

Canada



АЛЬТЕРНАТИВНА ДОПОВІДЬ ПРО ВИКОНАННЯ УКРАЇНОЮ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ХАРТІЇ (ПЕРЕГЛЯНУТОЇ)

**ТЕМАТИЧНА ГРУПА «ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ,
СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ»
(статті 3, 11 12, 14, 23, 30)**

Доповідь подається Українською Гельсінською спілкою з прав людини

2016

*Ця публікація підготовлена та видана в рамках проекту «Права людини понад усе», який впроваджується Українською Гельсінською спілкою з прав людини та фінансується Міністерством міжнародних справ Канади.
Погляди та інтерпретації, представлені у цій публікації, не обов'язково відображають погляди Міністерства міжнародних справ Канади чи Уряду Канади.*



Global Affairs
Canada

Affaires mondiales
Canada

Методологія

У січні 2010 року Європейський Комітет із соціальних прав оприлюднив Заключні висновки за результатами розгляду Першої доповіді України про виконання положень Європейської соціальної хартії (переглянутої) за тематичною групою «Охорона здоров'я, соціальне забезпечення, соціальний захист». Тематична група включає наступні статті:

- стаття 3 «Право на безпечні та здорові умови праці»
- стаття 11 «Право на охорону здоров'я»
- стаття 12 «Право на соціальне забезпечення»
- стаття 13 «Право на соціальну та медичну допомогу»
- стаття 14 «Право на користування послугами соціальних служб»
- стаття 23 «Право осіб похилого віку на соціальний захист»
- стаття 30 «Право на захист від бідності та соціального відчуження».

Українська Гельсінська спілка з прав людини пропонує альтернативну доповідь про виконання Україною положень Європейської соціальної хартії (переглянутої) у зазначеній вище тематичній групі. Здійснюючи дослідження досягнутого Україною прогресу, ми орієнтувались, зокрема на: становище України в оцінках міжнародних організацій та моніторингових місій; аналіз найбільш важливих новел законодавства, законопроектів, підзаконних актів; статистичні дані; зміни у судовій практиці; діяльність громадських організацій, в тому числі професійних спілок та діалог з державою, якщо останній мав місце.

До підготовки звіту були залучені автори-експерти: Автухов Костянтин, Муканова Айгуль, Сорокін Олексій, Яковець Ірина. Текст доповіді подається в авторській редакції.

ВИКОНАННЯ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЗА СТАТТЕЮ 3 ХАРТІЇ¹ «Право на безпечні та здорові умови праці»

Стаття 3 пункт 1

З метою забезпечення ефективного здійснення права на безпечні та здорові умови праці Сторони зобов'язуються, консультуючись з організаціями роботодавців і працівників:

1. розробити, здійснювати і періодично переглядати послідовну національну політику в галузі охорони праці, виробничої гігієни і виробничого середовища. Головною метою цієї політики є поліпшення охорони праці і виробничої гігієни, а також запобігання нещасним випадкам та травматизму, що виникають внаслідок виробничої діяльності, пов'язані з нею або мають місце у процесі її здійснення, зокрема шляхом мінімізації причин виникнення ризиків, властивих виробничому середовищу.

Характерною особливістю вітчизняного досвіду є наявність доволі значної кількості нормативних актів, однак вони майже не впливають належним чином на практичну сферу. У 2011 році розпорядженням Кабінету Міністрів України було затверджено «Концепцію Загальнодержавної цільової програми поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 2012–2016 роки»², натомість плану її реалізації так і не було затверджено. Відсутні й результати її впровадження.

У 2013 році прийнято Закон України «Про затвердження Загальнодержавної соціальної програми поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 2014–2018 роки». На його виконання схвалені відповідні галузеві та регіональні програми в органах влади та місцевого самоврядування (приміром, Галузева програма поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на підприємствах та організаціях, які належать до сфери управління Держрезерву України на 2014–2018 роки³; Про районну соціальну програму поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища у П'ятихатському районі на 2014–2018 роки⁴ тощо).

Незважаючи на це, нині відсутня інформація про стан її реалізації та отримані результати.

Окремі аспекти цієї проблеми інтегровані в Національну стратегію у сфері прав людини на період до 2020 року, затверджену Указом Президента від 25 серпня 2015 р. № 501/2015. Одним із очікуваних результатів Стратегії передбачено «створено здорові та безпечні умови праці».

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 23 листопада 2015 р. № 1393-р затверджено План заходів з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 року. В п. 50 плану вказано, що для створення здорових та безпечних умов праці необхідно вжити лише два заходи:

1) розроблення законопроектів щодо внесення змін до Податкового кодексу України та інших законодавчих актів України з метою їх приведення у відповідність з Конвенціями міжнародної організації праці № 81 про інспекцію праці у промисловості і торгівлі та № 129 про інспекцію праці в сільському господарстві у частині проведення перевірок;

2) розроблення нормативно-правового акта щодо посилення державного контролю за дотриманням законодавства з питань праці шляхом проведення перевірок підприємств і організацій, в якому передбачається, що критерієм ефективності перевірки є не кількість проведених перевірок, накладе-

¹ Підготовлено Костянтином Автуховим та Іриною Яковець.

² <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/889-2011-%D1%80>

³ www.gosrezerv.gov.ua/reserv/doccatalog/document;jsessionid...app2?id=149509

⁴ http://www.pyatihrn.dp.gov.ua/OBLADM/pjat_rda.nsf/docs/8503DEFD403CF519C2257D3800499703?OpenDocument

них штрафів тощо, а кількість відновлених прав, усунутих порушень, зменшення кількості нещасних випадків на виробництві.

Згідно з планом роботи Мінсоцполітики, підготовка законопроектів щодо внесення змін до Податкового кодексу України та інших законодавчих актів України з метою їх приведення у відповідність з Конвенціями міжнародної організації праці № 81 про інспекцію праці у промисловості і торгівлі та № 129 про інспекцію праці в сільському господарстві у частині проведення перевірок *запланована на грудень 2016 року*⁵. І це при тому, що найперший із подібних законопроектів був підготовлений Міністерством соціальної політики та винесений на громадське обговорення ще у 2014 році⁶.

12 жовтня 2016 р. У Комітеті з питань соціальної політики, зайнятості та пенсійного забезпечення Верховної Ради України відбулися слухання на тему реалізації в Україні конвенції МОП № 81 – «Про інспекцію праці в промисловості та торгівлі» та конвенції МОП № 129 – «Про інспекцію праці в сільському господарстві». *Під час слухань обговорювалися можливі шляхи реформування системи інспекції праці України в контексті виконання положень конвенцій*⁷.

Будь-яка інша інформація, що стосується питань підготовки чи реєстрації проекту змін до чинного законодавства щодо проведення інспекцій у відкритих джерелах (у тому числі й на сайті Верховної Ради України та Держпраці) відсутня.

Що стосується завдання з розроблення нормативно-правового акта щодо посилення державного контролю за додержанням законодавства з питань праці шляхом проведення перевірок підприємств і організацій, в якому передбачається, що критерієм ефективності перевірки є не кількість проведених перевірок, накладених штрафів тощо, а кількість відновлених прав, усунутих порушень, зменшення кількості нещасних випадків на виробництві, то *його виконання покладалось на Державну службу з питань праці*. Водночас, на сайті служби відсутні проекти нормативно-правових актів, що могли б свідчити про виконання заходу.

