,8%, вищої освіти – від 12,5% до 30,7% (рис. 2.2.4). Отже, наявна освітня інф-

<sup>8</sup> У 2009 році частка дев'ятикласників, які продовжили навчання у ПТНЗ, становила 18,4%.

Таблиця 2.2.2. Охоплення освітою молоді віком 17–22 роки, %<sup>1</sup>

| Структурування за типом навчального закладу та роком навчання | 17 років | 18 років | 19 років | 20 років | 21 рік | 22 роки |
|---------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|--------|---------|
| <b>Навчалися у ЗНЗ<sup>2</sup>:</b>                           |          |          |          |          |        |         |
| 2010 рік                                                      | 17,0     | 2,6      | 0,7      | 0,5      | 0,3    | 0,3     |
| 2011 рік                                                      | 30,8     | 4,0      | 0,6      | 0,4      | 0,3    | 0,3     |
| 2012 рік                                                      | 24,1     | 3,5      | 0,7      | 0,4      | 0,3    | 0,2     |
| 2013 рік                                                      | 21,3     | 2,6      | 0,6      | 0,4      | 0,3    | 0,2     |
| <b>Навчалися у ПТНЗ:</b>                                      |          |          |          |          |        |         |
| 2010 рік                                                      | 23,8     | 15,5     | 5,4      | 1,9      | 0,8    | 0,4     |
| 2011 рік                                                      | 22,3     | 15,2     | 5,6      | 2,0      | 0,9    | 0,5     |
| 2012 рік                                                      | 24,2     | 19,1     | 6,3      | 2,1      | 0,9    | 0,5     |
| 2013 рік                                                      | 23,7     | 17,8     | 7,0      | 2,5      | 1,1    | 0,7     |
| <b>Навчалися у ВНЗ I–IV р. а.:</b>                            |          |          |          |          |        |         |
| 2010 рік                                                      | 51,3     | 60,6     | 55,5     | 49,6     | 42,7   | 27,5    |
| 2011 рік                                                      | 43,9     | 60,2     | 55,9     | 49,9     | 42,3   | 27,2    |
| 2012 рік                                                      | 45,8     | 59,0     | 55,4     | 49,8     | 42,5   | 26,9    |
| 2013 рік                                                      | 47,0     | 58,9     | 56,8     | 50,1     | 42,8   | 25,9    |

1) Частка у постійному населенні відповідного віку.

2) Без учнів спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) та учнів спеціальних класів.

Джерело: Державна служба статистики України.

раструктура регіону багато в чому визначає види подальшої освітньої підготовки підлітків та запускає механізми внутрішньорегіональної та міжрегіональної міграції молоді.

Після висхідної тенденції протягом 2000–2010 років, у 2011–2012 роках в Україні зафіксовано незначне зниження індикатора охоплення вищою освітою осіб віком 17–22 років (2010 рік – 47,0%; 2011 рік – 45,9%; 2012 рік – 45,7%; 2013 рік – 46,1%; цільовий індикатор – 56%). Однією з основних причин відсутності прогресу у виконанні запланованого індикатора ЦРТ є структурні зрушення у чисельності учнівських та студентських контингентів відповідного віку (табл. 2.2.2).

Збільшення частки 17–18-річних серед школярів (унаслідок переходу на 11-річне навчання у ЗНЗ з 2011 року) і учнів ПТНЗ зумовило скорочення основного студентського контингенту, тобто осіб віком 17–18 років. При цьому рівень охоплення вищою освітою молоді віком 19–20 років має позитивну тенденцію, 21-річних – залишається стабільним, а 22-річних – дещо скорочується.

Питома вага студентів, які мають можливість навчатися за рахунок державного та місце-

вих бюджетів, щорічно збільшується (з 37,8% у 2005/06 н. р.<sup>9</sup> до 47,3% у 2013/14 н. р.<sup>10</sup>). Це свідчить про збереження доступності вищої освіти для молоді. Однак вагомою залишається частка тих, хто навчається за власні кошти (61,5% та 52,3% відповідно). Участь приватних фірм, корпорацій, органів державної влади у підготовці фахівців є мізерною (0,7% та 0,4%).

Традиційно високою в Україні є участь жінок у здобутті вищої освіти (індекс ґендерного паритету серед студентів ВНЗ різних рівнів акредитації вказує навіть на ґендерний дисбаланс на користь жінок). Досить позитивною тенденцією можна вважати їх зростаючу зацікавленість у отриманні наукових ступенів кандидатів і докторів наук<sup>11</sup> (рис. 2.2.5).

Доволі висока частка учнів, які відразу після закінчення основної та старшої школи стають студентами ВНЗ (2013 рік – 19,8 та

<sup>9</sup> За попередні роки інформація щодо загальної чисельності студентів за джерелами фінансування їх навчання органами державної статистики не узагальнювалася.

<sup>10</sup> У 2014/15 н. р. частка складає 49,4% (без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя; по ВНЗ Донецької та Луганської областей, урахувані ті, що в 2014 році подали звітність до органів державної статистики).

<sup>11</sup> Другий етап вищої освіти (МСКО 6).

Рис. 2.2.4. Регіональні особливості розподілу випускників 9-х класів ЗНЗ за видами подальшої освітньої підготовки, 2013/14 н. р., %

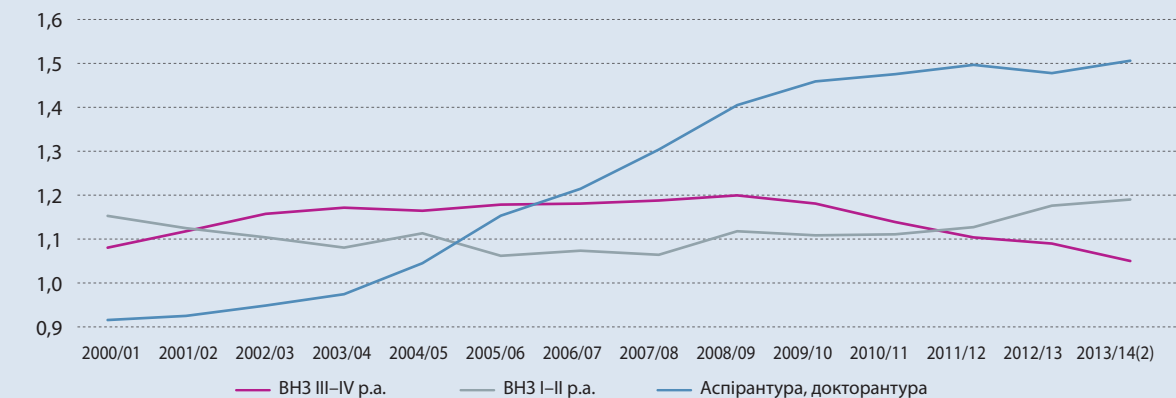


Джерело: Державна служба статистики України





Рис. 2.2.5. Індекси гендерного паритету<sup>1</sup> серед студентів, аспірантів та докторантів



1) Співвідношення чисельності осіб жіночої та чоловічої статі (методика ЮНЕСКО);

2) За 2013/14 н. р. без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя.

Враховано інформацію по ВНЗ Донецької та Луганської областей, що в 2014 році подали звітність до органів державної статистики.

Джерело: Державна служба статистики України.

45,4% відповідно), свідчить про безперервність переходу між середньою та вищою ланками освіти в Україні (табл. 2.2.3).

Високим залишається попит на вищу освіту серед випускників минулих років (19,3%, або 85 тис. осіб), стабільним – серед випускників ПТНЗ (2,6%, або 11,6 тис.). Також продовжили підвищувати освітньо-кваліфікаційний рівень 12,5% випускників ВНЗ I–II р. а. (55 тис. осіб) та 0,5% випускників ВНЗ III–IV р. а. (2 тис.). Загальна кількість осіб, які здобували у 2013 році вже другу вищу освіту, становить 1,8 тис. та 16,9 тис. відповідно.

Частка зарахованих на початковий цикл навчання до ВНЗ із числа сільської молоді залишається доволі стабільною – близько її третини (питома вага сільських жителів у структурі наявного населення України становить також майже третину<sup>12</sup>). Це вказує на збереження доступності вищої освіти для сільської молоді (у тому числі завдяки її зарахуванню до ВНЗ за цільовим направленням згідно з встановленою квотою, хоча обсяги такої квоти з 2015 року будуть значно скорочуватися).

Протягом 2000–2013 років зафіксовано позитивну динаміку кількості студентів з

Таблиця 2.2.3. Загальна інформація про осіб, які зараховані на початковий цикл навчання до ВНЗ I–IV р. а., %

| Зараховані за рівнем освіти, часом закінчення навчального закладу та місцевістю проживання | 2005 <sup>1</sup> | 2013 | 2014 <sup>2</sup> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------|-------------------|
| Абітурієнти, які закінчили у поточному році ЗНЗ, у тому числі:                             |                   |      |                   |
| основну школу зі свідоцтвом про базову загальну середню освіту                             | 72,4              | 65,2 | 64,4              |
| старшу школу з атестатом про повну загальну середню освіту                                 | 13,5              | 19,8 | 19,5              |
| Особи, які закінчили у поточному році ПТНЗ з отриманням повної загальної середньої освіти  | 58,9              | 45,4 | 44,9              |
| Особи, які закінчили у поточному році ПТНЗ з отриманням повної загальної середньої освіти  | 3,0               | 2,6  | 2,6               |
| Особи, які закінчили у поточному році ВНЗ I–II р. а.                                       | 7,7               | 12,5 | 15,2              |
| Особи, які закінчили у поточному році ВНЗ III–IV р. а.                                     | 0,4               | 0,5  | 0,4               |
| Випускники різних навчальних закладів минулих років                                        | 16,4              | 19,3 | 17,4              |
| Зараховані до ВНЗ у поточному році з числа міської молоді                                  | 69,4              | 70,8 | 68,7              |
| Зараховані до ВНЗ у поточному році з числа сільської молоді, у т.ч.:                       | 30,6              | 29,2 | 31,3              |
| за цільовим направленням згідно з встановленою квотою                                      | 3,5               | 2,6  | 2,5               |

1) За попередні роки інформація про освітній рівень зарахованих до ВНЗ органами державної статистики не збиралася.

2) Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя. Враховано інформацію по ВНЗ Донецької та Луганської областей, що в 2014 році подали звітність до органів державної статистики.

Джерело: Державна служба статистики України.

<sup>12</sup> Станом на 01.01.2013 року – 31,1%.

Рис. 2.2.6. Динаміка кількості штатних працівників, які проходили професійне навчання та підвищення кваліфікації



Джерело: Державна служба статистики України.

числа соціально вразливих категорій населення: інвалідів (з 4,7 тис. до 19,6 тис. осіб); дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які перебувають на повному державному утриманні (з 4,0 тис. до 18,5 тис. осіб).

Україна зміцнює свої позиції на міжнародному ринку освітніх послуг: кількість студентів з числа іноземних громадян зросла з 12,9 тис. осіб (0,67% до загальної чисельності вітчизняних студентів) у 2000/01 н. р. до 59,4 тис. (2,89%) у 2013/14 н. р.

За ці роки покращився фаховий склад науково-педагогічних працівників вітчизняних ВНЗ: частка кандидатів наук зросла з 31,9 до 51,5%, докторів наук – з 5,4 до 10,6%, доцентів – з 22,6 до 35,1%, професорів – з 5,2 до 9,3%.

Україна взяла зобов'язання щодо збільшення удвічі кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили кваліфікацію<sup>13</sup>. Це завдання залишається вкрай актуальним з огляду на необхідність подолання дефіциту робітничих кадрів та підвищення професійного рівня працівників. Однак офіційна статистика свідчить, що

обсяги навчання персоналу на виробництві залишаються незначними<sup>14</sup>.

Загальна кількість працівників, які проходили професійне навчання та підвищення кваліфікації, у 2000 році складала 1150,8 тис., у 2013 році – 1217,8 тис. осіб (рис. 2.2.6). Проте динаміка цього показника не є сталою.<sup>15</sup> Додаткові розрахунки показали, що навіть при збереженні темпів зростання, які спостерігалися у 2004–2007 роках, збільшення цього показника удвічі до 2015 року було б досить проблематичним.

Кількість працівників, які підвищили кваліфікацію, значно перевищує обсяги навчених новим професіям, і цей розрив щорічно поглиблюється (2000 рік – 2,9 разу; 2013 рік – 5,2 разу).

Питома вага працівників, які проходили професійне навчання та підвищення кваліфікації (у % до облікової кількості штатних працівників), зросла з 8,7% до 11,8% (рис. 2.2.6). Проте збільшення відносної величини цього показника зумовлене радше загальною негативною тенденцією на ринку праці – щорічним скороченням чисельності штатних працівників (лише за останній рік – на 370,4 тис. осіб, а з 2000 року – на 2,8 млн, з 13,2 млн до 10,4 млн осіб).

У структурі професійної підготовки працівників за видами навчання вагомою залишається

<sup>13</sup> Цільовим індикатором 2.5 «Сукупний валовий показник кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили свою кваліфікацію» було заплановано досягти у 2015 р. значення 320 тис. осіб (2001 рік – 158 тис.). Наразі відстежити зрушення за цим індикатором неможливо, оскільки методологія його розрахунку не узгоджується з існуючою державною звітністю зі статистики праці за формою № 6-ПВ (річна) «Звіт про кількість працівників, їхній якісний склад та професійне навчання». Тому аналіз ситуації щодо професійного навчання (підготовки та перепідготовки) та підвищення кваліфікації працівників буде ґрунтуватися на офіційних даних Держстату.

<sup>14</sup> Праця України у 2013 році: Статистичний збірник / Відп. за випуск І.В.Сеник. – Держстат України. – К.: ТОВ Видавництво «Консультант», 2014. – 336 с.

<sup>15</sup> Унаслідок економічної кризи 2009 року загальні обсяги підготовки та перепідготовки працівників у цей рік були найнижчими.



перепідготовка (2005 рік – 62,4%; 2013 рік – 71,1%). Обсяги первинної підготовки скоротилися (з 37,6% до 28,9%) (табл. 2.2.4).

Оскільки професійне навчання проходять в основному працівники підприємств промисловості (2013 рік – 70,1% від усіх навчених новим професіям за видами економічної діяльності), то воно здійснюється за індивідуальними або курсовими формами підготовки безпосередньо на виробництві (72,8%). У навчальних закладах професійне навчання проходять менше третини працівників, однак майже всі – у ПТНЗ. Для підвищення кваліфікації використовують різноманітні форми навчання (ста-

жування, спеціалізацію, довгострокове та короткотермінове навчання, на виробничо-технічних курсах, курсах цільового призначення). За професійними групами найбільша частка (більше половини) традиційно припадає на професіоналів, фахівців та керівників, більше третини – на робітників та технічних службовців.

Для працівників з високим кваліфікаційним рівнем підвищення кваліфікації, як правило, організується у навчальних закладах різних типів (2013 рік – 54,3% серед тих, хто підвищував кваліфікацію; по закладах охорони здоров'я та надання соціальної допомоги їх частка становить 93,5%, освіти – 91,7%).

Таблиця 2.2.4. Професійна підготовка та підвищення кваліфікації працівників, %

| Підвищення професійного рівня працівників за статтю, видами і місцем навчання, професійними групами         | 2005 | 2013 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Професійна підготовка працівників (навчено новим професіям), у % до облікової кількості штатних працівників | 2,8  | 1,9  |
| За статтю:                                                                                                  |      |      |
| – жінки, у % до облікової кількості працюючих жінок                                                         | 1,3  | 0,8  |
| – чоловіки, у % до облікової кількості працюючих чоловіків                                                  | 4,4  | 3,3  |
| За видами підготовки, у % до облікової кількості працівників, які пройшли навчання (=100%)                  |      |      |
| – первинна підготовка                                                                                       | 37,6 | 28,9 |
| – перепідготовка                                                                                            | 62,4 | 71,1 |
| За місцем навчання, у % до облікової кількості працівників, які пройшли навчання (=100%)                    |      |      |
| – на виробництві, з них за формами навчання:                                                                | 78,7 | 72,8 |
| • індивідуальна                                                                                             | 41,1 | 37,8 |
| • курсова                                                                                                   | 37,6 | 35,0 |
| – у навчальних закладах, з них за рівнями освіти:                                                           | 21,3 | 27,2 |
| • у ПТНЗ                                                                                                    | 17,2 | 23,7 |
| • у ВНЗ                                                                                                     | 4,1  | 3,5  |
| Підвищення кваліфікації працівників, у % до облікової кількості штатних працівників                         | 8,5  | 9,9  |
| За статтю:                                                                                                  |      |      |
| – жінки, у % до облікової кількості працюючих жінок                                                         | 6,6  | 8,0  |
| – чоловіки, у % до облікової кількості працюючих чоловіків                                                  | 10,6 | 12,1 |
| За місцем навчання, у % до облікової кількості працівників, які підвищили кваліфікацію (=100%)              |      |      |
| – на виробництві                                                                                            | 55,1 | 45,7 |
| – у навчальних закладах                                                                                     | 44,9 | 54,3 |
| За професійними групами, у % до облікової кількості працівників, які підвищили кваліфікацію (=100%)         |      |      |
| – керівники                                                                                                 | 11,6 | 16,4 |
| – професіонали, фахівці                                                                                     | 41,4 | 47,5 |
| – технічні службовців                                                                                       | 4,0  | 2,8  |
| – робітники                                                                                                 | 43,0 | 33,3 |
| • з них підвищили розряд                                                                                    | 14,0 | 8,1  |

Джерело: розраховано за даними Держстату України.

Рис. 2.2.7. Динаміка частки денних ЗНЗ, що підключені до Інтернету



1) Дані за 2014 рік без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя. Враховано інформацію по ЗНЗ Донецької та Луганської областей, що в 2014 році подали звітність до органів державної статистики. Джерело: розраховано за даними Держстату України.

Майже половина працівників (45,7%) підвищує свій професійний рівень на робочих місцях: передусім це працівники промисловості (77,7%), фінансисти та страховики (69,1%), зайняті у сфері інформації та телекомунікації (67,9%)<sup>16</sup>.

Серед працівників, які проходять професійну підготовку та підвищення кваліфікації, переважають чоловіки (табл. 2.2.4).

В Україні також підвищують кваліфікацію<sup>17</sup> державні службовці (2013 рік – 19,9%, або 66,8 тис. осіб) і посадові особи місцевого самоврядування (15,1%, або 14,8 тис.). Функціонує державна система для підготовки та перепідготовки безробітного населення (упродовж 2013 року у навчальних закладах пройшли навчання 217,0 тис. осіб, або 14,1% від загальної кількості безробітних, які були зареєстровані Державною службою зайнятості)<sup>18</sup>.