Крім того, враховуючи, що 11 жовтня 2016 року на відкритті Проекту Міжнародної організації праці «Зміцнення системи інспекції праці і механізмів соціального діалогу» заступник Міністра соціальної політики згадував про те, що «перед Україною стоїть завдання не тільки зміцнити Інспекцію праці у контексті повноти реалізації її повноважень, а й переглянути значну частину законодавства, контроль та нагляд за яким покладено на неї. Досягнути цю мету ми сподіваємося, в тому числі, і через реалізацію протягом 2016–2018 років Проекту «Зміцнення системи Інспекції праці і механізмів соціального діалогу»⁸, можна стверджувати, що **зазначений вище захід Плану дій не виконано, відповідний нормативний акт не розроблено.**

Таким чином, незважаючи на доволі розгалужене число різноманітних проектів змін, вони не охоплюють завдання, передбачені у документах стратегічного характеру, що стосуються національної політики в галузі охорони праці, виробничої гігієни і виробничого середовища. У підсумку слід констатувати відсутність в Україні послідовної національної політики у цій сфері.

Донедавна між роботодавцями, профспілками та органами виконавчої влади діяла «Генеральна угода про регулювання основних принципів і норм реалізації соціально-економічної політики й трудових відносин в Україні на 2010–2012 роки»⁹.

⁵ http://www.ts.lica.com.ua/b_text.php?type=3&id=862749&base=1

⁶ Повідомлення про оприлюднення проекту Закону України «Про внесення зміни до деяких законів України щодо приведення їх у відповідність до вимог Конвенцій № 81 та 129 Міжнародної організації праці»// <http://dpu.gov.ua/Lists/ProjectsandPublic/DispForm.aspx?ID=25>

⁷ На слуханнях з реалізації в Україні конвенцій МОП обговорювали можливі шляхи реформування системи інспекції праці// <http://dsp.gov.ua/%D0%BD%D0%B0-%D1%81%D0%BB%D1%83%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%85-%D0%B7-%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D0%BA%D0%BE/>

⁸ <http://msp.gov.ua/news/10626.html?PrintVersion>

⁹ <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/n0006120-10>

Таке становище виникло в зв'язку з тим, що сторони соціального діалогу, попри тривалі перемовини, не знаходять компроміс по ряду питань. Зокрема, розбіжності стосувались розділу «Умови, охорона праці», які в цілому стосуються розробки концепцій та нових підходів до цього питання, розробки нормативно-правових актів тощо. Заперечення сторони роботодавців та Уряду мала пропозиція профспілок щодо «спрямування роботодавцем коштів на здійснення Комплексних заходів щодо досягнення встановлених нормативів та підвищення теперішнього рівня охорони праці, які є складовою колективного договору, в обсязі не менше 5% від фонду оплати праці підприємства, установ, організацій».

Нова редакція *Генеральної угоди про регулювання основних принципів і норм реалізації соціально-економічної політики і трудових відносин в Україні*¹⁰ була укладена лише 23 серпня 2016 року. Генеральну угоду укладено на 2016–2017 рр.

На теперішній час єдиним результатом її укладання стало проведення 28 вересня 2016 року консультацій в Міністерстві соціальної політики України щодо необхідності поновлення щорічного перерахунку щомісячних страхових виплат, який було зупинено з 1 січня 2015 року до стабілізації фінансово-економічного становища держави. З урахуванням розрахунків виконавчої дирекції Фонду від нещасних випадків учасники консультацій дійшли згоди щодо можливості відновлення такого *перерахунку з 1 березня 2017 року*. Такий перерахунок потребуватиме близько 700 млн гривень та може бути забезпечений за рахунок коштів системи соціального страхування від нещасних випадків на виробництві.

Будь-яка інша практика щодо реалізації зазначеної угоди (у тому числі й судова) нині відсутня.

Стаття 3 пункт 2

Прийняти правила з техніки безпеки та гігієни праці.

Правила з техніки безпеки праці в Україні розпорошені по різних нормативних актах. До основних документів, що були прийняті у сфері охорони праці за часів незалежності України та стали визначальними в цій сфері належать:

- Закон України «Про охорону праці»;
- Закон України «Про об'єкти підвищеної небезпеки»;
- Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування»;
- внесення змін до Кодексу законів про працю України;
- Порядок проведення розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві (постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2011 № 1232);
- низка технічних регламентів, прийнятих із метою реалізації в Україні європейського законодавства у сфері охорони праці.

В Україні діє національний стандарт ДСТУ ОHSAS 18001:2010 «Системи управління гігієною та безпекою праці. Вимоги» та ОHSAS 18002 як пробний стандарт ДСТУ-П ОHSAS 18002 для інформування і визначення можливості його застосування в умовах національного ринку та з особливістю СУОП на національних підприємствах.

Рекомендації щодо побудови, впровадження та удосконалення системи управління охороною праці, що були затверджені Головою Держгірпромнагляду ще 07.02.2008 р., з метою сприяння суб'єкту господарювання щодо досягнення рівня охорони праці на виробництві, що відповідає мінімальним вимогам до забезпечення безпечних та здорових умов праці найманих працівників, які встановлені законодавчими та іншими нормативно-правовими актами з охорони праці, не носять імперативного характеру.

¹⁰ <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/n0001120-16>

Використовуючи вказані Рекомендації, суб'єкт господарювання має можливість розробити власну систему управління охороною праці на підприємстві як складову частину загальної системи управління організацією¹¹.

Основними проблемами, з якими на сьогодні вимушені стикатися фахівці із охорони праці під час виконання завдань щодо забезпечення безпечних та нешкідливих умов праці, є:

– недосконалість нормативно-правової бази з питань охорони праці: скасовано дію низки важливих документів, а замість них тимчасово відновлені старі, ще радянські (Правила будови і безпечної експлуатації посудин, що працюють під тиском (1987 року), Правила будови і безпечної експлуатації парових і водогрійних котлів (1966 року)); деякі нормативні документи відмінені без введення замість них нових (скасовано дію ДСТУ 2448-94 «Кисневе різання. Вимоги безпеки»); нові нормативні документи з охорони праці (НПАОП), що приймаються на державному рівні, мають узагальнений характер із переліком посилань на інші документи, що робить використання таких документів незручним, особливо в лінійних підрозділах, де відсутній доступ до нормативних баз;

– виконання робіт із застосуванням машин та обладнання, термін експлуатації яких, установлений виробником, закінчився (на сьогодні до таких належить до 80% вантажопідіймальних кранів, котлів та посудин, що працюють під тиском). Для такого обладнання проводяться додаткові опосвідчення та продовжується термін їхнього використання;

– відсутність достатнього фінансування заходів з охорони праці. Згідно із Законом України «Про охорону праці» витрати на охорону праці становлять не менше 0,5 відсотка від фонду оплати праці за попередній рік. Оскільки за останні роки в економіці спостерігаються кризові явища та доводиться працювати за скороченим робочим тижнем, розміри фінансування заходів з охорони праці, на жаль, не збільшуються¹².

Основними напрямками роботи щодо поліпшення стану охорони праці на підприємствах на 2016 рік залишаються:

1. Підвищення дієвості систем управління охороною праці підприємств відповідно до вимог ДСТУ ОHSAS 18001:2010 в частині запровадження комплексної системи оцінки ризиків з урахуванням специфіки підприємств.

2. Вдосконалення порядку навчання посадових осіб з питань охорони праці, а також забезпечення визнання керівниками усіх рівнів розуміння відповідальності за життя і здоров'я підлеглих працівників.

3. Впровадження інформаційної довідки (декларації) про стан охорони праці на підприємствах, установах та організаціях.

4. Підвищення ролі служб охорони праці на підприємствах¹³.