На думку багатьох експертів<sup>19</sup>, значний потенціал для України становить розвиток ваучерної програми навчання дорослих, яка почала працювати з 2013 року<sup>20</sup>. Право на отримання

ваучера (для безкоштовної перекваліфікації за рахунок коштів Фонду державного соціального страхування на випадок безробіття) передбачено для осіб віком старше 45 років, які мають професійно-технічну або вищу освіту. У 2013 році ваучери отримали 8,6 тис. працюючих осіб, у 2014 році – 5,7 тис. Основною причиною невикористання вищого ваучера є проблема з пошуком навчального закладу, який пропонує зручні освітні програми для цієї категорії дорослого населення. Разом з цим багато ВНЗ та ПТНЗ зацікавлені брати участь у ваучерній програмі.

Протягом останніх років в Україні особлива увага приділялася впровадженню ІКТ у навчальний процес<sup>21</sup>. За цим напрямом МОН, місцеві органи влади та навчальні заклади активно співпрацюють з відомими світовими корпораціями та вітчизняними компаніями. Процес інформатизації освіти (на всіх її рівнях) має вагоме значення для формування навичок користування комп'ютером та розширення доступності ІКТ серед дітей, молоді та дорослого населення.

Частка ЗНЗ, що підключені до Інтернету, збільшилася з 44,0% у 2008 році до 81,6% у 2013 році (у 2014 році\* – 83,7%; цільовий індикатор – 90,0%). По міських поселеннях цей показник з 2010 року вже перевищує заплановане значення та майже досягнув 100%. У сільській місцевості процес підключення шкіл до глобальної мережі проходить більш повільними темпами (рис. 2.2.7). Аналіз забезпеченості шкіл комп'ютерною технікою також висвітлює міжпоселенську диференціацію практично за всіма кількісними та якісними параметрами (табл. 2.2.5).

<sup>16</sup> Праця України у 2013 році: Статистичний збірник / Відп. за випуск І.В.Сеник. – Держстат України. – К.: ТОВ Видавництво «Консультант», 2014. – 336 с.

<sup>17</sup> У тому числі з питань державного управління за професійними програмами, програмами тематичних семінарів та стажування.

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

<sup>19</sup> Матеріали круглого столу «Програма ваучерів на навчання дорослих: аналіз ситуації, міжнародний досвід та перспективи» проекту ПРООН в Україні «Підтримка реформи соціального сектору в Україні» (м. Київ, 2 квітня 2015 року) [http://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/presscenter/articles/2015/04/07/-/]

<sup>20</sup> Закон України «Про зайнятість населення», 2012 рік (з березня 2015 року програму ваучерів поширено й на певні категорії учасників АТО та внутрішньо переміщених осіб).

<sup>21</sup> Зокрема і через реалізацію державної цільової програми «Сто відсотків».





Таблиця 2.2.5. Забезпеченість денних ЗНЗ комп'ютерною технікою, 2014/15 н. р.<sup>1</sup>

| Показники                                                                                                   | Міські поселення | Сільська місцевість |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|
| Загальна кількість ЗНЗ <sup>2</sup> , од.                                                                   | 5 330            | 11 791              |
| Загальна чисельність учнів <sup>3</sup> , осіб                                                              | 2 476 797        | 1 198 279           |
| Частка ЗНЗ, що мають комп'ютери, %                                                                          | 99,3             | 94,2                |
| Кількість ЗНЗ, які не мають комп'ютерів, од.                                                                | 38               | 682                 |
| Загальна кількість комп'ютерів <sup>4</sup> у ЗНЗ, тис. од.                                                 | 152 918          | 117 418             |
| Кількість комп'ютерів на один заклад (у середньому), од.                                                    | 28,7             | 9,9                 |
| Частка технічно несправних комп'ютерів, %                                                                   | 12,9             | 13,1                |
| Частка комп'ютерів, термін придбання яких становить понад 5 років, %                                        | 59,6             | 66,6                |
| Частка ЗНЗ, які мають навчальні кабінети основ інформатики й обчислюваної техніки, %                        | 94,6             | 76,8                |
| Загальна кількість робочих місць з комп'ютером (у кабінетах інформатики й обчислюваної техніки), од.        | 84 378           | 82 145              |
| Кількість робочих місць з комп'ютером (у кабінетах інформатики й обчислюваної техніки) на 1 тис. учнів, од. | 34               | 69                  |

1) без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя. Враховано інформацію по ЗНЗ Донецької та Луганської областей, що в 2014 році подали звітність до органів державної статистики;

2) без спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів);

3) без учнів спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) та учнів спеціальних класів;

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

Джерело: розраховано за даними Держстату України.

Таблиця 2.2.6. Доступність ІКТ для молоді України, %

| Розрізи дослідження      | Коли-небудь користувалися комп'ютером |             | Протягом останнього місяця користувалися комп'ютером <sup>1</sup> |             | Коли-небудь користувалися Інтернетом |             | Протягом останнього місяця користувалися Інтернетом <sup>1</sup> |             |
|--------------------------|---------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------|-------------|
|                          | жінки                                 | чоловіки    | жінки                                                             | чоловіки    | жінки                                | чоловіки    | жінки                                                            | чоловіки    |
| <b>Вік:</b>              |                                       |             |                                                                   |             |                                      |             |                                                                  |             |
| 15–19 років              | 97,3                                  | 98,6        | 88,4                                                              | 92,6        | 94,3                                 | 96,0        | 84,6                                                             | 86,2        |
| 20–24 роки               | 96,2                                  | 96,2        | 80,0                                                              | 85,2        | 92,5                                 | 93,8        | 77,9                                                             | 83,2        |
| <b>Місцевість:</b>       |                                       |             |                                                                   |             |                                      |             |                                                                  |             |
| Міська                   | 97,7                                  | 98,7        | 88,6                                                              | 93,5        | 96,0                                 | 97,5        | 87,8                                                             | 90,9        |
| Сільська                 | 93,7                                  | 93,4        | 68,6                                                              | 74,9        | 85,3                                 | 87,4        | 60,3                                                             | 67,4        |
| <b>Освіта:</b>           |                                       |             |                                                                   |             |                                      |             |                                                                  |             |
| Середня                  | 93,3                                  | 94,9        | 73,3                                                              | 80,4        | 86,9                                 | 90,4        | 69,1                                                             | 72,5        |
| Вища                     | 98,8                                  | 99,2        | 89,5                                                              | 94,8        | 97,1                                 | 98,2        | 87,5                                                             | 93,9        |
| <b>Рівень добробуту:</b> |                                       |             |                                                                   |             |                                      |             |                                                                  |             |
| Найнижчий                | 85,4                                  | 87,8        | 49,7                                                              | 61,4        | 74,5                                 | 79,1        | 44,0                                                             | 54,8        |
| Нижчий від середнього    | 96,7                                  | 98,3        | 79,9                                                              | 82,9        | 91,7                                 | 93,5        | 73,4                                                             | 75,4        |
| Середній                 | 97,2                                  | 97,8        | 85,3                                                              | 92,5        | 93,6                                 | 97,8        | 82,0                                                             | 87,8        |
| Вищий від середнього     | 99,4                                  | 99,9        | 92,5                                                              | 98,0        | 98,2                                 | 98,9        | 89,4                                                             | 95,8        |
| Найвищий                 | 99,8                                  | 99,8        | 95,1                                                              | 98,6        | 99,9                                 | 99,8        | 97,3                                                             | 98,3        |
| <b>Усього</b>            | <b>96,7</b>                           | <b>97,3</b> | <b>83,4</b>                                                       | <b>88,5</b> | <b>93,2</b>                          | <b>94,8</b> | <b>80,6</b>                                                      | <b>84,6</b> |

1) Щонайменше один раз на тиждень.

Джерело: за даними Multiple Indicator Cluster Survey, 2012.

Вставка 2.2.2. Доступність ІКТ для населення України

У рамках МІКС-2012 в Україні вивчалася доступність ІКТ для молоді віком 15–24 років. Як показало дослідження, у користуванні комп'ютером та Інтернетом майже немає гендерних відмінностей. Ці відмінності більш помітні серед молоді 15–19 років, вони значною мірою пов'язані з рівнем добробуту, типом місцевості, а також рівнем освіти. Ці відмінності стають помітніші при дослідженні можливостей постійного використання ІКТ.

Єдиною перевагою сільських шкіл можна вважати те, що їхні учні можуть витрачати більше часу на заняття у кабінетах основ інформатики й обчислювальної техніки, оскільки в середньому на 1 тис. сільських учнів припадає у 2 рази більше робочих місць з комп'ютером, аніж у міських школах. Однак переважна кількість таких навчальних кабінетів із комп'ютеризованими робочими місцями функціонують у сільських ЗНЗ І–ІІІ ступеня<sup>23</sup> – менше третини).

Моніторингові дослідження Інституту соціології НАН України<sup>24</sup> показали, що протягом 2002–2014 років навички користування ІКТ та їх доступність для населення України значно покращилися. Так, зросла частка тих, хто вміє користуватися комп'ютером (з 17,7% до 64,5%); має домашній комп'ютер (з 4,7% до 56,8%); використовують комп'ютер у вільний час (з 5,3% до 32,1%); користуються Інтернетом вдома (з 1,1% до 55,6%) (табл. 2.2.6).

Таблиця 2.2.7. Доступність ІКТ для населення України, %

| Відповіді на окремі запитання моніторингових опитувань щодо навичок користування ІКТ та їх доступності                                              | 2002              | 2014 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------|
| <b>Чи вмієте Ви користуватися комп'ютером?</b>                                                                                                      |                   |      |
| Не вмію і ніколи не користуюсь                                                                                                                      | 79,8              | 34,6 |
| Вмію працювати на комп'ютері, іноді користуюсь                                                                                                      | 13,3              | 40,7 |
| Вмію і постійно використовую в роботі                                                                                                               | 4,4               | 23,8 |
| <b>Чи плануєте Ви найближчим часом придбати для себе (для Вашої сім'ї) комп'ютер?</b>                                                               |                   |      |
| Так, планую                                                                                                                                         | 11,1 <sup>1</sup> | 4,9  |
| Ні (вже маю)                                                                                                                                        | 12,7 <sup>1</sup> | 54,4 |
| Ні (немає потреби)                                                                                                                                  | 29,4 <sup>1</sup> | 23,0 |
| Ні (не маю можливості)                                                                                                                              | 41,3 <sup>1</sup> | 14,0 |
| Важко сказати                                                                                                                                       | 5,3 <sup>1</sup>  | 3,4  |
| <b>Чи користуєтесь Ви Інтернетом?<sup>2</sup></b>                                                                                                   |                   |      |
| Не маю потреби і ніколи не користуюсь                                                                                                               | 80,7              | 35,1 |
| Маю потребу, але не маю можливостей користуватися                                                                                                   | 13,0              | 5,6  |
| Користуюся вдома                                                                                                                                    | 1,1               | 55,6 |
| Користуюся на роботі                                                                                                                                | 2,6               | 15,7 |
| Користуюся в Інтернет-кафе, комп'ютерному клубі тощо                                                                                                | 1,5               | 2,4  |
| <b>Чи має Ваша сім'я комп'ютер?<sup>3</sup></b>                                                                                                     |                   |      |
| Так                                                                                                                                                 | 4,7               | 56,8 |
| <b>Чи використовували Ви комп'ютер (пошук інформації, ігри, створення програм тощо) у вільний від основної та домашньої роботи час?<sup>4</sup></b> |                   |      |
| Так                                                                                                                                                 | 5,3               | 32,1 |

1) Дані за 2005 рік.

2) Обиралося кілька варіантів відповідей із запропонованого переліку.

3) Запитання з блоку «Матеріальний статус сім'ї» в оригіналі сформульовано так: «Відзначте, будь ласка, що з наведено нижче має Ваша сім'я».

4) Запитання з блоку «Вільний час, дозвілля» в оригіналі сформульовано так: «Нижче наведено перелік занять людей у вільний від основної та домашньої роботи час. Відзначте всі ті з них, якими Ви займалися принаймні раз впродовж останніх 7 днів (разом із вихідними)».

Джерело: за даними Інституту соціології НАН України.

<sup>22</sup> МСКО 1–3.

<sup>23</sup> МСКО 1–2.

<sup>24</sup> Українське суспільство: моніторинг соціальних змін / за заг. ред. В.Ворони, М.Шульги. – Вип. 1(15). – Том 2. – Інституту соціології НАН України. – К., 2014. – 412 с.



## ПРОБЛЕМИ ТА НОВІ ВИКЛИКИ

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

Однак поживавлення реформаторської діяльності поки що не змінило найбільш консервативні елементи системи освіти – її економіку та систему управління. Доволі значні фінансові потоки в освітню галузь (у тому числі й за рахунок коштів домогосподарств) за ці роки не вдалося використати як інструмент налагодження ефективності її функціонування, насамперед значного покращання якості освітніх послуг на всіх рівнях освіти.

В Україні спостерігаються наднизькі темпи впровадження концепції освіти впродовж життя. Відсутність ефективної міжсекторальної координації призводить до гальмування діяльності, спрямованої на доросле населення, яке починає входити або вже увійшло у зону соціальних ризиків. У стадії формування перебуває напрям «Університет третього віку»<sup>25</sup>. Система професійної підготовки та підвищення кваліфікації працівників, як і раніше, важко знаходить усі точки взаємодії з реальним сектором. Залишаються неврегульованими питання повноцінної інтеграції позашкільної освіти, а визнання неформальної освіти стартувало на законодавчому рівні лише з 2012 року.

Новим викликом може стати імплементація Закону України «Про вищу освіту» (2014 рік). За оцінками фахівців МОН, наразі необхідно підготувати кілька десятків нормативно-правових документів для ґрунтового оновлення академічного укладу освітньої галузі. ВНЗ потрібно розробити освітні (наукові) програми (в межах ліцензованих спеціальностей) з переліком навчальних дисциплін, визначити кількість кредитів Європейської

кредитної трансферно-накопичувальної системи для виконання програм, очікувані результати навчання (компетентності), якими повинен оволодіти здобувач відповідного ступеня вищої освіти (молодший бакалавр, бакалавр, магістр, доктор філософії, доктор наук). На підставі освітньої програми за кожною спеціальністю ВНЗ необхідно визначитися з формою проведення занять та їх обсягом, графіком навчального процесу, формами поточного і підсумкового контролю, нормами часу навчальної та іншої роботи педагогічних і науково-педагогічних працівників. Також запроваджується нова процедура акредитації освітніх програм.

Радикальними (але необхідними з огляду на демографічні та соціально-економічні реалії) є кроки щодо впорядкування мережі вищої освіти<sup>26</sup>, зміни механізму державного замовлення на підготовку фахівців. При цьому Україна вже зіткнулася з проблемою щорічного збільшення кількості молоді, яка обирає для отримання вищої освіти навчальні заклади інших країн<sup>27</sup>.

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

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

<sup>26</sup> Наразі вона буде представлена такими типами ВНЗ: університети; академії та інститути; коледжі (тобто поняття «рівень акредитації» для ВНЗ скасовується).

<sup>27</sup> За даними аналітичного центру CEDOS, протягом 2009–2014 років чисельність українських студентів за кордоном зросла на 82% (без урахування даних з Російської Федерації). У 2013/2014 н. р. кількість українців на студіях в іноземних університетах становила 40996 осіб (без даних по РФ, Греції, Туреччині та Хорватії) [http://www.cedos.org.ua/uk/osvita/kilkist-studentiv-ukraintsiv-za-kordonom].

<sup>25</sup> Перший «Університет третього віку» з'явився в Україні у 2007 році. Лише з 2011 року Міністерство соціальної політики України почало впроваджувати таку соціально-педагогічну послугу на базі територіальних центрів соціального обслуговування. Однак кількість таких університетів, незважаючи на високу популярність серед літніх людей, вкрай обмежена.

### Вставка 2.2.3. Збереження доступності освіти для вимушених переселенців та жителів зони проведення антитерористичної операції (АТО).

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

За даними Уповноваженого Президента України з прав дитини на кінець січня 2014 року, на окупованих територіях Донбасу залишалося 500 тис. дітей, з них майже 5 тис. дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування [http://zn.ua/UKRAINE/].

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

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

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

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

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

Однак такі новації не тільки розширюють повноваження органів місцевого самоврядування, а й породжують нові виклики для них, таких як: гарантування населенню доступності та якості послуг у ДНЗ та ЗНЗ; реальні можливості визначення обсягів відповідних субвенцій; залучення додаткового фінансування для модернізації навчальних закладів, у тому числі створення належних умов для навчання дітей з особливими освітніми потребами; збереження кадрового потенціалу навчальних закладів. Отже, місцевій владі (територіальній громаді) фактично пропонується самотужки вирішувати комплекс проблем, що накопичувалися протягом багатьох років.

Наприклад, украї суперечливим залишається питання щодо доцільності утримання «малокомплектних» шкіл<sup>28</sup>. Незважаючи на доволі високі затрати на їх утримання, в них важко забезпечити належну якість освіти (у тому числі для старшокласників, які мають намір здобувати освіту у престижних ВНЗ). Однак подальше розширення мережі навчально-виховних комплексів та процес оптимізації шкіл гальмується через припи-

<sup>28</sup> За даними МОН, в Україні функціонує майже 5 тис. шкіл, в яких в одному закладі у середньому навчається менше 40 учнів. Вартість навчання одного учня в таких школах може сягати 60 тис. грн на рік (у школах районного центру – лише 6–9 тис. грн на рік).

нення (з 2015 року) державного фінансування програми «Шкільний автобус», а отже, цією послугою залишаються неохопленими 25 тис. учнів міст і селищ міського типу та 8 тис. учнів, які проживають у селах і селищах<sup>29</sup>.

Серйозним викликом є **об'єктивні складнощі у забезпеченні системного підходу до доступності освітніх послуг для вимушених переселенців та осіб, які проживають у зоні проведення антитерористичної операції**. Безпрецедентні та трагічні події в Україні порушили координаційну сталість освітньої системи. Її інфраструктура скоротилася через анексію АР Крим, зазнала значних пошкоджень або взагалі зруйнована внаслідок бойових дій на Донбасі. Україна вперше зіткнулася з проблемою неодноразових та значних за обсягами «хвиль» вимушених переселенців, зокрема у частині забезпечення їх конституційного права на освіту.

До цього додалися численні проблеми організаційного, фінансового, кадрового та нормативно-правового характеру: термінова евакуація навчальних закладів; налагодження нормального навчального

<sup>29</sup> Учні, які проживають на відстані більше 3 км від школи і потребують підвезення. Розраховано за даними Держстату на початок 2014/15 н. р.





процесу для окремих категорій дітей та молоді<sup>30</sup>; збереження доступності вищої освіти та професійно-технічної освіти в українських навчальних закладах через участь у основній та додатковій сесіях ЗНО

(вставка 2.2.3). Адаптація значної частини вимушених переселенців ускладнюється через необхідність не тільки усунення «розривів» у періоді їх навчання, а й своєчасної психологічної допомоги та реабілітації.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

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

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

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

Практична реалізація концепції освіти впродовж життя передбачає, що національна система освіти повинна розширити можливості для всіх вікових когорт населення та усіх соціальних верств суспільства. Разом з місцевими органами влади та іншими секторами економіки система освіти несе відповідальність за успішну соціалізацію та трудову інтеграцію кожного члена суспільства, а отже, підвищення рівня його соціальної та економічної активності. Якщо окремі групи населення за будь-яких причин не залучені до освітнього простору, це означає, що система освіти не може реалізувати у повному обсязі свою соціальну функцію та подолати власну інституційну інерцію.

Освіту дорослого населення (яке зазвичай має високу мотивацію до навчання та є більш платоспроможним) сьогодні розглядають як вигідний інвестиційний проект для державного та недержавного секторів. Використання значного економічного потенціалу безперервної освіти передбачає: можливість перегляду існуючих освітніх моделей; створення нових освітніх сервісів/центрів; формування широких диверсифікаційних процесів між різними рівнями освіти; розширення взаємозв'язків інституційних та неінституційних структур (зокрема через легітимізацію неформальної освіти); адаптацію методик викладання та терміну навчання до професійних та вікових запитів. Необхідно продовжити практику впровадження сучасних інструментів підвищення конкурентоздатності громадян, «відкритих навчальних ресурсів», соціальних інновацій у сфері освіти.

Відкритість та прозорість освіти є багатовекторним завданням, однак перш за все – це посилення відповідальності перед суспільством за кінцеві результати діяльності освітньої системи. Незважаючи на те, що питанням якості освіти в Україні в останні роки приділяється багато уваги (у тому числі на законодавчому рівні), механізми контролю якості потребують значної модернізації. Доцільно поступово впроваджувати модель, за якою навчальні заклади будуть

зацікавлені у публічній демонстрації якості своєї роботи, насамперед перед державними та недержавними інституціями, що їх фінансують, споживачами освітніх послуг, роботодавцями, соціальними партнерами.

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

Реформування освітньої галузі передбачає **оновлення стандартів освіти**. У сфері вищої освіти актуальними є наближення освітніх стандартів до європейських (імплементация нового переліку галузей та спеціальностей), інтеграція академічних та професійних стандартів (через розробку вимог до конкретного робочого місця та їх втілення у освітніх програмах), визнання вітчизняних дипломів за кордоном. Додатковими вимогами щодо конкурентоспроможності ВНЗ можуть стати: їх співпраця у вивченні запитів ринку праці; формування дослідницької компетентності студентів; участь у вирішенні економічних, соціальних та екологічних проблем країни та її регіонів; використання нових знань у реальному секторі; професійний розвиток викладацького складу; інтеграція у світовий освітній та науковий простір.

**Прийняття на законодавчому рівні нового пакета документів** («Про освіту», «Про професійну освіту» та ін.) дозволить створити новий тип навчального закладу – багато-профільний регіональний центр професійної освіти, що орієнтується на потреби у робітниках для конкретного регіону. Також не втрачають актуальності: впровадження професійних стандартів на компетентнісній основі; поєднання існуючих кваліфікацій у професійній освіті з Національною рамкою кваліфікацій; розробка критеріїв оцінювання якості роботи системи професійної освіти; передача управлінських і фінансових повноважень від МОН на регіональний рівень.

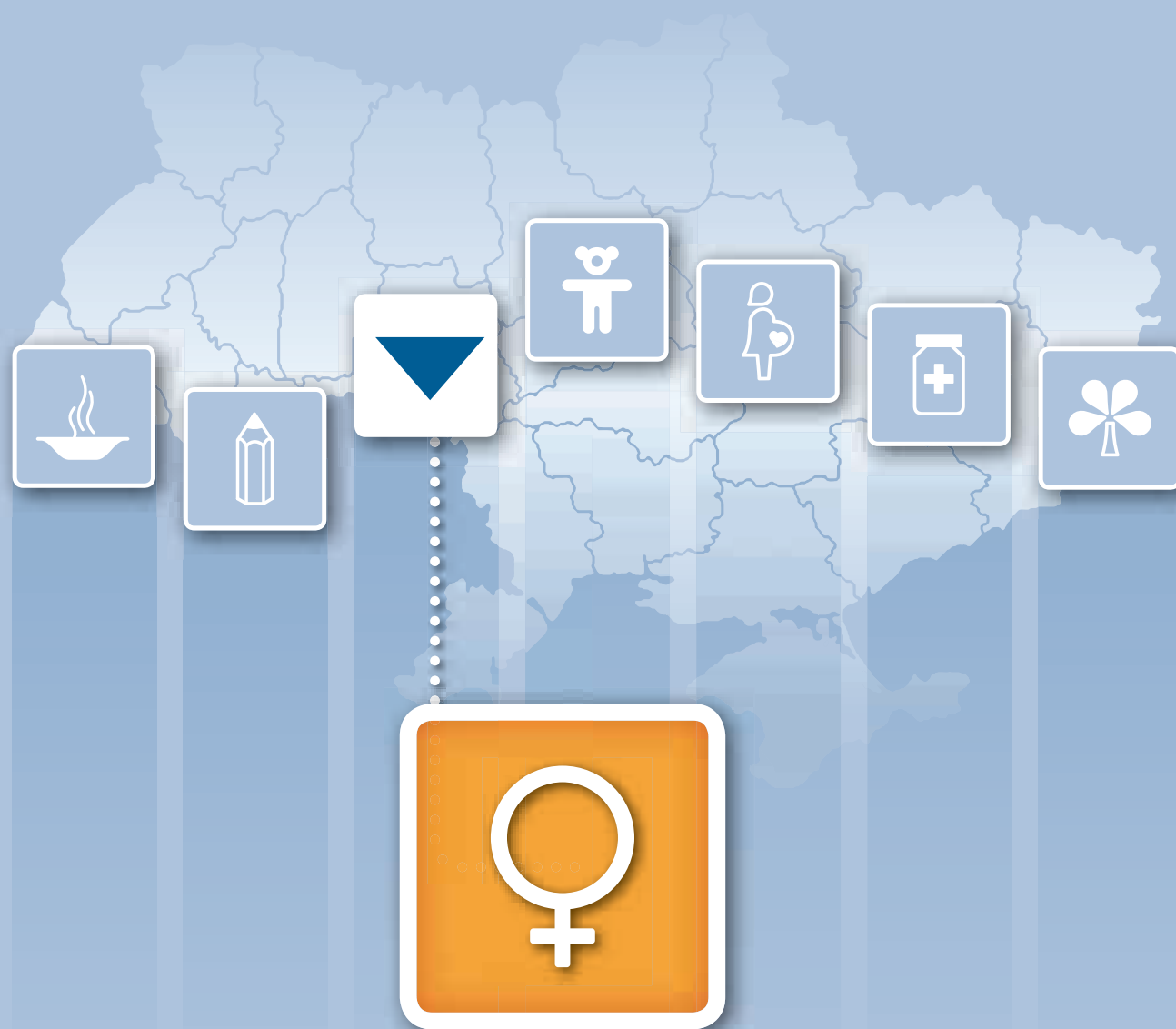
При впровадженні нової моделі середньої освіти слід акцентувати увагу на: гарантуванні державою здобуття повної середньої освіти; якісному оновленні змісту навчання з одночасним інформаційним його розвантаженням; затвердженні стандартів матеріально-технічного, навчально-методичного, кадрового та інформаційного забезпечення освітнього процесу у ЗНЗ, ураховуючи необхідність належного функціонування інклюзивних класів та груп; мінімізації показників «відсіву» школярів; здобутті навичок постійного навчання вже з початкового етапу освіти; ефективності профільного навчання випускників основної школи із розширенням можливостей щодо вибору ними бажаного напрямку академічної або професійної профілізації.

Оскільки послуги дошкільної освіти повинні надаватися за місцем проживання дитини, залишаються актуальними напрями: розширення мережі ДНЗ (усіх типів та форм власності) та навчально-виховних комплексів; упровадження сучасних моделей дошкільної освіти, у тому числі надання освітніх послуг педагогами – суб'єктами підприємницької діяльності у сфері освіти. При оновленні стандартів дошкільної освіти доцільно враховувати вікові особливості дитини, тому їх змістовне наповнення не повинно збігатися з освітніми програмами початкової школи.

**Упровадження різноманітних інструментів відкритості та прозорості в освітній діяльності** диктується необхідністю максимального наближення до найкращих міжнародних стандартів та практик. Оскільки процес реформування вже стартував, для своєчасного усунення його незапланованих негативних ефектів МОН слід активніше співпрацювати з органами місцевого самоврядування та громадянським суспільством. В умовах децентралізації та проведення адміністративно-територіальної реформи ґрунтовного доопрацювання потребують механізми дотримання державних стандартів освітньої діяльності та державних стандартів освіти.

Глибинні та прискорені зміни у традиційному способі життя зумовлюють нові функції й завдання інституту освіти (зокрема, зняття обмежень вибору та бар'єрів участі, планування і реалізація індивідуальних освітніх траєкторій, активізація процесів інтеграції та соціального залучення). При цьому важливо, щоб молоде покоління усвідомило взаємозв'язок концептів «якість освіти – якість зайнятості – якість життя».

<sup>30</sup> Переведення їх у навчальні заклади по різних регіонах, спрощення умов зарахування, відновлення освітніх документів, виділення додаткових бюджетних місць у ВНЗ та ПТНЗ, усунення академізми для студентів, організація дистанційного навчання та екстернатів для студентів і учнів, створення «гарячих» консультативних ліній тощо.

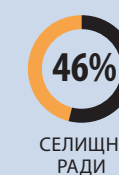
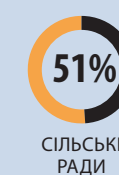
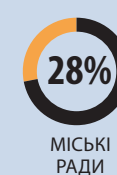
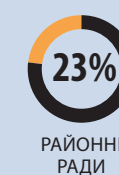


# ціль **3** ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ

у **2015** році у складі ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ  
**47** ЖІНОК  
СЕРЕД 422 ДЕПУТАТІВ (11%)



КІЛЬКІСТЬ ЖІНОК  
У СКЛАДІ РАД







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, %  |

СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Забезпечення гендерної рівності в суспільстві є для України одним із найбільших викликів. Переважна більшість амбітних завдань, встановлених країною для досягнення у 2015 році, не були реалізовані повною мірою. Основні показники гендерного розвитку залишаються вкрай віддаленими від окреслених цільових індикаторів, незважаючи на розбудову відповідного інституційного середовища та програмного оточення. Виділення цільового фінансування на заходи із забезпечення гендерної рівності, активна підтримка неурядових і міжнародних організацій, завдяки якій було

сформовано потужне експертне середовище, здійснення низки наукових досліджень, реалізація гендерних ініціатив, у тому числі й інформаційно-просвітницькі кампанії, – все це не мало очікуваного ефекту.

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

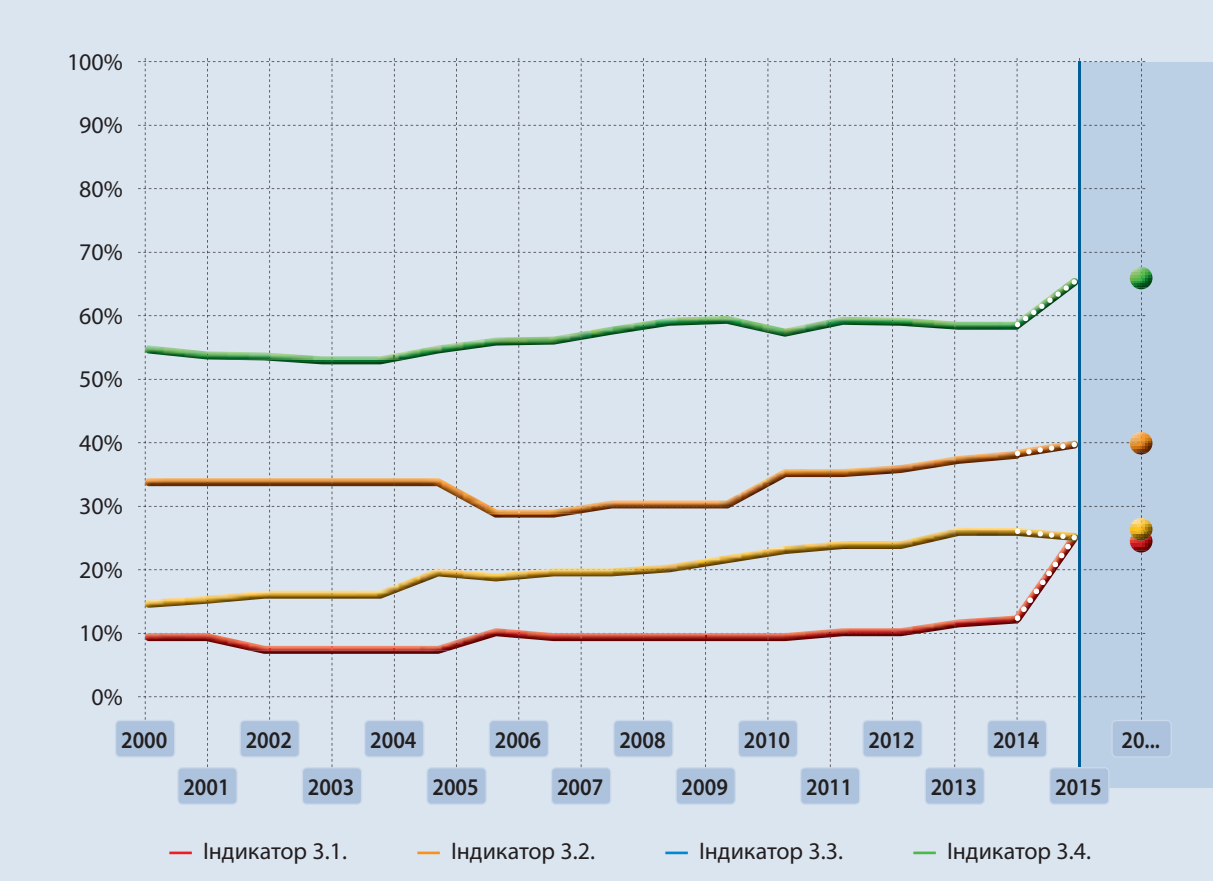
ІСТОРИЧНИЙ РАКУРС

На законодавчому рівні в Україні забезпечено рівні права жінок і чоловіків. Основні принципи гендерної рівності встановлені Конституцією. У 2001 році Верховною Радою було прийнято Закон України «Про попередження насильства в сім'ї», який став потужним рушієм у напрямі забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків у всіх сферах життя суспільства. У липні 2005 року Указом Президента України «Про вдосконалення роботи центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» керівники центральних та місцевих органів виконавчої влади були зобов'язані вживати заходи щодо: співробітництва з громадськими організаціями, у тому числі громадськими жіночими організаціями, для узагальнення інформації щодо стану забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, а також визначення шляхів запобігання виникненню дискримінації за ознакою статі; розгляду та проведення аналізу звернень громадян з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків. Крім того, міністри, керівники інших центральних та місцевих органів виконавчої влади щороку мали організовувати розроблення відповідних планів заходів. У вересні 2005 року Верховною Радою було прийнято Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків», норми якого спрямовано на досягнення паритетного становища жінок і чоловіків у всіх сферах життєдіяльності суспільства. Відповідно до цього Закону, Уряд забез-

печує проведення єдиної державної політики, спрямованої на досягнення рівних прав і рівних можливостей жінок і чоловіків, приймає Національний план дій щодо впровадження гендерної рівності та забезпечує його виконання, розробляє державні цільові програми щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, спрямовує та координує роботу міністерств, інших органів виконавчої влади щодо забезпечення гендерної рівності, організовує підготовку державної доповіді про виконання в Україні Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок тощо. Закон також передбачає утворення консультативно-дорадчих органів, призначення радників з питань рівних прав та можливостей жінок і чоловіків. Центральний орган виконавчої влади, що формує Національний план дій щодо впровадження гендерної рівності, узагальнює виконання державних програм з питань гендерної рівності, здійснює контроль за її дотриманням під час вирішення кадрових питань у центральних та місцевих органах виконавчої влади, разом з іншими центральними органами виконавчої влади здійснює підготовку пропозицій з питань забезпечення гендерної рівності тощо. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини контролює дотримання рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, розглядає скарги на випадки дискримінації за ознакою статі.

Для забезпечення ефективної реалізації цього Закону Уряд затвердив акт, яким запроваджено гендерно-правову екс-

Рис. 2.3.1. Динаміка досягнення цілі за цільовими індикаторами у 2000–2013 роках та очікувані дані за 2014–2015 роки





пертизу чинного законодавства та проєктів нормативно-правових актів. У грудні 2006 року Урядом було прийнято Державну програму з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року, якою було передбачено: приведення законодавства України у відповідність з міжнародними нормами та стандартами у сфері забезпечення гендерної рівності, а галузевих нормативно-правових актів – у відповідність із Законом України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків»; підготовка пропозицій щодо внесення змін до виборчого законодавства і Закону України «Про політичні партії в Україні» у частині впровадження гендерних квот; забезпечення підготовки та публікації щорічної державної доповіді щодо гендерної рівності в Україні тощо. Урядом було затверджено Положення про Міжвідомчу раду з питань сім'ї, гендерної рівності, демографічного розвитку, запобігання насильству в сім'ї та протидії торгівлі людьми та Порядок підготовки щорічних державних доповідей з питань сім'ї, гендерної рівності та демографічного розвитку, запобігання насильству в сім'ї. Місцевими органами влади затверджуються регіональні програми з утвердження гендерної рівності в усіх сферах розвитку регіону, що передбачають заходи та відповідальність за вчасність і повноту їх виконання.

У грудні 2010 року було затверджено план заходів з проведення Національної кампанії «Стоп насильству!» на період до 2015 року, яким було передбачено розроблення: програм курсів з питань запобігання насильству в сім'ї; мінімальних стандартів соціальних послуг для осіб, що постраждали від насильства в сім'ї; інформаційно-просвітницьких програм з питань виховання гендерної культури та запобігання всім формам насильства в сім'ї тощо.