Мінсоцполітики оприлюднило проект власного наказу «Про внесення змін до Положення про розробку інструкцій з охорони праці». Метою розробки цього проекту є:

- приведення норм Положення про розробку інструкцій з охорони праці, затвердженого наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 29 січня 1998 року № 9, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 07 квітня 1998 року за № 226/2666 у відповідність до вимог чинного законодавства про охорону праці;

- спрощення порядку розробки і затвердження роботодавцем інструкцій з охорони праці на підприємстві;

- виконання вимог статті 28 Закону України «Про охорону праці» щодо перегляду нормативно – правових актів з охорони праці, відповідно до якої «*нормативно-правові акти з охорони праці пере-*

¹¹ <http://www.documenty.in.ua/lyst-derzhavnoyi-sluzhby-ukrayiny-z-pytan-pratsi-shhodo-sistemy-upravlinnya-ohoronoyu-pratsi-na-pidpryyemstvi-vid-18-12-2015-r-5820-0-4-4-06-6-dp-15/>

¹² <http://ukrrailways.com/intervyu/1783-valerij-suslenko-neobkhdno-stvoriti-edinu-korporativnu-sistemu-upravlinnya-okhoronoyu-pratsi-dlya-pat-ukrzhaliznitsya.html>

¹³ <http://mtu.gov.ua/files/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7%20%D0%9E%D0%9F%202015%202016.05.04.pdf>

глядаються в міру впровадження досягнень науки і техніки, що сприяють поліпшенню безпеки, гігієни праці та виробничого середовища, але не рідше одного разу на десять років».

Стаття 3 пункт 3

Забезпечити виконання таких правил шляхом заходів нагляду за дотриманням їхніх вимог.

Держава, на жаль, не зробила рішучих кроків у виправленні ситуації з доволі високими показниками виробничого травматизму та зменшення їхньої латентності. За останній час не було прийнято нових нормативних актів чи ефективних програм. У підсумку існують такі проблеми:

Незадовільні умови праці, що не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам, у яких в Україні працює понад 1 млн працівників.

Кількість працівників, зайнятих в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам, становить: у добувній промисловості 71,3% від загальної кількості працюючих; на виробництві коксу та продуктів нафтопереробки – 59,0%; готових металевих виробів, крім машин і устаткування – 52,8%; на виробництві хімічних речовин і хімічної продукції – 41,0%; в промисловості – 35,8%; у постачанні електроенергії, газу, пару та кондиційованого повітря – 33,0%. Особливо складна ситуація з умовами праці відмічається на підприємствах приватної форми власності, малого та середнього бізнесу та індивідуальної зайнятості.

Надзвичайно великі обсяги тіньової зайнятості – понад 4 млн працівників, які працюють без офіційного оформлення трудових відносин з роботодавцем.

Цей сектор не охоплений державним наглядом у сфері праці та охорони праці. Саме в ньому відбувається масове приховування нещасних випадків на виробництві, в результаті чого Україна має чи не найгірше у світі співвідношення кількості загиблих на виробництві до загальної кількості потерпілих від нещасних випадків на виробництві (в середньому за останні роки 1 до 12), в той час коли в країнах Євросоюзу цей показник коливається 1 до 150 – 1 до 1000.

Це означає, що понад 4 мільйони працівників не можуть бути захищені системою охорони праці, тисячі потерпілих і членів їхніх сімей (у разі смерті працівника внаслідок травми чи професійного захворювання) не отримують належного відшкодування заподіяної шкоди в результаті зазначених випадків.

Наявність значних недоліків у: виконанні державної політики (законодавства) з охорони праці; формуванні державної системи управління охороною праці як в окремих галузях економіки так і в адміністративно-територіальних одиницях України; запровадженні економічних методів стимулювання роботодавців щодо попередження настання нещасних випадків на виробництві; виконанні центральними органами виконавчої влади і роботодавцями вимог законодавства з охорони праці та фінансуванні заходів і засобів з охорони праці, перелік яких, передбачений постановою Кабінету Міністрів України від 27 червня 2003 р. № 994.

На сьогоднішній час статистика виробничого травматизму невітшна і спонукає до аналізу причин, які в більшості є типовими для багатьох галузей народногосподарського комплексу: фізична зношеність виробничого обладнання; використання морально застарілого устаткування, машин, механізмів, зниження фахового рівня працівників внаслідок розвалу системи професійно-технічної освіти, відтік кваліфікованих працівників тощо.

У 2015 році в Україні було травмовано 4260 осіб, у 2014 році – 6318 (– 2058 осіб), у тому числі зі смертельним наслідком 375 осіб, у 2014 році – 548 (– 173 особи)¹⁴.

¹⁴ <http://rda-m-p.gov.ua/novini/pro-stan-travmatizmu-ohoroni-praci-ta-promislovoi-bezpeki-na-pidpriemstvah-vodoprov-idnokanalizacijogo-gospodarstva/>

Реальний стан виробничого травматизму відображає невтішні показники. Нижче наводяться показники стану виробничого травматизму за 9 місяців 2016 та 2015 року по галузях нагляду (осіб)¹⁵.

Галузь нагляду	9 місяців 2016 рік		9 місяців 2015 рік		Різниця, +/-	
	Всього	в т.ч. «См»	Всього	в т.ч. «См»	Всього	в т.ч. «См»
Вугільна	635	17	544	13	91	4
Гірничорудна та нерудна	144	17	157	11	-13	6
Нафтогазовидобувна та геологорозвідка	11	1	11	4	0	-3
Енергетика	99	11	82	13	17	-2
Будівництво	134	24	152	24	-18	0
Котлонагляд, підйомні споруди	6	0	4	1	2	-1
Машинобудування	209	10	246	15	-37	-5
Металургійна	186	10	196	10	-10	0
Хімічна	100	8	110	12	-10	-4
Транспорт	260	53	297	37	-37	16
Зв'язок	38	1	43	6	-5	-5
Газова промисловість	26	1	42	1	-16	0
Житлокомунгосп	134	29	102	8	32	21
Агропромисловий комплекс	406	69	419	63	-13	6
Деревообробна промисловість	37	2	63	3	-26	-1
Легка та текстильна промисловість	10	0	16	0	-6	0
Соціально-культурна сфера та торгівля	733	45	666	46	67	-1
Р а з о м	3168	298	3150	267	18	31

Таким чином, незважаючи на відсутність зростання виробництва, спостерігається збільшення виробничого травматизму за 9 місяців 2016 та 2015 року.

У I півріччі 2016 року робочими органами виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України зареєстровано 2230 (з них 155 – смертельно) потерпілих від нещасних випадків на виробництві.

У I півріччі 2016 року у порівнянні з I півріччям 2015 року кількість страхових нещасних випадків збільшилась на 74 випадки, або 3,4% (з 2156 до 2230), кількість смертельно травмованих осіб зменшилась на 23 випадки, або 12,9% (з 178 до 155). І це без врахування нещасних випадків та професійних захворювань, які сталися на підприємствах, що знаходяться в населених пунктах, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження.

¹⁵ <http://dsp.gov.ua/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96-%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D1%96-%D0%B2%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0-2/>

На підприємствах України травмовано 73,7% (1643) чоловіків та 26,3% (587) жінок від загальної кількості травмованих по Україні.

Отримали травми на виробництві у стані алкогольного сп'яніння 49 осіб (2,2% від загальної кількості травмованих по Україні), що на 4 особи менше у порівнянні з I півріччям 2015 року. При цьому 22 особи отримали травми із смертельним наслідком.

Найбільш за все у I півріччі 2016 року травмувалися робітники таких професій – гірник очисного забою, водій автотранспортних засобів, прохідник.

Найвищий рівень виробничого травматизму спостерігався серед працівників віком від 50 до 59 років (576 осіб, що складає 25,8% від загальної кількості травмованих по Україні у I півріччі 2016 року).

Серед причин нещасних випадків переважають організаційні – 65,3% (1457) нещасних випадків. Через психофізіологічні причини сталося 23,1% (515) нещасних випадків, а через технічні причини – 11,6% (258) нещасних випадків.