Важливим етапом стало прийняття у вересні 2011 року Закону України «Про протидію торгівлі людьми» та схвалення Концепції Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року. Програма визначала напрями приведення законодавства з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків у відповідність з міжнародними стандартами та законодавством Європейського Союзу, запровадження гендерних підходів у систему освіти та розроблення меха-

нізму реалізації права на захист від дискримінації за ознакою статі тощо. Також було затверджено Державну цільову соціальну програму підтримки сім'ї до 2016 року, якою передбачено здійснення комплексу заходів (зокрема, у розрізі регіонів), спрямованих на запобігання асоціальним проявам у сім'ї, передусім насильству, соціальний захист і підтримку сімей, які опинились у складних життєвих обставинах, у тому числі шляхом проведення інформаційно-просвітницької кампанії, популяризації моделі «доброго батька» та протидії насильству в сім'ї.

У березні 2012 року було затверджено Державну цільову соціальну програму протидії торгівлі людьми на період до 2015 року, завдання якої спрямовувались на запобігання торгівлі людьми, підвищення ефективності переслідування осіб, які вчиняють пов'язані з нею злочини або сприяють їх вчиненню, а також захист прав осіб, що постраждали від торгівлі людьми, та надання їм допомоги. Цього ж року набув чинності Закон України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні», який визначив організаційно-правові засади запобігання та протидії дискримінації з метою забезпечення рівних можливостей щодо реалізації прав і свобод людини і громадянина. В подальшому Закон був переглянутий та суттєво вдосконалений відповідно до рекомендацій національних та міжнародних правозахисних організацій, представників громадянського суспільства.

Важливе значення мало затвердження у вересні 2013 року Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року, заходами якої передбачається впровадження гендерних підходів в усі сфери життєдіяльності суспільства. Зокрема, серед завдань Програми – подальше вдосконалення законодавства з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, проведення серед роботодавців інформаційно-роз'яснювальної роботи з запровадження європейських стандартів гендерної рівності у сфері праці, здійснення заходів щодо скорочення гендерного розриву в рівні заробітної плати жінок і чоловіків, проведення інформаційних кампаній з метою висвітлення питань рівного розподілу сімейних обов'язків та відповідальності між жінками і чоловіками щодо виховання дитини, розвиток у жінок

лідерських навичок для участі у прийнятті управлінських рішень та навичок провадження підприємницької діяльності, підвищення рівня компетенції фахівців з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, розроблення механізму реалізації права на захист від дискримінації за ознакою статі та вжиття необхідних заходів за результатами розгляду випадків такої дискримінації тощо.

## КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

Протягом 2000–2015 років спостерігалася тенденція до поступового збільшення чисельності жінок серед народних депутатів України, однак темпи цього зростання не забезпечили очікуваного наближення до цільового показника. Найбільше жінок було обрано до Верховної Ради в результаті парламентських виборів 2014 року (47 жінок із 422 народних депутатів, або 11% загального складу ВРУ), які вперше мали відбутися з урахуванням принципу збалансованого представництва жінок і чоловіків. Дійсно, тривала кампанія з просування ідеї гендерного квотування у виборчому процесі нарешті привела до ухвалення в 2013 році змін у національному законодавстві, згідно з якими представництво тієї чи іншої статі має становити не менше 30% у списку загальнонаціональної партії (ст. 8 п.10 Закону України «Про політичні партії в Україні»). Однак більшість політичних сил продемонструвала необізнаність або небажання дотримуватися цих положень при формуванні виборчих списків: з 29 партій, що брали участь у виборах, лише 9 забезпечили жінкам прохідні місця. Розподіл висуванців за одномандатними округами показав, що на території країни ще залишаються округи, де не було запропоновано жодної жіночої кандидатури. Разом з тим, за оцінками неурядових організацій, вибори 2014 року продемонстрували більш активну та свідому позицію кандидаток як представниць інтересів жінок, прагнення сприяти зростанню жіночого представництва в парламенті, помітне розширення присутності жінок-політиків в інформаційному просторі, зокрема завдяки саморекламі<sup>1</sup>.

Процеси формування Уряду та відповідний «вертикальний» рух депутатів за списками

Відповідно до окреслених завдань, у листопаді 2013 року до Закону України «Про політичні партії в Україні» було внесено положення щодо розміру квот, що визначають мінімальний рівень представництва жінок і чоловіків у виборчому списку кандидатів у народні депутати України від партії у загальнодержавному окрузі та мають становити не менше 30% загальної кількості кандидатів у виборчому списку.

призвели до деякого зростання представництва жінок у Верховній Раді, сягнувши 12,1% станом на травень 2015 року (відповідно 51 жінка серед 422 народних депутатів<sup>2</sup>). Незважаючи на це, за цим індикатором Україна досі суттєво поступається не лише розвиненим країнам, а й більшості регіональних показників, посідаючи 107-е місце в світі за рівнем гендерної збалансованості національного парламенту<sup>3</sup>. За рівнем участі жінок у найвищих представницьких органах влади Україну також випереджає переважна більшість країн пострадянського простору, за виключенням Грузії та Вірменії. Зважаючи на проголошення пріоритету просування гендерної рівності в Стратегії Міжпарламентського Союзу на 2012–2017 роки<sup>4</sup>, слід очікувати подальшого розширення політичного представництва жінок на глобальному рівні, що може призвести до віддалення України від стандартів розвиненої гендерної демократії.

Сприятливішою видається ситуація з представництвом жінок у радах місцевого рівня. На жаль, регулярний моніторинг цього показника не здійснювався протягом останніх років унаслідок часткового замороження діяльності у зв'язку з міжвідомчою передачею повноважень у ході адміністративної реформи. Політична дестабілізація, що розпочалася в країні у 2014 році, також унеможлиблює системний аналіз цього показника в усіх регіонах України та агрегацію відповідних даних. Однак оцінки представленості жінок у місцевих радах окремих регіонів дають

<sup>2</sup> Верховна Рада України. Офіційний веб-портал: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/site2/p\\_deputat\\_list](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/site2/p_deputat_list).

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

<sup>4</sup> IPU (2011). Better parliaments, stronger democracies/ IPU STRATEGY 2012–2017, Inter-Parliamentary Union, 36 p.





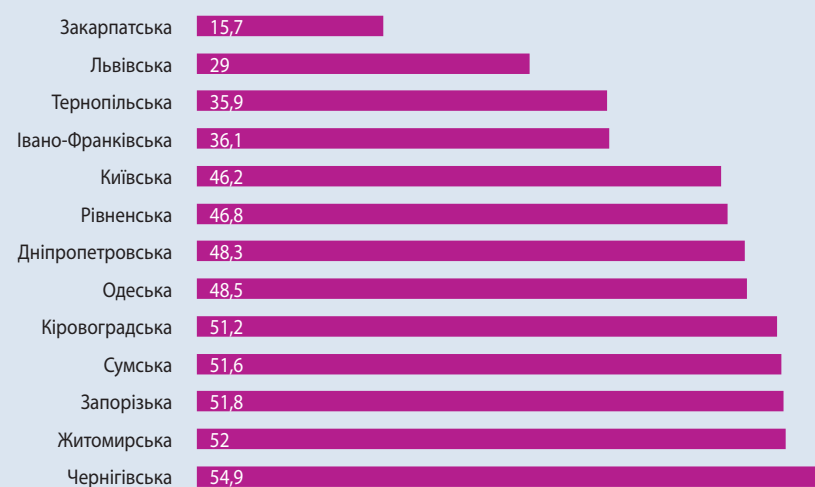
### Вставка 2.3.1.

Станом на 1 квітня 2015 року жінки складали в середньому 22,1% парламентарів світу, у тому числі 41,5% – у скандинавських державах, 26,8% – у країнах Північної та Південної Америки, 23,7% – у країнах Європи (без Скандинавії), 22,5% – у країнах Африки на південь від Сахари, 19,0% – у країнах Азії, 18,1% – у Арабських державах, 13,1% – у Тихоокеанському регіоні<sup>5</sup>. Серед країн пострадянського простору представництво жінок в національних парламентах становило: 27,3% – у Білорусі, 26,2% – у Казахстані, 25,8% – у Туркменістані, 23,8% – в Естонії, 23,4% – у Литві, 23,3% – у Киргизії, 21,8% – у Молдові, 19% – у Таджикистані, 18% – у Латвії, 16% – в Узбекистані, 15,6% – в Азербайджані, 13,6% – у Російській Федерації, 11,3% – у Грузії, 10,7% – у Вірменії.

На початок 2015 року 43 жінки очолювали національні парламенти по всьому світу (15,8%), зокрема в таких державах, як Австралія, Австрія (2 палати), Антигуа та Барбуда, Багами, Бангладеш, Барбадос, Бельгія, Болівія, Боснія та Герцеговина, Ботсвана, Болгарія, Чилі, Домініка, Домініканська Республіка, Еквадор, Екваторіальна Гвінея, Фіджі, Габон, Індія, Італія, Лаос, Латвія, Литва, Маврикій, Мозамбік, Нідерланди (2 палати), Перу, Португалія, Російська Федерація, Руанда, Сербія, Сінгапур, Південна Африка (2 палати), Суринам, Свaziленд, Туркменістан, Уганда, Велика Британія, Танзанія, Зімбабве. Представництво жінок на рівні заступників голів національних парламентів був дещо вищим – загалом 169 жінок були обрані віце-спікерами у 177 країнах світу (26,7%).

Джерело: Inter-Parliamentary Union: [http://www.ipu.org/pdf/publications/wmnmap15\\_en.pdf](http://www.ipu.org/pdf/publications/wmnmap15_en.pdf).

**Рис. 2.3.2. Представництво жінок серед депутатів місцевих рад в окремих регіонах України, на початок 2015 року, %**



підстави стверджувати, що Україні вдалося впритул наблизитися до цільового значення гендерного паритету на цьому рівні. Водночас, на території країни спостерігалась суттєва регіональна варіація цього показника – від 15,7% на Закарпатті до 54,9% у Чернігівській області (рис. 2.3.2).

Відкритість представницьких органів влади зростає з переходом на нижчі тери-

торіальні рівні. Якщо в обласних радах жінки становлять лише 10% депутатів, то в міських – вже 14%, у районних – 23%, у селищних – 43%, а в сільських радах – 51% депутатів<sup>6</sup>. Ключовими факторами, що визначають більшу доступність для жінок цих виборчих посад, залишаються їх наближеність до місцевих громад, завдяки чому виборці краще обізнані про досвід роботи, попередню діяльність та про-

<sup>5</sup> Women in National Parliaments: Regional Averages as of 1<sup>st</sup> February 2015, Inter-Parliamentary Union: <http://www.ipu.org/wmn-e/world.htm>.

<sup>6</sup> Гендерний моніторинг парламентських виборів 2014 // ВГО «Жіночий консорціум України»: <http://vybory2014.wcu-network.org.ua/>.

грамні лозунги кандидатів, а також менші фінансові витрати на реалізацію виборчих кампаній на місцях. З іншого боку, вужча сфера повноважень та обмеженіші ресурси, що підлягають адмініструванню місцевими радами, стають передумовами менш гострої електоральної боротьби кандидатів порівняно з дією тих бар'єрів, що перешкоджають просуванню жінок до найвищого представницького органу країни.

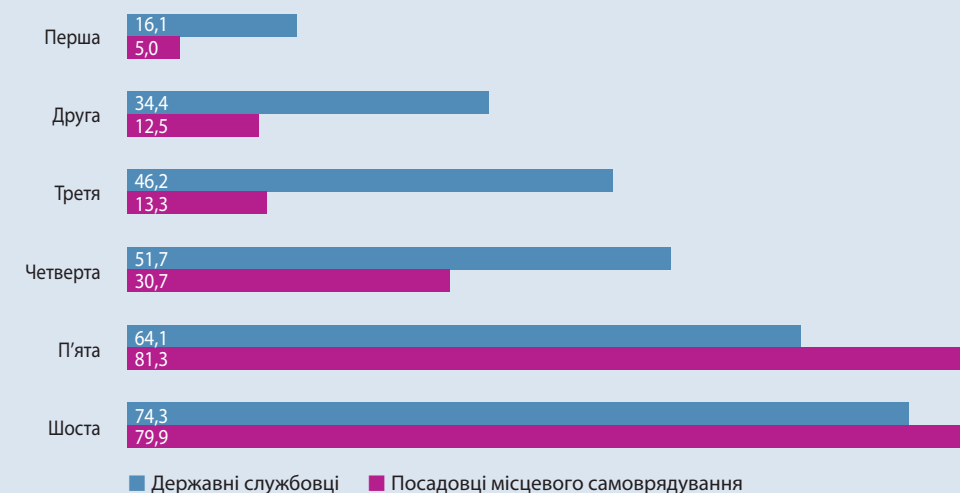
Хоча загальний гендерний склад керівного апарату державної служби в Україні досі зберігає ознаки «пірамідальної» структури, за якої чисельність жінок пропорційно зменшується зі зростанням рівня управління (рис. 2.3.3), у забезпеченні гендерного паритету на вищих управлінських посадах спостерігається суттєвий прогрес. Саме цей індикатор наблизився до цільового значення завдяки сприятливій динаміці протягом 2000–2014 років. Це визначило передумови реалізації відповідного завдання гендерного розвитку. Так, на початок 2015 року жінки становили вже 30,9% державних службовців – керівників 1–2 посадових категорій, тобто майже третину високопосадовців, що беруть участь у прийнятті рішень на найвищому державному рівні. Додатковий привід для оптимізму дає поступове зростання частки жінок серед керівників першої посадової категорії, яка вперше сягнула 16,1%.

Станом на травень 2015 року міністерські посади в Уряді України обіймали дві жінки – міністр фінансів та міністр КМУ, п'ять жінок

працювали на посадах перших заступників міністрів, 11 жінок – на посадах заступників міністрів. Жінка також очолює Національний банк України. Таким чином, за рівнем представництва жінок на міністерських посадах (10,5% на початок 2015 року) Україна посідає 68-те місце у відповідному міжнародному рейтингу, поділяючи його з такими країнами, як Конго, Туніс та Узбекистан, та випереджаючи окремі країни пострадянського простору. Потенціал подальшого розширення представництва жінок на вищих щаблях управління визначається високим рівнем загальної «фемінізованості» керівного апарату державної служби, тобто наявністю кадрового резерву, що має необхідну кваліфікацію та досвід. Разом з тим сучасні особливості статевовікової структури державних службовців – 38,3% жінок, що обіймають посади керівників найвищої посадової категорії, належать до молодших вікових груп (до 35 років включно) – визначають передумови для подальшого зростання рівня професіоналізму жінок та їх затребуваності у сфері прийняття рішень.

На початок 2015 року загальний рівень представництва жінок на найвищих державних посадах у країнах світу залишався досить низьким: лише 10 жінок були обрані головами держав (6,6%) та 14 жінок обіймали посади голів національних урядів (відповідно 7,3%). Серед країн, очолюваних жінками, – Аргентина, Бангладеш, Бразилія, Данія, Латвія, Ліберія, Литва, Мальта, Німеччина, Норвегія, Перу, Польща, Республіка Корея, Тринідад і Тобаго, Хорватія,

**Рис. 2.3.3. Представництво жінок в органах управління України за категоріями керівних посад, на початок 2015 року (% до загальної кількості посадовців відповідної категорії)**





Центральноафриканська Республіка, Чилі, Швейцарія та Ямайка.

Водночас помітного прогресу в просуванні гендерного паритету на керівних посадах в органах місцевого самоврядування не відбулось – саме в цій сфері наразі спостерігається найбільш обмежений доступ жінок до вищих щаблів управління. На початок 2015 року жінки становили лише 5% керівників першої посадової категорії цих управлінських структур, традиційно

переважаючи на нижчих керівних рівнях (близько 80% серед керівників п'ятої та шостої категорії). Станом на травень 2015 року, жодної жінки не було призначено на посаду голови обласної державної адміністрації, проте серед заступників голів ОДА в регіонах України були представлені 11 жінок (зокрема, у Волинській, Дніпропетровській, Кіровоградській, Луганській, Львівській, Миколаївській, Сумській, Тернопільській, Харківській, Херсонській та Хмельницькій областях).

#### Вставка 2.3.2.

Найвища частка жінок посідала міністерські посади у Фінляндії (62,5%), більше половини відповідних посад обіймали жінки в таких країнах, як Кабо-Верде, Швеція, Франція та Ліхтенштейн; жінки становили також понад 40% міністерського корпусу в Нікарагуа, Норвегії, Нідерландах, Естонії, Словенії, Італії, Швейцарії, Південній Африці та Коста-Ріці. На терені пострадянського простору рівень представництва жінок на посадах міністерського рівня складав: 27,8% в Молдові, 23,1% – у Латвії, 21,4% – у Литві, 15,8% – у Грузії, 15% – у Киргизії, 13,3% – у Казахстані, 11,15% у Таджикистані, 11,1% – у Вірменії, 10,7% – у Білорусі, 10,5% – в Узбекистані та Україні, 6,5% – у Російській Федерації, 5,7% – у Туркменістані, 2,5% – в Азербайджані.

Як показують міжрегіональні порівняння, основними секторами, в яких реалізуються повноваження жінок на міністерських посадах у більшості країн світу, залишаються проблеми соціальної політики, охорони навколишнього середовища, просування гендерної рівності, підтримки сімей, дітей, молоді та вразливих категорій населення, діяльність у сфері освіти та культури, політики зайнятості та охорони здоров'я.

Джерело: Inter-Parliamentary Union: [http://www.ipu.org/pdf/publications/wmnmap15\\_en.pdf](http://www.ipu.org/pdf/publications/wmnmap15_en.pdf).

Проблеми зберігаються й у сфері забезпечення економічної рівності жінок і чоловіків, оскільки гендерний розрив у рівні оплати праці не скоротився до цільового значення. Незважаючи на позитивну динаміку, середні заробітки чоловіків в Україні майже на чверть перевищують відповідні жіночі доходи. Зокрема, за підсумками 2014 року середня заробітна плата жінок становила лише 76,3% середньої заробітної плати чоловіків (відповідно 3037 грн проти 3979 грн на місяць). Більш того, різноспря-

мовані коливання цього індикатора протягом останнього десятиріччя свідчать про відсутність реального впливу інструментів гендерної політики на скорочення розриву в оплаті праці жінок і чоловіків в Україні. Таким чином, досягнення стандартів розвинених гендерних демократій європейських країн потребуватиме подальших зусиль.

Існування певного розриву в оплаті праці жінок і чоловіків є глобальним явищем, що визначається впливом цілого ряду детермінант – відмінностей у рівні та характері освіти жінок і чоловіків, особливостями їх зайнятості в контексті режиму та тривалості робочого часу, преференційної форми зайнятості та обсягів робочого навантаження, кар'єрних прагнень та різних пріоритетів у поєднанні професійних та сімейних обов'язків. Однак найвагоміший внесок до формування нерівності в заробітках жінок і чоловіків зумовлений системою гендерного поділу праці, що виражається в зосередженні працюючих жінок і чоловіків у різних професіях та групах занять, в різних секторах економіки, на різних управлінських рівнях та посадах. Поряд з

впливом наведених вище факторів залишаються «непояснені» чинники формування гендерного розриву в заробітній платі, які зумовлені поширенням прямих дискримінаційних практик на ринку праці, тобто випадками, коли жінки отримують менші заробітки, ніж чоловіки, хоча мають рівноцінні характеристики з погляду кваліфікації та продуктивності праці.

#### Вставка 2.3.4.

За даними Міжнародної організації праці, на глобальному рівні середні заробітки жінок становлять 77% середніх чоловічих заробітків, причому за два останні десятиріччя цей показник збільшився лише на 3 відсоткових пункти. Найбільший розрив спостерігається серед високодохідних груп працівників. Згідно з оцінками міжнародних експертів, за умови відсутності адекватної політичної відповіді гендерний розрив у рівні оплати праці зберігатиметься й у наступних поколіннях.

Джерело: ILO (2015). Women and the Future of Work Beijing + 20 and Beyond: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_348087.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_348087.pdf)

Дія чинників, що зумовлюють відмінності в розмірі середньої заробітної плати жінок і чоловіків, досі зберігає системний характер, оскільки суттєвих зрушень в напрямі елімінації їх впливу шляхом пом'якшення гендерних диспропорцій на ринку праці України не відбулось. Навпаки, окремі дослідження<sup>7</sup> наголошують на зростанні рівня професійної сегрегації за ознакою статі, в умовах якої посилюється концентрація жінок у традиційно «жіночих» сферах діяльності, що характеризуються низкими рівнями оплати праці. До цієї групи на вітчизняному ринку праці належать види економічної діяльності, що потребують досить високої кваліфікації, у тому числі розумової та творчої праці, проте не забезпечують високих зарплат, – освіта, охорона здоров'я та надання соціальної допомоги, державне управління, діяльність у сфері адміністративного та допоміжного обслуговування. В умовах низької гендерної диференціації оплати праці саме в цих сферах відбувається поступове скорочення відмінностей у заробітках жінок і чоловіків:

гендерний розрив не перевищував тут 15% в 2014 році, водночас як середня заробітна плата жінок, які зайняті в сфері функціонування бібліотек, архівів, музеїв та інших закладів культури, навіть на 8 в. п. перевищила аналог для чоловіків.

Традиційно, суттєві гендерні відмінності в оплаті праці спостерігаються в різних галузях промисловості, де середня заробітна плата жінок становила лише 71% середньої заробітної плати чоловіків у 2014 році (відповідно, 3164 грн проти 4456 грн). Серед інших видів економічної діяльності зі значним гендерним розривом в оплаті праці – мистецтво, спорт, розваги та відпочинок (відповідне співвідношення становило 50,8%, або 2 721 грн проти 5 360 грн на місяць), фінансова та страхова діяльність (64,4%, або 5 940 грн проти 9 220 грн). Саме ці високооплачувані види діяльності характеризувалися зростанням нерівності в оплаті праці жінок і чоловіків протягом останніх років. І, якщо відмінності в рівні оплати праці в галузях видобувної промисловості вочевидь пов'язуються з законодавчо встановленими обмеженнями зайнятості жінок на підземних роботах, то існування значного гендерного розриву у високофемінізованому секторі фінансової та страхової діяльності виглядає вкрай невиправданим.

Не втрачає актуальності й вплив «вертикальної» форми гендерної сегрегації зайнятості, що виявляється в обмеженому доступі жінок до керівних посад, які характеризуються не лише більшими повноваженнями та можливостями, а й значно вищими рівнями оплати праці. Хоча гендерний аналіз розподілу зайнятого населення за професіями/групами занять свідчить, що жінки в Україні мають доступ до професійної групи керівників, їх зайнятість у цьому секторі вочевидь формується за рахунок управлінських посад нижчих та середніх рівнів. Серед топ-менеджерів як у державному, так і в приватному секторі економіки, переважають саме чоловіки.

Про існування непоодиноких випадків гендерно-упередженого ставлення у сфері праці свідчать і дані спеціальних соціологічних опитувань<sup>8,9</sup>, і звіти Уповноваженого

#### Вставка 2.3.3.

У середньому по країнах ЄС-27 гендерний розрив у рівні оплати праці жінок і чоловіків становив 16,4% в 2013 році, при цьому в таких країнах, як Бельгія, Італія, Люксембург, Мальта, Польща, Румунія, Словенія та Хорватія, його значення не перевищувало 10%. Найбільші відмінності в заробітній платі жінок і чоловіків мали місце в Естонії, Австрії, Чехії та Німеччині.

Джерело: EUROSTAT: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdsc340&plugin=1>.

<sup>7</sup> Аналітичне дослідження участі жінок у складі робочої сили України / ЮНФПА, МОП, ІДСД НАНУ, Київ, 2012, с. 46.

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

<sup>9</sup> Аналітичне дослідження участі жінок у складі робочої сили України / ЮНФПА, МОП, ІДСД НАНУ, Київ, 2012.





Верховної Ради України з прав людини, результати перевірок Державної інспекції України з питань праці та спеціальні моніторингові дослідження. Зокрема, за даними МОП, у друкованих засобах масової інформації кількість дискримінаційних оголошень сягає до 10% від загалу рекламних повідомлень про вакансії, а на спеціалізованих сайтах з пошуку роботи – навіть більше (до 15% загальної кількості).

#### Вставка 2.3.5.

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

Джерело: Оцінка обізнаності про існування Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок та дотичних до неї законів, Липень, 2014 році / GfK, ФН ООН: [http://www.mlsp.gov.ua/labor/control/uk/publish/category?cat\\_id=166710](http://www.mlsp.gov.ua/labor/control/uk/publish/category?cat_id=166710)

Важливо, що існування гендерного розриву в рівні оплати праці впливає не лише на поточний рівень життя жінок, а й призводить до нижчого рівня пенсій, при обчисленні яких негативний вплив менших заробітків посилюється коротшою тривалістю стажу в умовах нижчого пенсійного віку. В результаті гендерний розрив у середньому розмірі пенсій помітно перевищує розрив у рівні заробітної плати жінок і чоловіків (на початок 2015 року середній розмір пенсії жінок становив лише 72,4% середньої пенсії чоловіків, у той час як середня заробітна плата жінок – 77,2% середньої заробітної плати чоловіків). Це суттєво впливає на якість життя у похилому віці, особливо беручи до уваги більший показник очікуваної тривалості життя жінок порівняно з чоловіками. Відповідно, саме жінки старших вікових груп формують одну з найбільш уразливих категорій населення; особливо високі ризики

бідності та соціального виключення характерні для самотніх літніх жінок, чиї доходи практично повністю формуються за рахунок пенсійних виплат, а загальний добробут часто визначається виключно обсягом державної підтримки.

Також уразливу категорію населення формують сільські жінки, які стикаються з проблемами низької оплати праці в аграрному секторі та обмеженими можливостями працевлаштування в інших видах економічної діяльності. Підвищені ризики бідності цієї категорії населення виявляються не лише в дохідних можливостях, а й в контексті доступу до базових соціальних послуг. Зокрема, близько 48% респонденток дослідження становили сільських жінок в Україні<sup>10</sup> зазначили, що не мають можливості купувати необхідні їм ліки та оплачувати медичні послуги, ще 29% жінок не можуть дозволити собі отримати необхідну медичну допомогу у випадку хвороби, яка вимагає оперативного втручання або тривалого лікування. Позбавлення в інших сферах життя охоплюють незадовільні умови проживання (майже кожна десята сільська жінка оцінює свої житлові умови як погані та дуже погані), нерозвинену транспортну інфраструктуру та брак доступу до інформаційних комунікацій, обмежені можливості здобуття якісної освіти та підвищення професійного рівня впродовж життя. Лише 16% сільських жінок беруть участь у роботі різних організацій суспільно-політичного або професійного спрямування, при цьому переважна більшість із них залучена до релігійних та громадських організацій.

Слід зазначити, що гендерні індикатори, моніторинг яких здійснювався протягом 2000–2015 років, наразі не забезпечують всебічного відображення проявів гендерної нерівності в українському суспільстві. Гендерні невідповідності простежуються в контексті переважної більшості завдань розвитку, проявляючись як у високих ризиках бідності та соціальної вразливості жінок, так і в гендерних особливостях захворюваності населення, особливо в контексті соціально детермінованих захворювань або причин смертності. Це визначає доцільність наскрізного гендерного аналізу окреслених проблем, впровадження

<sup>10</sup> Комплексне дослідження становища жінок, які проживають у сільській місцевості / Волосевич І., Коноплицька Т., Костюченко Т., Марценюк Т. – К.: ВАІТЕ, 2015. – 88 с.

відповідних крос-секторальних підходів до моніторингу та оцінки прогресу. Поза системним статистичним спостереженням досі залишаються прояви гендерної дискримінації на ринку праці, сексизму та упередженого ставлення в інформаційному просторі та діяльності мас-медіа. Проблематичним залишається збір даних щодо поширення проявів гендерного насильства, що ускладнюється дією соціальних та культурних

бар'єрів, особливо у випадку насильства в родині, впливом інституційних обмежень та недоліків. Нарешті, відсутність соціологічного моніторингу поширеності гендерних стереотипів та норм у суспільстві унеможливорює дослідження їх реального впливу на вибір життєвих стратегій жінок і чоловіків, особливості реалізації їх можливостей на ринку праці, в громадському житті тощо.

## ПРОБЛЕМИ ТА НОВІ ВИКЛИКИ

**Несталий характер гендерних перетворень та відсутність послідовності в розбудові національного механізму забезпечення гендерної рівності** виступають вагомими чинниками, що стримують прогрес у досягненні цілей гендерного розвитку. Наслідком незавершеності адміністративної реформи на регіональному рівні стало зниження інституційної спроможності відповідного механізму, послаблення координації діяльності центральних та місцевих органів управління, в тому числі ліквідація інституту гендерних радників на місцях. Невизначеність повноважень та низький рівень міжвідомчої співпраці в реалізації програмних заходів у сфері гендерної рівності знижують ефективність реформ, постійні посадові зміни та висока плинність кадрів у системі державної служби призводять до нестачі кваліфікованих фахівців у цій сфері. Дієвість заходів гендерної політики, що реалізується в Україні, знижується через загальні проблеми сектору державного управління, пов'язані з його непрозорістю та низькою ефективністю, надмірною зарегульованістю процедур та низьким рівнем міжвідомчої координації. Разом з тим, залишковий принцип державного фінансування гендерної політики визначає високий рівень залежності реалізації відповідних заходів від підтримки міжнародних донорів, а практичне впровадження гендерних ініціатив – від діяльності неурядових організацій та громадських активістів. Хоча в Україні створено потужне експертне середовище науковців, освітян, правозахисників та волонтерів, діяльність яких пов'язана з настановами забезпечення гендерної рівності, рівень залучення представників громадянського суспільства до розробки гендерної політики залишається досить низьким. До того ж, існує потреба в подальшому вдосконаленні статистичного зпідґрунтя моніторингу й оцінки

прогресу щодо забезпечення гендерної рівності, в регулярному перегляді системи відповідних індикаторів, оскільки розглянуті завдання розвитку не охоплюють всі прояви гендерної нерівності в суспільстві та втрачають актуальність з появою нових суспільних викликів.

#### Вставка 2.3.6.

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

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

**Недостатній рівень гендерної культури в суспільстві** визначає несприйняття актуальності гендерних проблем як державними елітами, так і широким загалом. Саме з цим аспектом пов'язується відсутність традиції врахування принципів гендерної рівності при розробці державної політики та програм, недотримання гендерних стандартів у функціонуванні органів державного управління, недостатня увага



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

**Недостатній рівень інституційної підтримки працівників з сімейними обов'язками** стримує потенціал професійної реалізації жінок та визначає нерівні можливості самореалізації жінок і чоловіків у суспільному житті. Саме репродуктивна діяльність, яка в широкому розумінні охоплює не лише народження та виховання дітей, а й піклування та догляд за непрацездатними членами родини (хворими, особами з інвалідністю та літніми людьми), ведення домашнього господарства тощо, виступає основним обмежуючим чинником щодо можливостей гідної зайнятості, отримання доходу та кар'єрного зростання жінок. З іншого боку, додаткові заходи соціального захисту, що пов'язані з можливістю материнства та покликані сприяти покращенню умов праці жінок, на практиці часто перетворюються на бар'єри для зайнятості, зумовлені упередженим ставленням роботодавців.

Проблемним питанням у цьому контексті залишається й недостатня увага, що приділяється проблемі поєднання професійної діяльності з виконанням зобов'язань батька. Наразі відсутня сама постановка питання про врахування інтересів батька дитини при організації його робочого часу на підприємстві, що значно перешкоджає подоланню пануючого стереотипу сприйняття чоловіка виключно у ролі годувальника родини. Малоприйнятною як для роботодавців, так і для працівників, залишається ідея надання батькові можливості відпустки по догляду за дитиною до трьох років, незважаючи на декларування цієї норми вітчизняним законодавством. Проте, як показує досвід скандинавських

країн, саме політика більшого залучення чоловіків до батьківства з метою вирівнювання розподілу сімейних зобов'язань є найбільш перспективним напрямом не лише просування гендерної рівності в суспільстві, а й підвищення загального рівня народжуваності в контексті демографічної політики.

#### Вставка 2.3.7.

Законодавство України гарантує жінкам досить широкий спектр соціальних гарантій, спрямованих на захист материнства: зниження норми виробітку, норми обслуговування вагітним жінкам або їх переведення на легшу роботу, що виключає вплив несприятливих виробничих факторів, відповідно до медичного висновку, зі збереженням середнього заробітку за попередньою роботою; заборона залучати вагітних жінок і жінок, які мають дітей віком до 3 років, до нічних, надурочних робіт, робіт у вихідні дні та направлення їх у відрядження; обмежене залучення жінок, які мають дітей віком від 3 до 14 років або дітей-інвалідів, до надурочних робіт та направлення їх у відрядження; право на додаткові оплачувані відпустки для жінок, які мають двох та більше дітей; право на додаткові оплачувані перерви для годування дитини для жінок, що мають дітей віком до півтора року тощо.

**Занепад соціально-побутової інфраструктури** ускладнює можливості доступу населення до базових соціальних послуг, формує передумови для надмірної зайнятості жінок домашніми справами, що в сучасних наукових дослідженнях визначається термінами «подвійне робоче навантаження» або «друга зміна» жінок. Не втрачають свого значення й проблеми належної якості соціальних послуг, високої завантаженості відповідних закладів державної форми власності, брак їх забезпечення фінансовими ресурсами та кваліфікованим персоналом. Чи не найвагоміше значення для працюючих жінок із сімейними обов'язками має доступність дитячих дошкільних закладів, які, згідно з даними соціологічних опитувань, самі жінки вважають найкращим засобом виховання дітей дошкільного віку. Руїнація транспортної інфраструктури в регіонах посилює соціальне виключення

сільських жінок унаслідок обмеженої мобільності, ускладненого доступу не лише до центрів побутового обслуговування, а й до закладів охорони здоров'я та освіти, територіальних центрів зайнятості або надання соціальних послуг.

Сучасні виклики, зумовлені формуванням масштабних потоків внутрішньо переміщених осіб та розгортанням АТО в східних регіонах країни, визначають нові, специфічні проблеми в сфері гендерного розвитку. Актуальні питання, що потребують швидкого реагування, охоплюють різні аспекти суспільних відносин – від підвищеної вразливості жінок від проявів насильства в зонах військових конфліктів до обмежених можливостей реалізації виборчих прав у зв'язку з необхідністю вимушеного переміщення на території

країни. Як показує світовий та вітчизняний досвід, саме жінки формують переважну частину внутрішніх переселенців, при цьому на них покладається відповідальність за дітей, літніх людей та осіб з обмеженими можливостями. Прояви гендерно упередженого ставлення в цьому випадку можуть посилюватися впливом багаторівневої дискримінації – при працевлаштуванні, зверненні за соціальною допомогою, наданні тимчасового житла, доступі до медичного обслуговування або освітніх послуг тощо. Тому відповідні гендерні ризики соціальної інтеграції населення мають враховуватися не лише при формуванні загальної стратегії соціальної політики в державі, а й при обґрунтуванні конкретних цільових програм на загальнодержавному, регіональному та місцевому рівнях.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

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

У контексті **розширення політичного представництва** жінок актуалізуються проблеми недотримання норм гендерного квотування політичними партіями та необхідність їх законодавчої деталізації в напрямку забезпечення пропорційного подання представників обох статей у виборчих списках. Також необхідні заходи для зміцнення власного потенціалу жінок-кандидаток, формування у них лідерських навичок, підвищення рівня професіоналізму тощо. Загалом політична активність українських жінок досі залишається низькою, хоча права висувати свої кандидатури та бути обраними на посади всіх рівнів жінкам гарантовані законом. Тому популяризація прикладів успішних жінок-політиків може стати ефективним інструментом залучення жінок до політичного життя, формування власного прагнення впливати на процеси, що відбуваються в державі та в окремих громадах. Конкретні кроки в цьому напрямі можуть включати реалізацію цільових інформаційних кампаній, підтримку спеціальних видань на

кшталт рейтингів «Успішні жінки», «Найвпливовіші жінки країни», створення циклів програм та публікацій у засобах мас-медіа, організацію конкурсів кращих жінок-керівників або компаній, що дотримуються принципу гендерної рівності в кадровій політиці. На цьому етапі провідна роль належить засобам масової інформації, проте фінансова, технічна, організаційна підтримка відповідних заходів потребує залучення державних установ, комерційних структур та представників недержавних організацій.

**Досягнення паритетного представництва жінок і чоловіків на вищих рівнях державного управління** має принципове значення як поштовх для подальшої «ланцюгової реакції» розширення доступу жінок до керівних посад у приватному секторі, де інструменти впливу на розширення повноважень жінок у сфері прийняття рішень є не такими очевидними. Хоча в законодавстві окремих країн існують норми, згідно з якими перевага при працевлаштуванні має віддаватися жінкам, якщо на вакансію претендують особи різних статей з рівними професійно-кваліфікаційними характеристиками, цей інструмент видається доволі дискусійним. Альтернативним заходом може бути використання системи так званих «м'яких» квот при просуванні на керівні посади, що ґрунтуються на принципі гендерної ротації, тобто черговості представників обох





статей при призначенні на посаду, або, принаймні, передбачають обов'язкову участь як чоловіків, так і жінок, у конкурсі на заміщення керівних посад. До інших заходів впливу можна віднести запровадження обов'язкового резервування місць на посадах, де жінки представлені недостатньо; дотримання вимог щодо забезпечення прозорості процедури підбору кадрів шляхом розповсюдження внутрішніх оголошень про вакансії, використання об'єктивної та зрозумілої системи рейтингів і критеріїв оцінювання й відбору претендентів, а також оприлюднення цих підходів для співробітників та пошукувачів роботи.