Найпоширенішими організаційними причинами стали:

- невиконання вимог інструкцій з охорони праці – 36,4% від загальної кількості травмованих осіб по Україні (811 травмованих осіб);

- невиконання посадових обов'язків – 9,4% (210 травмованих осіб);

- порушення правил безпеки руху (польотів) – 5,8% (129 травмованих осіб);

- порушення технологічного процесу – 3,0% (67 травмованих осіб).

Найпоширенішими психофізіологічними причинами стали:

- особиста необережність потерпілого – 14,8% від загальної кількості травмованих осіб по Україні (330 травмованих осіб);

- травмування (смерть) внаслідок протиправних дій інших осіб – 5,4% (121 травмована особа);

- інші причини – 2,5% (55 травмованих осіб).

Найпоширенішими технічними причинами стали:

- незадовільний технічний стан виробничих об'єктів, будинків, споруд, інженерних комунікацій, території – 3,9% від загальної кількості травмованих осіб по Україні (86 травмованих осіб);

- інші технічні причини – 1,7% (38 травмованих осіб);

- конструктивні недоліки, недосконалість, недостатня надійність засобів виробництва – 1,7% (37 травмованих осіб);

- незадовільний технічний стан засобів виробництва – 1,4% (31 травмована особа);

- недосконалість технологічного процесу, його невідповідність вимогам безпеки – 0,8% (18 травмованих осіб).

До основних подій, які призвели до нещасних випадків, відносяться:

- падіння потерпілого під час пересування – 25,1% (560 травмованих осіб від загальної кількості травмованих по Україні);

- дія рухомих і таких, що обертаються, деталей обладнання, машин і механізмів – 12,4% (277 осіб);

- падіння потерпілого з висоти – 7,7% (171 особа);

- дорожньо-транспортна пригода на дорогах (шляхах) загального користування – 7,4% (166 осіб);

- обвалення та обрушення породи, ґрунту тощо – 5,5% (122 особи);

- навмисне вбивство або травма, заподіяна іншою особою – 4,8% (107 осіб);

- падіння, обрушення, обвалення предметів, матеріалів, породи, ґрунту тощо – 4,3% (95 осіб).

До устаткування, використання якого найчастіше призводить до настання нещасних випадків, належить:

- автомобілі – 5,3% від загальної кількості травмованих по Україні (118 травмованих осіб);

- автомобілі спеціалізовані, автопоїзди, автомобілі-тягачі, кузови-фургони, причеми, тролейбуси, автотранспортувачі, мотоцикли, велосипеди – 3,9 (88 осіб);

- устаткування гірничо-шахтне – 3,8% (84 особи).

До основних травмонебезпечних галузей економіки та видів робіт відносяться:

- добувна промисловість і розроблення кар'єрів – кількість травмованих складає 22,6% від загальної кількості травмованих по Україні (505 травмованих осіб, в т.ч. 16 – смертельно);
- транспорт, складське господарство, поштова і кур'єрська діяльність – 8,5% (190 травмованих осіб, в т.ч. 25 – смертельно);
- сільське господарство, лісове господарство та рибне господарство – 6,7% (149 травмованих осіб, в т.ч. 26 – смертельно).

Кількість травмованих осіб у цих галузях складає 37,8% від загальної кількості травмованих по Україні¹⁶.

До того ж, держава зняла із себе відповідальність за дотримання належних умов праці й ще з однієї причини: начебто подібні перевірки створюють тиск на бізнес. Тому протягом 2015 року парламент двічі ухвалив рішення продовжити мораторій на перевірки підприємств до кінця червня 2016 року. Вперше рішення про мораторій попередній уряд Арсенія Яценюка ухвалив ще 1,5 роки тому. Востаннє Верховна Рада продовжила мораторій у листопаді 2015 року для підприємців з обсягом доходу до 20 мільйонів гривень за попередній календарний рік. Крім того, були запроваджені обмеження на позапланову перевірку, яка може бути проведена лише на підставі обґрунтованого звернення фізичної особи про порушення суб'єктом господарювання її законних прав.

Тобто, Держпраці наразі не здійснювало планові заходи державного нагляду.

За визначенням фахівців (зокрема, Федерації професійних спілок), загальний стан охорони праці в Україні є критичним., що підтверджується даними з інших джерел про:

- незадовільні умови праці;
- високу захворюваність працюючого населення;
- значні показники виробничого травматизму;
- явно недостатнє фінансування заходів і засобів з охорони праці;
- неповне виконання та недостатня ефективність державної політики у сфері охорони праці та здоров'я працівників¹⁷.

Щорічно ФПС розглядалося понад 13 тис. звернень членів профспілок з питань безпеки і умов праці, порушення порядку розслідування нещасних випадків та профзахворювань, з яких більшість, під впливом профспілок, вирішено на користь працівників¹⁸.

Загалом, за підрахунками експертів, щорічні економічні втрати України у сфері охорони праці становлять близько 60 млрд гривень¹⁹.

Стаття 3 пункт 4

Сприяти поступовому розвитку призначених для всіх працівників служб виробничої гігієни, головне завдання яких полягає у здійсненні профілактичних і консультативних функцій.

Загальний стан поінформованості про забезпечення гігієни праці на практиці є вкрай слабким. Низький ступінь нормативного врегулювання та реального стану виконання основних вимог гігієни праці характерний для більшості сфер народного господарства, окрім вугільної промисловості. Обмеженим є доступ до інформації про стан забезпеченості працівниками доступу до медичного огляду

¹⁶ <http://www.social.org.ua/activity/profilactika>

¹⁷ <http://www.fpsu.org.ua/yuridicheskie-konsultatsii-2/prava-pratsivnikov-na-zdorovi-i-bezpechni-umovi-pratsi-ta-vidpovidalnist-za-porushennya-zakonodavstva-pro-okhoronu-pratsi/320-suchasnij-stan-okhoroni-pratsi-v-ukrajini>

¹⁸ www.atomprofspilka.info/downloadfile/3146

¹⁹ <http://www.slovoidilo.ua/2016/04/28/kolonka/aleksandr-radchuk/suspilstvo/dopomozhy-sobi-sam-chomu-oxorona-praczi-v-ukrajini-zalyshayetsya-problemoju-samyx-praczivnykiv>

та лікарської діяльності на підприємствах. Не сприяють покращенню ситуації й проведення реформування профільного органу.

Згідно постанови Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» було утворено Державну службу України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів на базі раніше існуючих органів. До повноважень останньої відійшли всі напрямки діяльності тих органів, на основі яких вона була створена, за виключенням функцій з реалізації державної політики у сфері гігієни праці та функцій із здійснення дозиметричного контролю робочих місць і доз опромінення працівників, та ще декількох напрямів. Тобто за постановою №442 реалізація державної політики у сфері гігієни праці не увійшла до повноважень Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів.

Цією ж Постановою було створено Державну службу України з питань праці, до повноважень якої належала реалізація державної політики у сфері гігієни праці та функція із здійснення дозиметричного контролю робочих місць і доз опромінення працівників. Однак, можливість забезпечення зазначених повноважень визначено розпорядженням Кабінету Міністрів України № 88-р лише 11 лютого 2016 р.

У відкритих джерелах відсутня інформація щодо ризиків, пов'язаних із виконанням роботи, вжиття превентивних заходів, спрямованих на типи ризиків, не чітко окреслюється роль Держнагляду в цій діяльності. Так само відсутні дані стосовно ресурсів та матеріалів (рекомендацій, інструкцій, прикладів передової практики, консультацій), спрямованих на підприємства приватного сектору.