**Політика забезпечення гендерної рівності у сфері праці** має ґрунтуватися на комплексному підході, що поєднував би різноспрямовані дії: остаточне приведення інституційного середовища, в рамках якого реалізується гендерна політика, у відповідність до міжнародних стандартів та норм; забезпечення прозорості, ефективності та доступності чинного антидискримінаційного механізму; підвищення рівня поінформованості працівників щодо форм та проявів гендерної дискримінації; активізація соціальних партнерів щодо дотримання недискримінаційного ставлення до працівників та посилення адвокаційної роботи з працевлаштуваннями; впровадження гендерних підходів до активної політики зайнятості та розробки адресних соціальних програм; регулювання політики оплати праці та поступове підвищення рівня оплати праці в бюджетній сфері; розвиток інституційної підтримки працівників з сімейними обов'язками тощо.

У контексті гендерної політики на ринку праці особлива увага має приділятися завданням **скорочення різних форм професійної сегрегації за ознакою статі**. Очевидно, що певний гендерний поділ зайнятості зберігатиметься за будь-яких умов, оскільки жінки та чоловіки мають різні настанови при виборі професій, віддають перевагу різним видам діяльності на ринку праці. Завдання політики полягає в елімінації впливу зовнішніх чинників сегрегації, насамперед – законодавчих обмежень можливості зайнятості жінок у певних професіях та видах діяльності, перелік яких не завжди відповідає об'єктивним потребам та вимагає регулярного перегляду. На сучасному етапі динамічного розви-

тку ринку праці та суспільства загалом ці вимоги видаються не лише застарілими, а подекуди й дискримінаційними, оскільки обмежують можливості свідомого вибору виду та форм зайнятості для жінок відповідно до їх власних уподобань або фізичних можливостей.

#### Вставка 2.3.8.

Відповідно до ст. 174 Кодексу Законів про Працю та ст. 10 Закону України «Про охорону праці», жінок не можна допускати до робіт із важкими умовами праці, робіт із шкідливими або небезпечними умовами праці, до підземних робіт. У цілому, перелік відповідних робіт, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.93 р. №256, містить понад 500 видів робіт у різних галузях виробництва. Наприклад, заборонено залучати жінок до «робіт, пов'язаних із постійним переміщенням упродовж робочої зміни вантажів масою понад 7 кг» (Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження граничних норм підймання та переміщення важких речей жінками» від 10.12.1993 р. №241), використовувати жіночу працю в нічний час і надурочно тощо.

В окремих випадках самі назви професій, затверджені Національним класифікатором професій України ДК 003:2010 мають гендерно-специфічну спрямованість (наприклад, «медичні сестри та акушерки», «швачки та вишивальниці», «друкарки» тощо).

Важливим чинником існування професійної сегрегації за ознакою статі залишаються й панівні гендерні стереотипи, що звужують можливості професійного вибору як жінок, так і чоловіків та програмують їх настанови щодо сфери прикладання праці. Саме тому **політика трансформації гендерних стереотипів у суспільстві** є найбільш важливим, однак і найбільш складним завданням. Поряд з окресленими вище напрямками просвітницьких кампаній та соціальної реклами, вона передбачає розширення практики включення гендерного компонента до освітніх програм навчальних закладів, подолання сексизму в діяльності мас-медіа

та рекламі. Неодмінною умовою успіху гендерних перетворень в Україні є активізації позицій самих жінок, формування відповідальної громадянської позиції та подолання загальних патерналістських очікувань у суспільстві, усвідомлення власних прав та можливостей, підвищення само-

оцінки, посилення впевненості на ринку праці, розширення вибору життєвих стратегій та пріоритетів реалізації у суспільстві. Окремою цільовою групою відповідних інформаційно-просвітницьких кампаній мають бути жінки, які проживають в сільській місцевості.



# ціль **4** ЗМЕНШЕННЯ ДИТЯЧОЇ СМЕРТНОСТІ

ПРОТЯГОМ **1995–2015** РОКІВ  
МАЙЖЕ **ВДВІЧІ** ЗМЕНШИВСЯ  
**РІВЕНЬ СМЕРТНОСТІ ДІТЕЙ** ВІКОМ ДО РОКУ –  
З **14,7** ДО **7,8** НА 1000 ЖИВОНАРОДЖЕНИХ



**РІВЕНЬ СМЕРТНОСТІ** ДІТЕЙ ВІКОМ ДО П'ЯТИ РОКІВ  
ЗМЕНШИВСЯ З **16,0** У 2000 РОЦІ ДО **9,3**





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                 |

СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Найбільш чутливими індикаторами соціально-економічного благополуччя країни є показники материнської та дитячої смертності. Саме тому уряди країн мають спрямовувати зусилля на підвищення ефективності та якості медичної допомоги вагітним, породіллям, новонародженим та дітям раннього віку. З 2000 року в Україні вдалося досягти значних успіхів у цьому напрямі: завдання було виконано вже у 2010 році. Зміни відбувалися на тлі досить складної ситуації в країні. Початок нового тисячоліття для України ознаменувався досить глибокою соціально-економічною кризою, що зумовила вагомі зміни в демографічній ситуації в країні, а саме старіння населення на тлі низького рівня народжуваності: у 2014 році кількість народжених дітей зменшилось на 9,2 тис осіб порівняно

з 2013 роком. Ця тенденція зберігається і на початку 2015 року: за січень-лютий 2015 року народилось 67 473 дітей порівняно з народженням 77 380 дітей за аналогічний період 2014 року. Зниження народжуваності, старіння населення, зростання «економічного» навантаження на працездатне населення призвело до того, що протягом останніх 5 років загальний показник смертності в Україні утримується на надто високому рівні: 15,3‰–14,7‰. Особливої уваги потребують питання покращання стану медичної допомоги всім віковим групам дитячого населення, реформ у соціальній сфері, зменшення бідності населення, стабілізації економічних і соціальних процесів, зміцнення інституту сім'ї, взаємодії міжнародних партнерських організацій у сфері охорони здоров'я.

ІСТОРИЧНИЙ РАКУРС

У 2000 році було затверджено Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України, у 2001 році – Національну програму «Репродуктивне здоров'я» на 2001 – 2005 роки. Відповідно до ЦРТ та документу ВООЗ «Політика досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті», у січні 2002 року було прийнято Міжгалузеву комплексну програму «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 роки, що передбачала комплекс заходів для задоволення потреб населення в охороні здоров'я, проведення активної демографічної політики, охорони материнства і дитинства тощо. ЦРТ слугували орієнтиром для створення Концепції безпечного материнства (2002 рік), реалізація якої забезпечила розроблення державної, галузевих і регіональних програм охорони материнства та дитинства. Окремим актом Уряд затвердив заходи щодо реалізації Концеп-

ції безпечного материнства, які відповідають ЦРТ та передбачають використання міжнародного досвіду, зокрема ініціативи ВООЗ та ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини». Було розроблено Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року (2006 рік). Завдяки цій Програмі у діяльність закладів охорони здоров'я було впроваджено стандарти та протоколи лікування, сучасні перинатальні технології, що дозволило знизити рівень ускладнених пологів. Україна однією з перших у Східній Європі підписала Рамкову конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну. Було відкрито низку перинатальних центрів. Розвиток сфери охорони громадського здоров'я в Україні відбувається з урахуванням положень Європейської політики у сфері охорони здоров'я «Здоров'я – 2020», схваленої восени 2012 року.

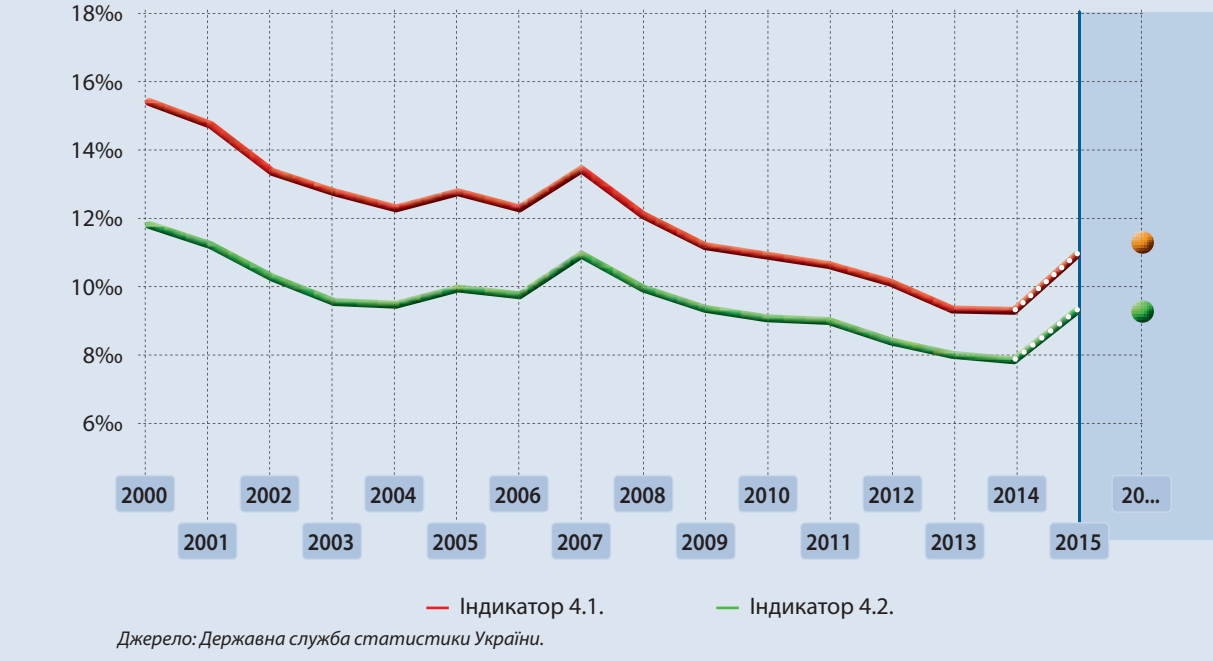
КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

Протягом усього періоду незалежності держави зусилля сектору охорони здоров'я матері і дитини були спрямовані на подальший розвиток і удосконалення структури родопомічних і дитячих закладів охорони здоров'я.

З 2004 року в країні почалось інтенсивне впровадження сучасних всесвітньо визна-

них медико-організаційних технологій із доведеною ефективністю (за сприяння міжнародної донорської спільноти, насамперед у рамках проектів міжнародної технічної допомоги USAID/JSI, SDC). Це дозволило підвищити доступність якісної медичної допомоги та підсилити профілактичний сектор медичної допомоги дітям і матерям. Саме тому за цей досить

Рис. 2.4.1. Динаміка досягнення цілі за цільовими індикаторами у 2000–2013 роках та очікувані дані за 2014–2015 роки





Вставка 2.4.1.

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

короткий час вдалося переглянути підходи до ведення вагітних, народження дитини та ведення здорової та хворої дитини раннього віку, що і привело до зниження показників смертності (рис. 2.4.2) та дитячої захворюваності (рис. 2.4.3).

З 1 січня 2007 року Україна перейшла на європейські критерії визначення перинатального періоду, живонароджуваності та мертвонароджуваності, що і стало провідною причиною збільшення показників перинатальної, неонатальної та дитячої смертності в 2007 році. Пчинаючи з 2009 року в Україні утримується пози-

тивна тенденція, тобто скорочення показників перинатальної, неонатальної смертності та смертності дітей віком до 1 року та

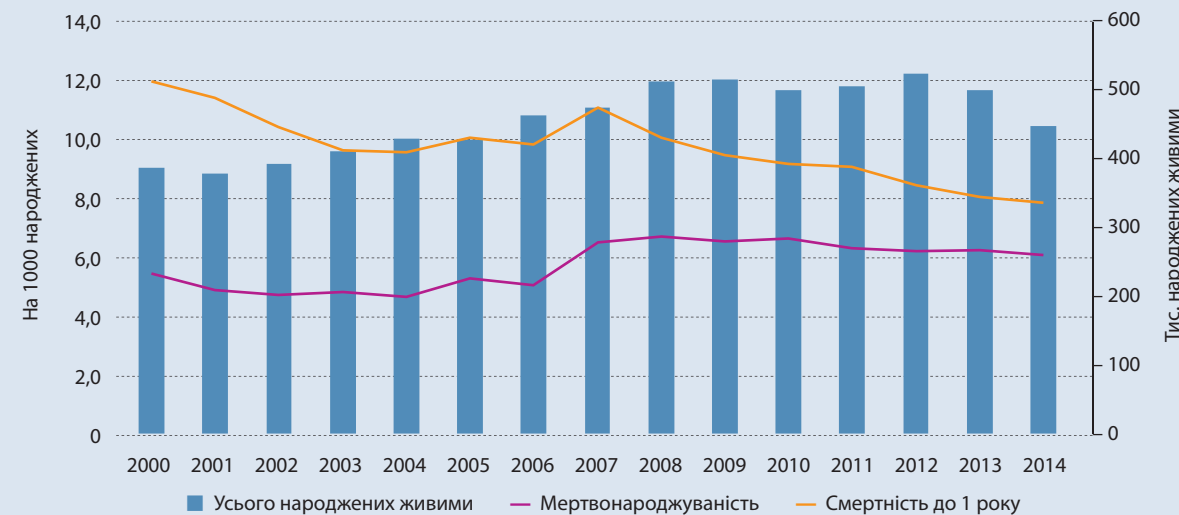
віком до 5 років, хоча рівень мертвонароджуваності за останні роки практично не змінився.

Вставка 2.4.2.

Позитивна динаміка основних показників смертності безперечно є результатом впровадження заходів Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року, Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року та Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства», завдяки якому в Україні вперше з'явилася можливість створити замкнений цикл надання високоякісної перинатальної допомоги, а також впровадження всесвітньо визнаних ефективних медичних технологій, які базуються на засадах доказової медицини. За даними BABIES-MATRICA, рівень перинатальної смертності у закладах, підпорядкованих МОЗ України, має позитивну динаміку і знизився з 27,1‰ у 2000 р. до 8,7‰ у 2014 році

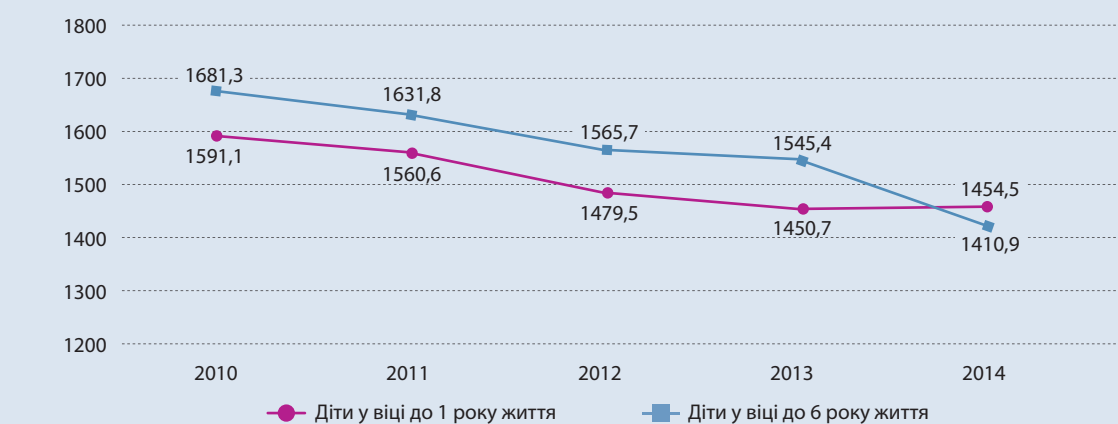
Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»

Рис. 2.4.2. Динаміка показників абсолютної кількості народжених живими, смертності дітей віком до 1 року (на 1000 народжених живими) і мертвонароджуваності (на 1000 народжених живими і мертвими) у 2000–2014 роках



Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»  
Державна служба статистики України

Рис. 2.4.3. Динаміка показників захворюваності дітей віком до 6 років, ‰



Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»

Показники захворюваності (рис. 2.4.3) відображають загальний стан здоров'я дітей, який у групі дітей віком до 5 років формується на тлі впливу соціо-економічних, антенатальних та інтранатальних факторів, а також особливостей протікання раннього неонатального періоду. Хоча загалом у державі частота хворих новонароджених з

масою тіла  $\geq 500$  г достовірно зменшилася з 24,0% у 2004 році до 14,8% у 2014 році, це більшою мірою стосується доношених дітей: частота хворих доношених новонароджених за цей період знизилася на 45,8%, а недоношених – лише на 6,6% (за даними ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»).

## КЛЮЧОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

**Основні причини смертності дітей віком до 1 та до 5 років.** За даними МОЗ України у смертності дітей першого року життя більше 60% випадків становлять ті, що відбулись у перші 28 днів життя (неонатальний період). Найбільш уразливою групою є недоношені діти, частота народження яких в Україні в останні роки складає 4,0–4,5%. Близько 30–40% випадків перинатальної захворюваності та смертності так чи інше пов'язані з передчасними пологами, а серед чинників ризику перинатальної захворюваності та смертності виділяються, насамперед, соціальні фактори (такі як відсутність соціальної підтримки, відсутність житла, відсутність чоловіка, юний вік вагітної, вживання алкоголю/наркотиків, тютюнопаління), соціально-економічні (безробіття, низький рівень доходів, бідність) та порушення здоров'я (як загального, так і репродуктивного). Аналіз смертності дітей першого року життя за основними причинами смерті чітко демонструє цю закономірність (рис. 2.4.4), причому такий розподіл смертності по причинах залишається майже постійним протягом останніх років. Ключовими причинами смертності дітей віком до 1 року стали стани, пов'язані з перина-

тальним періодом, уроджені аномалії та смертність від зовнішніх причин.

Серед причин смертності дітей віком до 1 року поза стаціонаром у 2014 році перші місця посідали травми та отруєння (33,1%); симптоми, ознаки та неточно визначені стани (24,1%); хвороби органів дихання (13,8%), що свідчить про наявність соціальних проблем та низького рівня підготовки батьків до безпечного догляду за дитиною вдома.