Водночас, навіть окремі дані щодо забезпечення гігієни праці у різних галузях, які поширюються у відкритих джерелах, вказують на наявність значних проблем. Приміром, у 2015 році на транспорті та у дорожньому господарстві в умовах, що не відповідали санітарно-гігієнічним нормам, працювало понад сто тисяч працівників, (близько 23% від загальної чисельності працюючих). У 2000 році в таких умовах працювало 25% працівників, тобто за 15 років досягнуто зниження зазначеного показника лише на 2 відсотки. На кожному десятому робочому місці, на якому умови праці не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам, зайняті жінки. Збільшується зношення основних засобів виробництва. Під час здійснення комісією Міністерства відомчого контролю підвідомчих підприємств особлива увага приділяється атестації робочих місць за умовами праці. Під час заходів відомчого контролю виявляються порушення в оформленні карт робочих місць та у висновках комісій з атестації робочих місць. У багатьох випадках атестація робочих місць за умовами праці проводиться формально – заради виплати доплат за умови праці, надання додаткових відпусток, видачі молочних продуктів тощо. За результатами атестації не визначаються невідкладні заходи щодо поліпшення умов і безпеки праці, для розроблення і впровадження яких не потрібно залучати сторонні організації та фахівців. У картах умов праці не заповнюється розділ IV «Рекомендації щодо поліпшення умов праці, їх економічне обґрунтування», який є підставою для формування комплексних заходів щодо досягнення встановлених нормативів безпеки, гігієни праці та виробничого середовища, підвищення рівня охорони праці, запобігання випадкам виробничого травматизму, професійним захворюванням й аваріям. Керівництво підприємств іноді простіше дати працівнику додаткову відпустку та молоко, ніж модернізувати (чи відремонтувати) витяжну вентиляцію²⁰.

²⁰ <http://mtu.gov.ua/files/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7%20%D0%9E%D0%9F%202015%202016.05.04.pdf>

ВИКОНАННЯ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЗА СТАТТЕЮ 11 ХАРТІЇ²¹ «Право на охорону здоров'я»

Стаття 11 пункт 1

Усунути, у міру можливості, причини слабого здоров'я.

За даними Державної служби статистики України²², природний рух населення виглядає таким чином (у 2014–2016 рр. – без урахування даних Донецької, Луганської областей та Автономної республіки Крим):

Рік	Кількість живо народжених	Кількість померлих	Природний приріст, скорочення (–)	Кількість померлих дітей у віці до 1 року	Загальні коефіцієнти			
					народжуваності	смертності	природного приросту (скорочення)	Смертності дітей у віці 1 року на 1000 живонароджених
2012	520704	663139	142435	4371	11,4	14,5	3,1	8,5
2013	503656	662368	158712	4030	11,1	14,6	3,5	7,9
2014	456893	632667	166774	3603	–	–	–	–
2015	411783	594795	183012	3318	–	–	–	–

Демографічний паспорт – Україна

Основні причини смертності в Україні

Померло	2012	2013	2014	2015
всього	663 139	662 368	632 296	594 796
від деяких інфекційних та паразитарних хвороб	13 922	12921	10 974	9900
від туберкульозу	6862	4013	5240	4602
від хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	5686	5210	4399	4032
від новоутворень	92 896	92 337	83 894	79 530
від хвороб системи кровообігу	436 444	440 369	425 607	404 551
від хвороб органів дихання	17 109	16 540	14 810	13 951
від хвороб органів травлення	27 719	27 953	25 225	22 818
від зовнішніх причин захворюваності та смертності	41 713	40 298	40 135	34 569

²¹ Підготовлено Айгуль Мукановою та Олексієм Сорокіним.

²² http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/statfile1_c_files/pasport1.htm#database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/statfile1_c_files/pasport1.htm

Доступ до медичної допомоги у жителів сільської місцевості залишається більш складним у зв'язку з тим, що сільські лікарні не мають належного обладнання та складу медичного персоналу, мешканці сільської місцевості менш заможні, а також мають суттєві складності з транспортом та часом для того, щоб відвідувати регулярно лікарні у міських поселеннях.

Статистика померлих залежно від місцевості у звітному періоді²³:

рік	загальне	міські поселення	сільська місцевість	загальне	міські поселення	сільська місцевість
2012	663 139	411 787	251 352	14,5	13,1	17,7
2013	662 368	412 553	249 815	14,6	13,2	17,7
2014	632 296	391 739	240 557	14,7	13,2	18,1
2015	594 796	358 749	236 047	14,9	13,2	18,0

Забезпеченість закладами охорони здоров'я населення

В звітному періоді зменшилася кількість лікарняних закладів, а також приблизно на 10% кількість відвідувань закладів за зміну.

Забезпеченість медичним персоналом

З 2012 по 2015 рік зменшилась кількість лікарів та середнього медичного персоналу, а також лікарняних закладів та ліжок з розрахунку на кількість населення.

	2012	2013	2014	2015
Кількість лікарів усіх спеціальностей ²⁴ , тис. осіб	217	217	186	186
на 10 000 населення ²⁵	47,9	48,0	43,5	43,7
Кількість середнього медичного персоналу, тис. осіб	441	441	379	372
на 10 000 населення	97,2	97,4	88,6	87,3
Кількість лікарняних закладів, тис. од.	2,4	2,2	1,8	1,8
Кількість лікарняних ліжок, тис. од.	404	398	336	333
на 10 000 населення	89,1	88,0	78,5	78,1
Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис. од.	8,3	10,8	9,8	10,0
Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів тис. відвідувань за зміну	1023	1037	912	912
на 10 000 населення	225,4	229,2	213,4	214,2
Кількість самостійних стоматологічних поліклінік (МОЗ), од.	257	252	198	197
Кількість закладів, що мають стоматвідділення, кабінети (МОЗ), од.	4022	2409	1782	1762

²³ http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/staffile1_c_files/pasport.files/pasport/00/00_03_03.htm

²⁴ Без зубних лікарів.

²⁵ У кількості лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів відображено всі медичні заклади, що здійснюють амбулаторний прийом (поліклініки, амбулаторії, поліклінічні відділення лікарняних закладів диспансери, лікарські пункти охорони здоров'я тощо).

Надання медичних послуг

	2012	2013	2014	2015
Кількість відвідувань лікарів на амбулаторному прийомі і відвідувань лікарями хворих удома включно з екстреною та планово-консультативною допомогою (МОЗ) млн	476,2	474,1	396,7	397,5
на одного жителя	10,5	10,5	9,3	9,3
Кількість осіб, що були госпіталізовані у лікарняні заклади (МОЗ) млн осіб	10,2	10,2	8,6	8,6
на 100 осіб	22,4	22,4	20,0	20,2
Із загальної кількості госпіталізованих – діти ²⁶ , млн осіб	1,8	1,9	1,6	1,6
на 100 дітей	23,1	23,3	20,6	20,6
Середня тривалість перебування хворого у стаціонарі (МОЗ), днів		11,9	11,6	11,4

Вказана статистика показує значне скорочення кількості відвідувань лікарями хворих удома, а також зменшення випадків госпіталізації.

Щодо психіатричних лікарень статистичні дані МОЗ свідчать, що забезпеченість населення психіатричними ліжками скоротилась з 39 251 у 2012 р. до 38 810 у 2013 р. і 31 857 у 2014 р., або відповідно 86,4 85,5 74,3 на 100 тис. населення. В той же час, більшість скорочень ліжок пов'язана з наявністю частково непідконтрольної території у Донецькій (9 лікарень), Луганській (6 лікарень) областях та окупацією АР Крим (6 лікарень). Позитивним виглядає відкриття психіатричних відділень за межами психіатричних лікарень. Так в 2014 р. у Київській обласній лікарні було розгорнуто 10 ліжок. Всього не в системі психіатричних лікарень функціонує два відділення в обласних лікарнях та 10 в міських, одне відділення в дитячій міській лікарні²⁷.