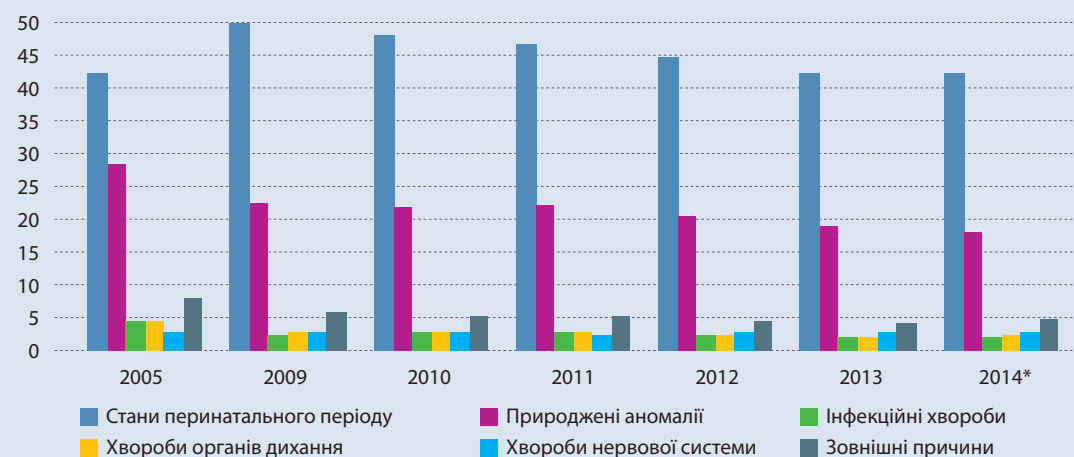
Таким чином, для подальшого скорочення показника смертності дітей першого року життя в Україні важливе значення набуває антенатальна та перинатальна допомога, а також соціально-економічний захист вагітних та родин. Подальше підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги вагітним, роділлям та новонародженим для забезпечення рівного доступу населення до якісної медичної допомоги незалежно від місцевості або соціального статусу людини потребує зміни підходів держави до перегляду законодавчої бази та фінансування галузі охорони здоров'я.

У розподілі провідних причин смертності дітей віком до 5 років протягом останніх





Рис. 2.4.4. Динаміка показників смертності дітей віком до 1 року за основними класами хвороб (на 10000 народжених живими)



\* За виключенням тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополь, та частини зони АТО

Джерело: Держстат України

років відмічається стала ситуація. Відомо, що смертність дітей віком до 1 року є визначальною у формуванні смертності дітей до 5 років, а тому перші місця у структурі причин смертності посідають стани, пов'язані з перинатальним періодом, природжені аномалії розвитку та зовнішні причини (травми та отруєння) (рис. 2.4.5). Саме тому вирішальним фактором для зниження смертності дітей віком до 5 років є подальше впровадження ефективного антенатального скринінга, консультування батьків з питань догляду за дитиною, зміна організаційних та клінічних підходів до надання медичної допомоги вагітним, породіллям, новонародженим та дітям раннього віку, впровадження в практику лікування дітей технологій з доведеною ефективністю.

**Розвиток системи перинатальної допомоги.** Вагомим фактором скорочення показників стала регіоналізація перинатальної допомоги: створення трирівневої системи її надання. У рамках національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства», який розпочався в Україні в 2010 році, передбачалося створення 27 обласних перинатальних центрів по всій Україні, які б поєднували діяльність акушерської, неонатологічної та педіатричної служб. Але, враховуючи складну політичну та економічну ситуацію в державі протягом останнього року, будівництво перинатальних центрів зупинено і на початок 2015 року в Україні створено лише 12 обласних перинатальних центрів III рівня медичної допомоги. Вони відповідають сучас-

Рис. 2.4.5. Причини смертності дітей віком до 5 років, %



\* З виключенням тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополь, частини зони АТО

Джерело: Держстат України

ним вимогам, за 2014 рік у них народили 16,7% вагітних. Саме ці центри забезпечені висококваліфікованими фахівцями та сучасним обладнанням для діагностики та лікування, що дозволяє надавати високоякісну допомогу вагітним з високим та середнім ризиком та хворим новонародженим дітям. Водночас решта областей України ще не мають таких сучасних перинатальних центрів III рівня, що ускладнює надання ефективної, доступної та якісної медичної допомоги дітям та матерям.

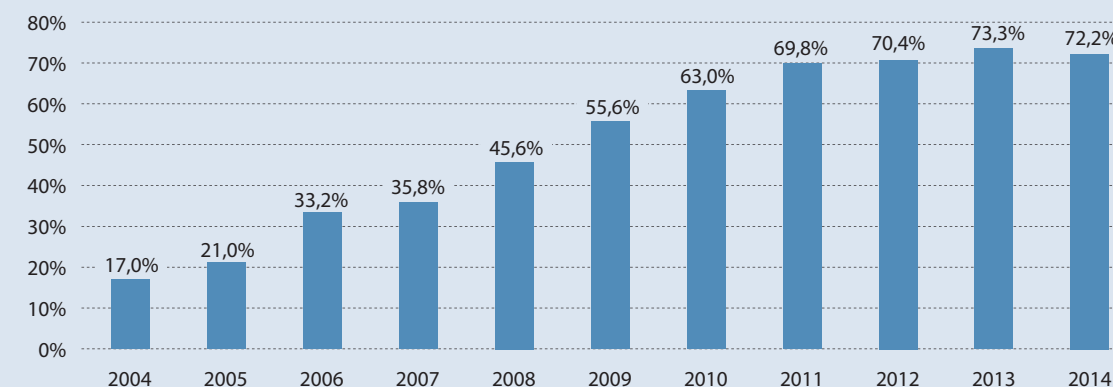
**«Лікарня, доброзичлива до дитини».** Ще одним безперечно вагомим чинником, який вплинув на зменшення рівня дитячої смертності та захворюваності, є ініціатива ВООЗ/ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини». Близько 3/4 дітей (72,2%) у 2014 народилось році в закладах, сертифікованих як «Лікарня, доброзичлива до дитини» (у 2008 році в таких закладах народжувалося лише кожне друге немовля). Такі лікарні активно впроваджуються в Україні з 2004 року, і на початок 2015 року такий статус мали 383 заклади охорони здоров'я (33%), де надається допомога матерям і дітям. Зменшення питомої ваги сертифікованих закладів з 41,5% у 2012 році до 33% у 2014 році пов'язане зі створенням нових лікувальних установ у межах впровадження державної програми з реформування галузі охорони здоров'я: загалом було створено 448 нових установи «Центри первинної медико-санітарної допомоги». Наразі в Україні нема регіону, де б не було жодного закладу, сертифікованого як «Лікарня, доброзичлива до дитини».

**Підтримка грудного вигодовування.** Грудне вигодовування є безперечним ваго-

мим чинником зниження рівня захворюваності і смертності дитячого населення. Найбільш інтенсивного впровадження підтримка грудного вигодовування в країні набула на початку 2000-х років шляхом відповідної реорганізації роботи медичних закладів та значного зростання рівня інформування населення з використанням соціальних мереж та інтернет-ресурсів. За даними офіційної статистики, на виключно грудному вигодовуванні знаходилось 54% немовлят віком до 6 місяців у 2013 році та 54,9% – у 2014 році; в закладах, які сертифіковані як «Лікарня, доброзичлива до дитини» – 62,9% у 2013 році та 65,9% у 2014 році. За даними офіційної статистики МОЗ України, рівень грудного вигодовування дітей до 3-х місяців має позитивну динаміку – частка дітей, що закінчили грудне вигодовування у 3 місяці, зменшилася з 2010 року до 2014 року на 10,0 в.п. і становила 27,3% у 2014 році (рис. 2.4.7).

Водночас, за результатами незалежного Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС), проведеного в Україні у 2012 році, тільки 19,7% немовлят вигодовувалися до 6 місяців виключно груддю; продовжували годуватися груддю, отримуючи при цьому прикорм, 38% дітей віком 12–15 місяців. До 2 років грудне вигодовування продовжували лише 22% дітей. Таким чином, спостерігаються розбіжності між офіційними та незалежними статистичними даними, що можна пояснити недосконалою відомчою системою збирання та аналізу необхідної інформації, а також більш «наказовим» шляхом вирішення проблем з боку держави щодо управлінців та медичних працівників.

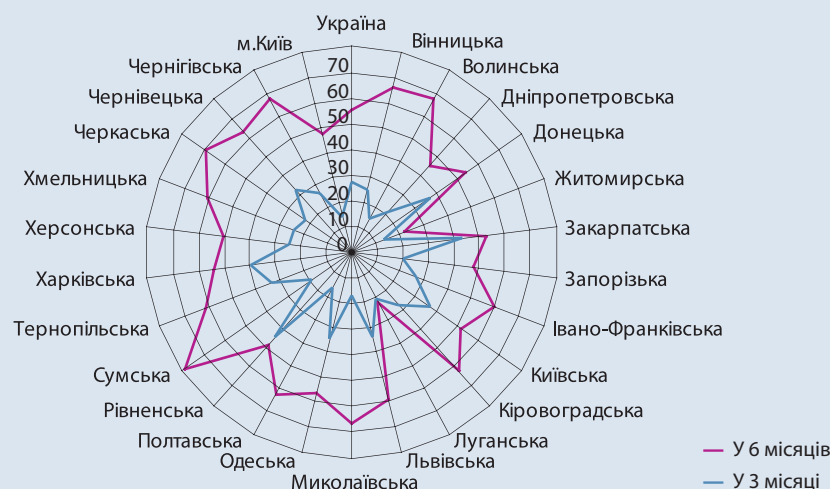
Рис. 2.4.6. Частка дітей, що народились у закладах охорони здоров'я, сертифікованих як «Лікарня, доброзичлива до дитини»



Джерело: аналіз розвитку Розширеної Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» в Україні за 2014 рік



Рис. 2.4.7. Грудне вигодовування немовлят в Україні у розрізі регіонів у 2014 році, відповідно до тривалості грудного вигодовування, %



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

**Стан імунізацій.** Останні роки в Україні ознаменувалися змінами підходів до вакцинації дитячого населення, і значною мірою завдяки просвітницькій діяльності ВООЗ та ЮНІСЕФ: за результатами незалежного соціологічного дослідження у 2008 році тільки близько 28% опитаних батьків позитивно ставились до вакцинації дітей; у 2014 році таких батьків було вже 71%.

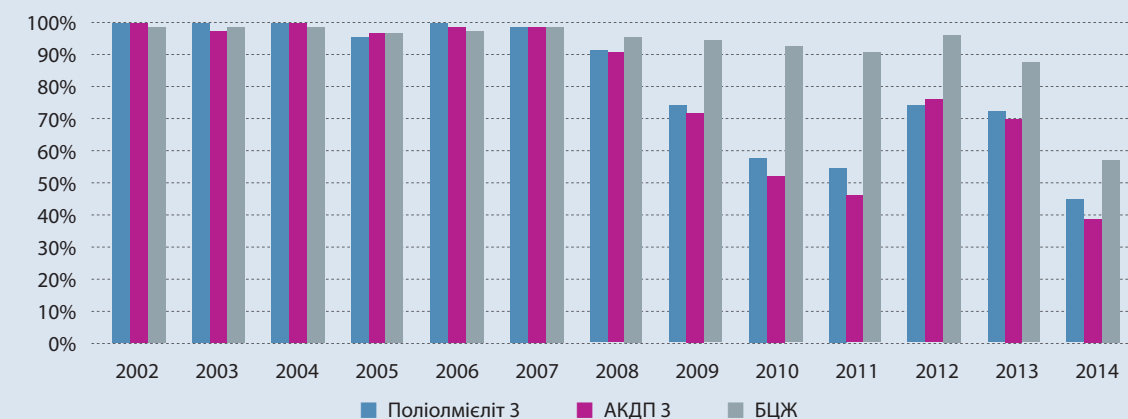
В умовах розгортання євроінтеграційних процесів, проблеми занесення інфекційних захворювань на територію України стають все більш актуальними. Враховуючи те, що Україна належить до Європейського регіону ВООЗ, вона повинна дотримуватись тих епідеміологічних заходів, які спрямовані на попередження інфекційних хвороб, характерних для країн цього регіону. Адже хвороби, яким можна запобігти завдяки щепленням, щорічно «вбивають» до 32 тис. дітей молодшого віку тільки в зазначеному регіоні. Протягом останніх 30 років у цьому регіоні реалізовано широкомасштабну програму імунізації, що дало змогу досягти значних успіхів: з 2002 року Європейський регіон ВООЗ є вільним від поліомієліту, в останнє десятиліття кількість випадків кору зменшилась більш ніж на 90%.

Доведено, що достовірний епідеміологічний ефект від вакцинації фіксується при охопленні щепленнями не менше ніж 95% населення; також вагомим чинником досягнення ефекту є своєчасність вакцинації у визначені календарем профілактичних щеплень терміни. Саме тому Законом Укра-

їни «Про затвердження Загальнодержавної програми імунізацій та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки» від 21.10.2009 р. № 1658-VI визначено охоплення не менше 95% дітей до року профілактичними щепленнями проти БЦЖ, дифтерії, правця, кашлюку, гемофільної інфекції типу b, гепатиту В, кору, паротиту, краснухи. Новий календар обов'язкових профілактичних щеплень для забезпечення захисту населення від 10 керованих інфекцій регламентовано Наказом МОЗ України від 11.08.2014 р. № 551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні».

Починаючи з 1990 року і до 2008 року показник охоплення дітей віком до 1 року повною вакцинацією був постійно високим (98–99%), що забезпечило захист суспільства. Однак поступово з 2008 року відбувається регрес, а саме, у 2014 році охоплення дітей віком до 1 року вакцинацією БЦЖ знизилось до 56,5%, АКДП – до 38,4%, проти поліомієліту – до 44,7%, проти гепатиту В – до 48,5% (рис. 2.4.8). Досить складна ситуація і з вакцинацією проти кору: охоплення першою вакцинацією знизилось з 99% у 2002 році до 57% у 2014 році; динаміка охоплення другим обов'язковим щепленням проти кору ще гірша: спостерігалось зниження з 98% у 2002 році до 41% у 2010 році, потім незначне покращання у 2012 році – до 54%. Відомо, що наслідки специфічної імунізації зумовлюють значний економічний ефект. Так, дослідження, проведені в 11 країнах Західної Європи, пока-

Рис. 2.4.8. Вакцинація дітей в Україні у 2002–2014 роках, %



Джерело: Ukraine: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2013 revision  
ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»

зали, що вартість лікування одного випадку захворювання на кір становить 209–800 євро, тоді як витрати на щеплення проти кору і контроль – 0,17–0,97 євро на людину. З 2012 року в Україні реєструється підвищення захворюваності населення на кір.

Ситуація з вакцинацією проти поліомієліту поступово почала виправлятися з початку 2015 року завдяки допомозі ЮНІСЕФ/ВООЗ у закупівлі необхідних доз поліомієлітної вакцини на кошти міжнародних донорських організацій. Також переважна більшість вакцин, які були закуплені у 2014 році, надійшла у 2015 році.

**Надання амбулаторної медичної допомоги дітям до 5 років.** Досвід великої кількості країн продемонстрував дуже важливу закономірність: чим нижчим є рівень розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), тим менш ефективною та більш витратною є система охорони здоров'я.

Останні п'ять років в Україні відбувається реформування первинної ланки надання медичної допомоги населенню. Результатом цього реформування стало значне збільшення закладів сімейної медицини: з 4729 у 2012 році до 5656 у 2014 році<sup>1</sup>, причому близько 65% з них розташовані в сільській місцевості. Кількість сімейних лікарів, які працюють у цих закладах збільшилась із 8367 у 2009 році до 11 326 лікарів у 2014 році. З них лише 69,14% надають медичну допомогу пацієнтам від народження і протягом всього життя, проте

слід зазначити, що кількість дільничних педіатрів міських дільниць зменшилась з 10,20 тис. у 2010 році до 4,9 тис. у 2014 році, тобто понад удвічі.

Ураховуючи те, що у більшості хворих дітей спостерігається відразу декілька ознак і симптомів різних захворювань, надання медичної допомоги цій категорії пацієнтів на первинному рівні сімейними лікарями є дещо ускладненим, особливо в умовах дефіциту діагностичного обладнання на рівні кожної амбулаторії.

Саме тому в Україні з 2008 року почався процес адаптації стратегії ВООЗ/ЮНІСЕФ «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» (ІВХДВ), яка є унікальною в плані підвищення якості надання медичної допомоги дітям та зменшенні показників дитячої смертності. Більше ніж 100 країн світу адаптували стратегію ІВХДВ для зниження дитячої захворюваності та смертності та покращання якості надання медичної допомоги дитячому населенню на первинному рівні.

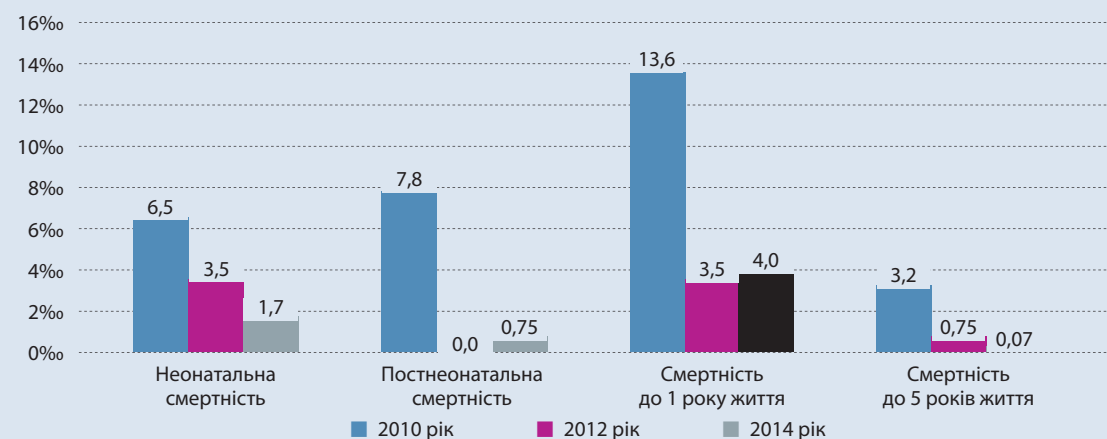
Результатом діяльності робочої групи МОЗ України за підтримки ВООЗ/ЮНІСЕФ стала підготовка адаптованих настанов ІВХДВ та початок пілотного впровадження у трьох районах України. На національному рівні був створений методично-організаційний центр упровадження стратегії ІВХДВ, а в 2011 році міністром охорони здоров'я України під час Конференції міністрів охорони здоров'я держав-членів Ради Європи «Дружня до дітей охорона здоров'я: будемо здорове майбутнє для дітей і з дітьми» була зроблена офіційна заява щодо визнання принципів Стратегії ІВХДВ. В результаті

<sup>1</sup> З виключенням АР Крим, та м. Севастополь, та частини зони АТО Донецької, Луганської областей





Рис. 2.4.9. Результати пілотного впровадження стратегії ІВХДВ у пілотному районі, %



Джерело. Отчет фазы раннего внедрения стратегии ИВБДВ в Украине.