Норма Конституції щодо повної безоплатності медичної допомоги працює лише відносно лікування ВІЛ та замісної підтримуючої терапії, яке підтримується коштами Глобального Фонду. У відношенні усіх захворювань базові аналізи безкоштовні, проте пацієнти зобов'язані забезпечувати голки та шприци за свій рахунок та вносити невеликі суми у якості благодійного внеску. Рентгенологічні обстеження також безкоштовні, проте кожен пацієнт для проведення обстеження має сплатити певну суму, розмір якої відрізняється від лікарні до лікарні (як пояснюють лікарі – для сплати вартості плівки для рентгенівського апарату). Більш складні дослідження крові та сечі сплачуються в обов'язковому порядку, так само як і ультразвукові та томографічні дослідження. Платня оформлюється у вигляді благодійних пожертвувань медичному закладу. Виключення становлять лише пацієнти лікарень швидкої допомоги та спеціалізованих лікарень, у випадках загрози життю та необхідності термінового втручання та діагностики. Проте і у таких випадках у пацієнтів часто просять нелегальної винагороди або затягують процедури з метою отримати винагороду. Від оплати обстеження та лікування повністю звільнені військові, які постраждали у зоні бойових дій та пацієнти відомчих лікарень, що отримують медичну допомогу у таких лікарнях.

Безоплатна медична допомога, згідно національного законодавства забезпечується внутрішньо переміщеним особам, які переїхали з зони антитерористичної операції. Згідно із Законом України

²⁶ До 2006 року діти віком 0-14 років включно, з 2006 року діти 0-17 років включно.

²⁷ Висновок за результатами проведення громадської експертизи діяльності Міністерства охорони здоров'я України, <http://helsinki.org.ua/8785-2/>

«Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб», Місцеві державні адміністрації в межах своїх повноважень забезпечують надання внутрішньо переміщеним особам медико-психологічної допомоги та організацію роботи медичних закладів з надання необхідної допомоги населенню з урахуванням тимчасового проживання/перебування на відповідній території внутрішньо переміщених осіб. Органи місцевого самоврядування в межах своїх повноважень забезпечують надання медичної допомоги в комунальних закладах охорони здоров'я з урахуванням відомостей про внутрішньо переміщених осіб, які тимчасово проживають (перебувають) у відповідному населеному пункті. Забезпечення зазначених осіб лікарськими засобами здійснюється відповідно до чинного законодавства України і в межах затверджених бюджетів закладів охорони здоров'я на поточний рік». На практиці це означає, що заклади охорони здоров'я змушені забезпечувати ВПО із засобів (у тому числі, медичних препаратів), розрахованих лише на місцеве населення. При цьому потрібно враховувати, що навіть для останніх вони не завжди є в наявності у необхідній кількості. Такий підхід провокує дефіцит медикаментів як для переселенців, так і для місцевих жителів.

За звітом Фундації «Відкритий Діалог» 2015 року «77% опитаних переселенців повідомили, що отримали медичну допомогу безкоштовно. Проте насправді це означає, що вони часто самостійно купували ліки, а безкоштовним було лише лікування. 10% ВПО оплачували медичні послуги безпосередньо в касі медичної установи. Актуальною проблемою є відсутність проведення первинного медичного огляду всіх ВПЛ. Через це, по-перше, не відбувається своєчасне надання першої необхідної допомоги особам, а по-друге, не впроваджуються превентивні заходи попередження соціально небезпечних хвороб (туберкульоз, педикульоз тощо). Як зазначають медики та волонтери, серед переселенців досить часто зустрічаються вразливі категорії хворих, термінова медична допомога для яких є життєво необхідною. Переважно це особи з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом, гепатитом, цукровим діабетом, онкологічними та психічними захворюваннями. Головна проблема полягає в тому, що медпрепарати для них є дорогими і в більшості випадків хворим доводиться купувати їх за власні кошти»²⁸.

В даний час в Україні не існує діючої програми для ранньої діагностики в населення таких захворювань, як онкологічні захворювання, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет.

Онкологічні захворювання є однією з найбільш частих причин смертності населення. Так, в 2014 році було діагностовано 954 126 осіб з онкологічними захворюваннями (2223,9 осіб на 100 тис. населення). Щорічно діагностується 17 тисяч нових випадків захворювання, вмирає приблизно 70 тисяч чоловік. У жінок основна причина – рак молочної залози, у чоловіків – меланома шкіри і рак передміхурової залози. Збільшилася кількість діагностованих онкологічних захворювань у дітей. Рівень онкологічних захворювань у дітей щорічно зростає на 2,5%.

Відсутній ранній скринінг онкологічної патології. Бракує обладнання для ранньої діагностики раку, особливо в районних центрах країни. З наявного устаткування більша частина застаріла і часто виходить з ладу. Закупівля обладнання для Національного інституту раку, онкологічних міжрегіональних центрів, регіональних онкологічних диспансерів, відділень, з 2008 по 2016 роки за рахунок державного бюджету не здійснювалася.

У 2015 році в Києві спільними зусиллями громадських організацій, лікарів і державних службовців було проведено соціальний проект «Крок до життя» для профілактики і ранньої діагностики раку. Такі ж проекти проводилися медичними компаніями у Львові, Харкові та Києві. Однак дані проекти були короткостроковими і охопили тільки невелику частину населення України.

16 січня 2014 року зареєстровано програму «Про систему онкологічної допомоги населенню України» № 77/24854-91/24868. Програмою передбачено впровадження скринінгових програм в роботі лікувально-профілактичних закладів, з наданням фінансування по 2 804 000 гривень 2014 і 2015 році. Крім того, передбачалося впровадження в регіонах в закладах охорони здоров'я програм для раннього виявлення передпухлинних захворювань і злоякісних новоутворень за локалізаціями.

²⁸ Звіт: Забезпечення прав внутрішньо переміщених осіб в Україні, <http://ua.odfoundation.eu/a/6740,zvit-zabezpechennya-prav-vnutrishno-peremishchenih-osib-v-ukrayini>

Планувалося оснастити 61 цитологічну лабораторію, 27 регіональних онкологічних диспансерів мобільними мамологічними комплексами. Також було передбачено оснащення мережі кабінетів патології шийки матки в кожній області, а також в місті Києві. З моменту реалізації Програми кошти для закупівлі обладнання для цитологічних лабораторій з Державного бюджету не виділялись. Більша частина нового обладнання, як наприклад комп'ютерні томографи, купується за рахунок Благодійних фондів. Для дорослих скринінг є платним, навіть у випадках, коли офіційно обстеження оголошено безкоштовним. Наприклад, жінкам для маммографічного обстеження, яке оголошено безкоштовним, необхідно заплатити за рентгенологічну плівку (від 140 гривень і вище), медичні центри пояснюють, що їм доводиться купувати її самостійно, без фінансування з боку держави, а також за ультразвукове обстеження (від 40 гривень і вище). Для сімей з невисоким доходом, особливо в сільських районах, ця сума є значною, особливо коли це стосується не прямого лікування, а профілактики. Комп'ютерна томографія, яка коштує від 700 гривень і зовсім є недоступною для більшості жителів.

В даний час розроблена програма раннього скринінгу раку молочної залози, яка перебуває на розгляді МОЗ України. Швидкі терміни її прийняття і, найважливіше, ймовірність її фінансування викликає серйозні сумніви. Самі лікарі наголошують на необхідності соціальних програм на виявлення зовнішніх ознак захворювання і важливість профілактичного огляду.

Як і раніше залишається необхідність в широкому інформаційному висвітленні питань профілактики, раннього виявлення та ефективного лікування онкологічних захворювань.

Програма «Про систему онкологічної допомоги населенню України» передбачала щомісячне надання інформації ЗМІ про діяльність онкологічної служби для підготовки теле-, радіопрограм і для публікацій в друкованих ЗМІ. За період реалізації Програми коштів з державного бюджету на ці цілі не виділялося, частково дана робота здійснювалася структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, міських державних адміністрацій за рахунок місцевого бюджету.

Національна телекомпанія України, Національна радіокомпанія України, обласні та регіональні державні телерадіокомпанії забезпечили висвітлення заходів з виконання Програми в інформаційних тематичних програмах.

Щодо профілактики та діагностики цукрового діабету, спеціалісти відзначають недостатній рівень діагностики захворювання та наголошують на необхідності посилення уваги і проведення заходів для раннього виявлення ЦД, проведення скринінгу серед населення, особливо в групах ризику: людей з ожирінням, артеріальною гіпертензією, серед людей віком від 40 років, обтяжених спадковістю по ЦД, вагітних жінок. Збільшення кількості населення віком після 40 років, людей з генетичною схильністю до розвитку діабету, людей з ожирінням, малорухомим способом життя, хронічними стресами, курінням та вживанням алкоголю обумовлює зростання поширеності цукрового діабету у населення України. Одночасно відсутність мультидисциплінарного та системного підходу до раннього виявлення цукрового діабету на всіх рівнях надання медичної допомоги погіршує своєчасність діагностики та лікування хворих.

Відсутність діючого реєстру хворих на цукровий діабет не дає можливості проводити аналіз поширеності та захворюваності на цукровий діабет, динаміку його ускладнень, оцінити якість надання медичної допомоги за станом компенсації хвороби, а також прогнозувати фінансові витрати на забезпечення профілактики, діагностики та лікування хворих.

В Україні є недосконалими нормативно-правові та організаційно-структурні засади для надання медичної допомоги та соціального захисту хворих на цукровий діабет; відсутня відповідальність і мотивація населення, у т. ч. хворих на цукровий діабет, за своє здоров'я та ведення здорового способу життя.

Рівень профілактики та діагностики туберкульозу, завдяки державним програмам та увазі суспільства значно покращився, але залишається багато проблем, пов'язаних з недостатньою кількістю та якістю обладнання та розхідних матеріалів, понизився професійний рівень лікарів фтизіатрів, в останні роки недостатньо вакцин. В 2014 році вакцинація БЦЖ у пологових будинках була проведена на 46,8% при нормативі 95% (приблизно 5% мають протипоказання) через несвоєчасні поставки вак-

цин (перебої з поставками вакцин тривають й досі). Туберкулінодіагностику – тобто пробу Манту – в м. Київ у 2015 р. пройшло лише 5,1% дітей (у віці від 4 до 14 років) при нормативі 98%. По Україні цей показник був ненабагато кращий та склав 36%. Більш про діагностику та лікування туберкульозу в п. 3 ст. 11.

Стаття 11 пункт 2

Надання послуг консультаційного та просвітницького характеру, спрямованих на зміцнення здоров'я та заохочення особистої відповідальності за своє здоров'я;

Просвітництво щодо питань здоров'я

Сьогодні в Україні спостерігається вкрай важка ситуація стосовно здоров'я сучасної молоді. Окрім багаточисельних захворювань учнів (захворювань органів дихання, органів зору, органів травлення, серцево-судинні захворювання, гіподинамія тощо) значно зросли показники погіршення психічного і духовного здоров'я школярів. У наш час нервово-психічні відхилення зафіксовано у 88% дітей, серед найбільш поширених причин загибелі дітей є самогубство.

Проблема формування, збереження та зміцнення здоров'я підлітків у зв'язку з прогресуючим зниженням частки здорових дітей на сьогоднішній день розглядається як фактор національної безпеки та стратегічної мети вітчизняної охорони здоров'я. Підлітковий період характеризується наявністю значної кількості проблем зі здоров'ям, в основі яких лежать соціальні й медичні чинники, нераціональне харчування, недостатня фізична активність тощо. Необхідність активного впливу на формування здорового способу життя молоді зумовлена значним поширенням ризикової поведінки серед цієї категорії населення.

За даними досліджень, які проводились неприбутковою Асоціацією здоров'я підлітків (Канада), низький рівень використання методів запобігання небажаній вагітності свідчить про значні недоліки в просвітницькій роботі з молоддю і, відповідно, відсутність знань стосовно здорового способу життя й планування сім'ї. Отримані дані анкетування свідчать, що рівень обізнаності підлітків та молоді щодо сучасних методів контрацепції в Україні є незадовільним, а це створює ризик підліткової вагітності й негативних медико-соціальних наслідків, що з нею пов'язані. Серед методів запобігання вагітності 3,0% дівчат-підлітків використовували рекомендований ВООЗ метод поєднаного використання КОК і презервативів.

Аналіз доступності інформації щодо репродуктивного здоров'я і репродуктивної поведінки для респонденток показав, що найменш доступною така інформація є для наймолодших (14-річних), відповідно, частка тих, хто не має доступу до інформації, зменшувалася в залежності від віку і зміни статевих поведінки – рівень поінформованості підлітків збільшувався з 16,4% у віковій групі 14-річних до 65,6% у групі 17–18-річних²⁹.

У навчальних загальноосвітніх закладах у початковій та основній школі викладається предмет «Основи здоров'я». Його мета – формування в учнів компетентності щодо охорони здоров'я та безпеки, практичних навичок здорового способу життя і безпечної поведінки; виховання ціннісного ставлення до життя і здоров'я; сприяння всебічному розвитку дітей. Окрім того, вивчення стану викладання основ здоров'я в школах області показало, що частина вчителів не сповна використовують програмні можливості для набуття учнями практичних навичок. У більшості навчальних закладів не ведеться належної роботи щодо створення кабінетів основ здоров'я.

Заходи, спрямовані на боротьбу із тютюнопалінням, вживанням алкоголю та наркотиків

У 2013 році поширеність куріння серед населення 12 років і старших в Україні склала 21,8%, в 2014 і 2015 році старших за 18 років становить 24%, зокрема, серед жінок – 9,0% та серед чоловіків

²⁹ Репродуктивне здоров'я підлітків: соціально-медичні аспекти, <http://health-ua.com/stati/pediatrics/reproduktivne-zdorov-ya-pidlitkiv-sotsialno-medichni-aspekti.html>

42,4%. Андрій Скіпальський, керівник Українського центру контролю над тютюном пояснив, що «В Україні не зменшилося споживання сигарет навіть на фоні гіперінфляції, економічної кризи та зниження рівня доходів громадян. Це пояснюється перш за все тим, що у 2015 році влада не реалізувала жодного ефективного заходу, який би посилив контроль над тютюном. Окрім того, тютюнові компанії грали у ціновій війни, занижуючи вартість тютюнових виробів, що зробило сигарети ще більш доступними».

13 березня 2012 року внесені зміни до Кодексу України про адміністративні правопорушення щодо повної заборони реклами сигарет. Заборона стосується не тільки реклами, а й будь яких способів стимулювання продажів тютюнових виробів, зокрема, спонсорства фестивалів, концертів, спортивних змагань чи інших масових заходів. 2009 року ухвалено Закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення регулювання відносин у сфері попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення». Відповідно до нього Кабінет Міністрів України у тримісячний термін з дня опублікування мав затвердити кольорові малюнки і піктограми, що входять до додаткових медичних попереджень на упаковці тютюнових виробів, із запропонованого переліку Європейського Союзу. Однак, Кабмін протягом 2010 тричі не затверджував Постанову про кольорові малюнки і піктограми, що відклало вступ у силу Закону. І 19 січня 2011 відповідний перелік було ухвалено, але на пачках картинки почали друкуватися лише з жовтня 2012 року.