пілотного впровадження стратегії в районах вдалося досягти значного покращання як якості надання медичної допомоги дітям і рівня задоволеності батьків, так і позитивної динаміки основних показників. На рис. 2.4.9 наведено результати впровадження стратегії ІВХДВ в одному з пілотних районів: зниження показників смертності дітей різних вікових груп. Такої тенденції до зниження показників вдалося досягти і решті пілотних районів.

**Надання стаціонарної медичної допомоги дітям віком до 5 років.** Наступною ланкою в ланцюжку надання медичної допомоги дітям є стаціонарна допомога. Протягом багатьох років розвиток вітчизняної системи стаціонарної медичної допомоги відповідав радянській моделі та характеризувався постійним збільшенням кількості стаціонарних ліжок і лікарів. Розвиток охорони здоров'я показав як недостатню економічну обґрунтованість, так і подальшу неспроможність такої моделі в Україні. Найбільших проблем зазнає стаціонарна допомога в районних лікарнях, в основному ці проблеми

стосуються кадрового дефіциту і слабого матеріально-технічного забезпечення.

Саме тому паралельно з структурною та кількісною зміною мережі закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги розпочалась реструктуризація ліжкового фонду для дітей: за період 2010–2014 роки скорочено 9,84 тис. дитячих ліжок, у 2014 році налічувалось 43 668 ліжок для дітей у 1145 лікувальних дитячих закладах. Внаслідок реорганізаційних управлінських заходів за період 2010–2014 роки скорочено 40 малопотужних дитячих лікарень, що призвело до скорочення ліжкового фонду без погіршення якості та доступності медичної допомоги дітям. Потенційно зекономлені кошти від цих заходів можуть бути переорієнтованими на покращання матеріально-технічної бази решти лікарень.

**Надання медичної допомоги дітям-сиротам.** Медико-соціальне забезпечення дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківської опіки, актуальне питання в усіх країнах світу. Такі категорії дітей потребують створення певних умов побуту, виховання і медичного забезпечення, оскільки ці діти мають більш гірший стан здоров'я порівняно з іншими дітьми.

За період з 2000 року в Україні було здійснено багато кроків, які привели до певних позитивних результатів: соціальна допомога з боку держави та створення мережі соціальних «Центрів матері і дитини»; розширення усиновлення та опіки (піклування), поява нових форм виховання дітей, зокрема прийомних сімей, дитячих будинків сімейного типу. Зазначені кроки

сприяли зменшенню кількості будинків та числа вихованців у них (з 0,78% у 2010 році до 0,60% у 2014 році, при зменшенні рівня смертності дітей в цих закладах).

Держава продовжує втілювати політику, спрямовану на покращання стану здоров'я

дітей-сиріт, а саме: створення оптимальних умов перебування дітей у будниках дитини, виховання, раціональне харчування, своєчасне комплексне лікування та реабілітація. Саме це дає змогу забезпечити належний фізичний і психічний розвиток дітей-сиріт.

## ПРОБЛЕМИ ТА НОВІ ВИКЛИКИ

**Погіршення стану імунопрофілактики дитячого населення.** Загалом за період 2010–2014 років Загальнодержавна програма з імунопрофілактики була недофінансована на понад 40%: у 2014 році фінансування на закупівлю вакцин склало тільки 37% від реальної потреби. Недофінансування в межах державної Програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки, девальвація національної валюти, відсутність фінансової децентралізації з переведенням повноважень щодо закупівлі ліків та обладнання на рівень регіонів, неможливість продовжувати закупівлю деяких вакцин (наприклад БЦЖ) у постійних партнерів, невелика кількість зареєстрованих в Україні вакцин, та досить складна процедура реєстрації імунобіологічних препаратів в Україні і стали основними чинниками зниження охоплення вакцинацією дитячого населення. Наприклад, частка забезпечення вакциною БЦЖ відносно 100% потреби регіонів в 2014 році склала 4,5%, вакциною проти гепатиту В – 27,6%, а комплексною вакциною проти кору, паротиту, краснухи – 74,6%. Хоча у 2015 році відповідно до Програми були виділені кошти у повному обсязі, враховуючи девальвацію гривні та вже наявну кількість невакцинованого дитячого населення, цих коштів не вистачить для розв'язання всіх нагальних проблем зі щепленнями дитячого населення.

Наразі в Україні визначилась ще одна проблема, пов'язана як з кількістю невакцинованих дітей, так і з певними положеннями законодавства, а саме: неможливість введення до державного календаря імунопрофілактики додаткових обов'язкових вакцинацій проти решти інфекцій, які підвищують ризик смерті дітей (наприклад, менінгіт, пневмонія), якщо частка вакцинованого населення буде становити менше 80–85%. Таке замкнуте коло впливає на зростання рівнів важкої інфекційної захворюваності дітей з високим ризиком летальності, та формує загрозу національній безпеці.

**Проблеми стаціонарної медичної допомоги на рівні району.** У 2013 році ВООЗ за підтримки МОЗ України провела незалежну оцінку 7 медичних закладів (районних лікарень), які надають стаціонарну медичну допомогу дітям перших 5 років життя. За висновками експертів, поряд з певними позитивними аспектами (а саме перебування матерів поряд з хворими дітьми, відповідність кількості персоналу нормативам, доступність лабораторій, адекватний рівень підтримання санітарно-епідеміологічного контролю, забезпечення дітей та матерів харчуванням) були також і проблемні питання, які певною мірою впливають на якість надання медичної допомоги, і, як наслідок, на стан здоров'я дитячого населення.

Найбільш вагомими проблемами, виявлені у процесі опитування, наведені на рис. 2.4.10.

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

**Недостатня забезпеченість кадрами.** В Україні допомога дитячому населенню на первинному рівні надається за дільничним принципом: дільничним педіатром або сімейним лікарем, а, отже, доступність та якість цієї допомоги може бути гарантованою лише при достатньому забезпеченні кваліфікованими педіатрами та сімейними лікарями. Починаючи з 2007 року, поступово зменшувалась чисельність лікарів-педіатрів та інших «вузьких» спеціалістів, за винятком лише незначного переліку спеціалізацій (дитячі нейрохірурги, анестезіологи, інфекціоністи). Тому педіатричні спеціальності сьогодні входять до групи високого кадрового дефіциту, який склався в Україні як в результаті низької соціальної

### Вставка 2.4.3.

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

Джерело: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»



Рис. 2.4.10. Основні проблеми, виявлені при оцінці 7 районних медичних закладів  
стаціонарної допомоги дітям



Джерело: Mission report – Marzia Lazzzerini MD, DTMH, MSc, PhD

захищеності лікарів-педіатрів, так і реформуванням первинної ланки з переорієнтацією на сімейну медицину.

З 2010 року під час реформування системи охорони здоров'я кількість дільничних педіатрів міських дільниць зменшилася з 10,20 тис. до 4,9 тис. у 2014 році, а кількість сімейних лікарів за цей період збільшилася з 8621 до 11 326. Кількість працюючих педіатрів-неонатологів в 2014 році склала 1444 осіб (77,74% від реальних потреб у державі). Але наразі існує проблема підготовки сімейних лікарів: спеціалізація триває 6 місяців, з яких на педіатрію відводиться лише 2 тижні, що, безумовно, не може забезпечити належний рівень знань та навичок сімейного лікаря в питаннях надання допомоги дітям на первинній ланці.

Така кадрова ситуація погіршується ще й тим, що на первинній ланці надання медичної допомоги та в районних дитячих стаціонарах працює велика кількість лікарів пенсійного та глибоко пенсійного віку, що поглиблює дефіцит лікарських кадрів.

З 2014 року в Україні почався перегляд кадрової політики щодо педіатричних спеціальностей: до 2020 року на двох сімейних лікарів передбачена одна посада лікаря педіатра, та повна забезпеченість педіатрами мережі дитячих закладів охорони здоров'я (дитячі лікарні, пологові будинки, перинатальні центри, центри ПМСД).

**Недостатній рівень обізнаності та навичок батьків щодо догляду за дитиною, її харчуванням та розвитком.** В Україні тільки розпочинається активний процес виховання

батьків з питань усвідомленого батьківства. Першою ланкою стали жіночі консультації, де медичні та соціальні працівники намагаються активно змінити ставлення подружжя до народження та виховання дитини: здоровий спосіб життя, правильне ставлення до потреб дитини, виконання необхідних санітарно-гігієнічних правил в родині, грудне вигодовування та подальше раціональне харчування дитини, низка профілактичних заходів щодо зниження захворюваності батьків і дітей. Навчання батьків надалі продовжують в пологовому відділенні та після виписки дитини на дільницю.

Велику роль в розвитку цього напрямку відіграють ВООЗ/ЮНІСЕФ, які разом з іншими міжнародними організаціями шляхом реалізації проектів міжнародної технічної допомоги розробляють та впроваджують в клінічну практику основні напрямки консультування та навчання свідомому батьківству. На жаль, на цьому етапі державні служби залучені дуже малою мірою, а тому загальний просвітницький рівень батьків в питаннях здоров'я та виховання дитини залишається невисоким, насамперед серед соціально незахищених верст населення.

**Недосконала статистична звітність та система збирання, оцінки та використання інформації.** Нагальною проблемою є зміна підходів до збирання, аналізу та використання достовірних показників діяльності системи охорони здоров'я. Відсутність уніфікованої комп'ютерної інформаційної системи, а також раціонально підібраної вибірки індикаторів, які відображають якість надання медичної допомоги,

не дозволяє своєчасно використовувати статистичні дані на місцях для прийняття своєчасних управлінських та клінічних рішень щодо покращання організації та якості надання допомоги. Так звані «рейтингові показники» не відрізняються за рівнями надання медичної допомоги, а при аналізі цих показників найбільш вживаною моделлю впливу з боку адміністрації є покарання медичного працівника, «за участю якого» стався випадок смерті або розвиток ускладнень. Саме тому окреслена модель не може впливати на зміну якості надання медичної допомоги, бо створює передумови для приховування як реального рівня захворюваності та смертності, так і обставин цих випадків.

Ще однією особливістю державної статистичної звітності є підхід до вікового аналізу стану дитячого здоров'я від народження до 6 років життя, в той час як в світі вже давно відбувається розрахунок основних показників в віковій групі дітей від народження

до 5 років. Така відмінність утруднює адекватний порівняльний аналіз показника з іншими державами.

#### Вставка 2.4.4. Приклад невідповідності статистичних даних

За даними ВООЗ, частка новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г становить 1–1,5% серед усіх народжених живими і мертвими, а з масою тіла при народженні 500–999 г – 1–1,5%. В Україні частка народжених живими і мертвими з масою тіла при народженні 500–999г втричі, а з масою тіла 1000–1499 г вдвічі менші орієнтовних. Фактичний (офіційний) показник ранньої неонатальної смертності в 2014 році становив 3,11 при фактичній частці дітей вагової категорії 1000–1499 г 0,5%. Якщо взяти до уваги розрахункову частку цієї категорії дітей (за даними ВООЗ вона дорівнює 1–1,5%), то реальний показник ранньої неонатальної смертності становив би 7,32 на 1000 народжених.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Удосконалення медичної допомоги дітям вимагає впровадження сучасних методів діагностики та лікування, рівного доступу дітей до якісних медичних послуг, посилення профілактичного напрямку роботи, підвищення обізнаності батьків та членів суспільства, пропагування здорового способу життя, подальшого реформування галузі охорони здоров'я, покращання системи збору та аналізу статистичної інформації, та забезпечення системного підходу держави до збереження набутих результатів. Подальше впровадження державних програм, розвиток і вдосконалення моделі оптимальної медичної допомоги є складним завданням для системи охорони здоров'я будь-якої держави. У розвинених країнах найважливішою організаційною моделлю на шляху оптимізації медичної допомоги матерям і дітям, зниження рівня смертності, захворюваності та інвалідності є **повна регіоналізація перинатальної допомоги**. Наразі в Україні сформовано нормативно-правові засади регіоналізації перинатальної допомоги, розроблено національну систему її моніторингу і оцінки, але ще 12 областей України не мають сучасних закладів III рівня надання перинатальної допомоги, що унеможливує надання цієї допомоги на високому рівні в цих областях: необхідно розглянути питання до фінан-

сування на державному та регіональному рівнях будівництва та оснащення сучасних перинатальних центрів III рівня в тих областях України, де наразі вони відсутні.

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

Перші кроки в цьому напрямі вже були зроблені наприкінці 2014 року: прийнято Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про лікарські засоби»; Наказом МОЗ України від 11.08.2014 року №566 спрощено процедуру реєстрації в Україні вакцин перекваліфікованих ВООЗ та зареєстрованих у країнах, які застосовують високі стандарти якості. Це дало змогу ЮНІСЕФ/ВООЗ завдяки донорським організаціям закупити вакцину проти поліомієліту як гуманітарну допомогу для України. Але найважливішим завданням держави на наступні роки є зменшення частки невакцинованих дітей та створення таких державних та регіональних механізмів регуляції, які дозволять швидко та ефективно впливати на зміни стану імунопрофілактики в країні. Враховуючи те, що в





2016 році весь світ поступово переходить на використання двохвалентної поліовакцини, кроки щодо пошуку можливостей використання цієї вакцини в Україні потрібно робити вже зараз.

Подальший розвиток педіатричної допомоги вимагає перегляду підходів до **системи збирання, оцінки та використання інформації**. Поліпшення клінічної практики, організації надання медичної допомоги, задоволеності пацієнтів повинні базуватись на об'єктивних результатах незалежного аудиту, який включає конфіденційні та анонімні методи. Потребує перегляду державний перелік статистичних показників, за якими звітують щоквартально заклади охорони здоров'я, а також зміна вікового періоду з 0 до 6 років життя на віковий період з 0 до 5 років.

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

У напрямку забезпечення сучасних доказових технологій на первинному рівні надання медичної допомоги дітям віком до 5 років необхідно впровадити в державі стратегію ІВХДВ як основний стандарт. Додатково до стандартизації стратегії необхідно включити її до плану обов'язкового навчання на додипломному та післядипломному рівнях як для педіатрів, так і для сімейних лікарів. Широке впровадження ІВХДВ допоможе також знизити частку випадків необґрунтованої госпіталізації дітей та поліпрагмазії при призначенні лікування, а також залучити більшою мірою середній медичний персонал до діагностики та надання медичної допомоги дітям на первинному рівні.

Покращання **стаціонарної допомоги** дітям вимагає якомога швидшої адаптації посібника ВООЗ/ЮНІСЕФ «Госпітальне ІВХДВ» та впровадження його в практику як стандарт початкової допомоги дітям при поступленні в дитячий стаціонар.

Одним з механізмів рівного доступу дітей до якісної медичної допомоги незалежно від місця їх народження та проживання є розвиток телемедицини, який набуває дуже важливого значення для важкодоступних районів.

Загалом покращання якості надання медичної допомоги на всіх рівнях потребує регу-

лярного перегляду існуючих та розробки нових національних настанов та клінічних протоколів з більш широким залученням професійних асоціацій до цього процесу. Дуже важливим є спрощення процедури затвердження та впровадження в практику розроблених настанов та клінічних протоколів на державному рівні. Не менш важливим є повна своєчасна доступність медичних працівників до розроблених настанов, а також певна свобода на рівні регіону в адаптації цих настанов до регіональних особливостей.

Підвищення ефективності та якості медичної допомоги неможливо без впровадження **сучасних методів діагностики та лікування**, що потребує не тільки розробки настанов та клінічних протоколів, але й забезпечення всіх лікарень, де надається допомога роділлям та дітям, мінімальним переліком необхідного працюючого обладнання, до якого будуть мати доступ всі хворі діти незалежно від місцевості проживання. Незважаючи на наявність регламентуючих документів, сьогодні досягти цього досить важко за рахунок переважно централізованої закупівлі обладнання та ліків. Тільки перерозподіл фінансів за регіональним принципом та проведення ретельного та незалежного аудиту забезпечення лікувальних закладів необхідним обладнанням та медикаментами допоможе виправити цю ситуацію.

**Для усунення кадрового дефіциту** (як в якісному, так і в кількісному сенсі) необхідно переорієнтувати державну політику, яка повинна мати на меті зміну системи підготовки сімейних лікарів та підвищення вимог до їх кваліфікації, особливо в частині надання медичної та профілактичної допомоги дітям. Додатково для цього необхідно якомога швидше усунути кадровий дефіцит лікарів-педіатрів, особливо це стосується районних лікарень.

Пропагування здорового способу життя, **навчання батьків** щодо догляду за розвитком дитини потребує ширшого втручання як на центральному, так і регіональному рівнях. Для поширення набутого досвіду необхідно активніше залучати засоби масової інформації та спеціалізовані установи: безкоштовні газети з описанням догляду, розвитку, харчування, попередження захворюваності та травматизму у дітей; розширення безкоштовної консультативної мережі в Інтернеті; розробка та розповсюдження

листівок з важливою інформацією. Великої ваги набуває навчання батьків наданню екстреної долікарської допомоги дитині у разі виникнення у неї загрози життю.

Подальше реформування галузі охорони здоров'я потребує більш широкого залучення до обговорення громадських організацій та незалежних консультантів-юристів до моменту прийняття будь-якого закону в Україні щодо подальшої реорганізації надання медичної допомоги населенню. У 2015 році була опублікована нова стратегія розвитку галузі охорони здоров'я на період до 2020 року, де основне значення надається переходу до платного медичного обслуговування. Але для цього необхідно знайти законне та правильне вирішення питання, пов'язаного зі статтею 49 Конституції України, яка виключає проведення будь-якої фінансової реформи у

галузі охорони здоров'я. Впровадження платної медицини необхідно розпочати з розробки політики надання цільових пільг малозабезпеченим і хронічно хворим пацієнтам, а також встановити гарантований державою рівень безоплатної медичної допомоги; слід переглянути законодавство, яке регламентує платні послуги; створити агенцію з незалежним підпорядкуванням для проведення регулярного аудиту з питань надання та фінансування медичних послуг і закупівлі медикаментів та обладнання; створити законодавчу базу для роботи страхових компаній у напрямі відшкодування коштів на проведене лікування з переважним урахуванням інтересів пацієнтів. Після здійснення всіх цих кроків слід розпочати пілотне застосування нових механізмів оплати за медичні послуги з паралельним проведенням якісного аудиту.