Таким чином, Україна стала 40-ю країною світу, яка запровадила подібні норми. За звітний період статистично значуще зменшилась регулярна (кількагодинна) нараженість на тютюновий дим.

16 грудня 2012 року набули чинності зміни до Закону «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» про повну заборону куріння у закладах громадського харчування, в додаток до вказаної раніше заборони куріння в громадських місцях, у тому числі медичних і навчальних закладах, спортивних спорудах, у закладах, підприємствах і організаціях культури, у вагонах поїздів, автобусах, таксі, включаючи маршрутки, троллейбусах, трамваях, а також у ліфтах житлових будинків і на дитячих майданчиках, яка була встановлена у 2009 році.

Завдяки даній забороні значно знизилась ризики для осіб, що страждали від пасивного куріння. Проте в даній ситуації залишається проблемним моментом те, що при забороні куріння у приміщеннях та багатьох громадських місцях немає облаштованих місць для куріння, в результаті чого особам, які палять, доводиться курити попри закон у різноманітних затишних місцях, переховуючись від поліції.

Варто зазначити, що у відношенні куріння тютюну політика держави направлена на заборони. Що стосується молоді, то такі заборони не знижують інтерес молодих людей до вживання тютюну. У звітному періоді державою не було профінансовано жодного проекту, спрямованого на профілактику куріння тютюну, в тому числі – на інформування молоді про шкоду вживання тютюну. У березні 2016 року лікарі, громадські активісти та митці склали та ініціювали підпис «Маніфесту за майбутнє без тютюну», де 10 першочергових кроків, які потрібно вжити на національному рівні на шляху до вільної від тютюнового диму України:

1. Зменшувати цінову доступність тютюнових виробів шляхом підвищення акцизів.
2. Зробити всі робочі та громадські приміщення на 100% вільними від тютюнового диму.
3. Запровадити «небрендovanу» пачку сигарет і заборонити сигарети зі смаковими добавками.
4. Заборонити викладку сигарет у місцях продажу.
5. Запровадити сервіси із допомоги у відмові від куріння.
6. Розробити державну програму з контролю над тютюном.
7. Використовувати найкращі міжнародні приклади антитютюнового законодавства, зокрема країн ЄС.
8. Викорінити вплив тютюнової індустрії.
9. Здійснювати інформаційні кампанії.
10. Викорінити нелегальну торгівлю тютюном.

19 липня 2016 року зареєстрований «Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України» (щодо захисту громадського здоров'я від шкідливого впливу тютюнового диму) № 4030а.

Законопроект покликаний захистити дітей від впливу прихованої реклами сигарет у місцях їхнього продажу, а також посилити обмеження щодо заборони куріння у громадських місцях.

Згідно статистичних даних, що наводяться у Національних звітах 2014 та 2015 рр. (за даними 2013-го та 2014-го років³⁰, відповідно, щодо наркотичної ситуації в Україні динаміка споживання психоактивних речовин і алкоголю та пов'язаних з ним розладів психіки та поведінки, має позитивну тенденцію до зменшення.

Проте, слід зазначити, що вкрай незначна частина СІН та осіб, залежних від алкоголю, офіційно звертаються по допомогу та стають на облік у системі охорони здоров'я.

Низький рівень звертань по допомогу з боку СІН, осіб, що мають залежність від алкоголю та осіб, які мають психічні розлади та розлади поведінки через вживання психоактивних речовин та алкоголю (а також – членів їхніх сімей) зумовлена високою вірогідністю переслідувань з боку правоохоронних органів, високою стигматизацією, низькою якістю реально надаваної медичної допомоги і поганими наявними умовами перебування у спеціалізованих медичних закладах в Україні.

У вказаних Звітах зазначається, що «низка актуальних питань щодо наркотиків, зокрема, зменшення попиту на наркотики, зміцнення та збереження здоров'я шляхом посилення заходів профілактики їхнього вживання, покращення якості та ефективності надання наркологічної допомоги наркозалежним особам, правовому статусу осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, створення сприятливого для здоров'я середовища не зазнали змін».

Слід зауважити, що і у відношенні боротьби з наркотичною залежністю держава прагне домогтися ефективного результату шляхом посилення покарань та контролю за особами, що споживають наркотики. Нажаль, така політика не знижує інтерес підлітків до наркотичних речовин та надає додаткові можливості для зловживань, фабрикації та провокації злочинів, що пов'язані із наркотиками, та тиску на осіб, що вживають наркотики з боку працівників правоохоронних органів. Немає інформації щодо програм, спрямованих на розвиток ініціатив, що укріплюють та допомагають знайти цікаві форми дозвілля та самореалізації. У відношенні профілактики наркотичної залежності, вживання тютюну і алкоголю ситуація в Україні виглядає краще, ніж безпосередньо з вживанням тютюну, завдяки програмам Глобального Фонду в Україні, роботі Міністерства та роботі неурядових організацій, які проводять великі інформаційні кампанії стосовно шкоди наркотичних речовин та наслідків їхнього вживання, організовують центри психологічної підтримки та соціального супроводу особам, що споживають наркотичні речовини. Однак, частка участі держави у цьому процесі та ефективність наведених у вказаних звітах державних інформаційних програм та акцій є мінімальною.

Стаття 11 пункт 3

Запобігання, наскільки це можливо, епідемічних, ендемічних та інших захворювань, а також нещасних випадків.

Зменшення ризиків навколишнього середовища

За даними мережі спостережень національної гідрометеослужби України³¹ загальний рівень забруднення атмосферного повітря в Україні становив у 2014 р. 7,1, 2015 р. вже 7,7, і оцінювався, як високий. За останній рік він дещо підвищився за рахунок зростання середньорічного вмісту формальдегіду. З 39 міст України, де проводились регулярні спостереження, у 15 містах атмосферне повітря

³⁰ <https://drive.google.com/file/d/0B9iDMARdAeS-Ym5mVIRCa0IXOFU/view>, <https://drive.google.com/file/d/0B9iDMARdAeS-VmFiRnU1S1pBeTA/view>

³¹ http://www.cgo.kiev.ua/index.php?fn=u_zabrud&f=ukraine&p=1

за інтегральним показником характеризувалось дуже високим та високим ступенем забруднення у звітному періоді. До цього списку ввійшли міста, де розташовано потужні промислові підприємства, а також ті, які мають значний парк пересувних джерел. Майже в усіх містах цього списку високий рівень забруднення атмосферного повітря пов'язаний із значними концентраціями формальдегіду, діоксиду азоту, фенолу, фтористого водню, завислих речовин. У містах Донецької та Луганської областей, де ведуться бойові дії, багато підприємств – джерел потужних викидів забруднювальних речовин у повітря припинило промислове виробництво, що привело до зменшення рівня забруднення атмосфери з 2014 року. Основну частину діоксиду сірки (70 відсотків), оксидів азоту (56 відсотків) та пилу (52 відсотки) викинули в атмосферу підприємства, що виробляють електроенергію, газ та воду; вуглеводнів та летких органічних сполук (74 відсотки) – добувної промисловості; оксиду вуглецю (70 відсотків) – підприємства обробної промисловості. Внаслідок забруднення довкілля шкідливими речовинами відпрацьованих газів двигунів внутрішнього згоряння зоною екологічного лиха для населення стають цілі регіони, особливо великі міста. Проблема шкідливих викидів двигунів все більше загострюється з огляду безперервного збільшення парку експлуатованих автотранспортних засобів, ущільнення автотранспортних потоків.

Концентрація радіоактивних елементів у повітрі на території України були стабільними і на декілька порядків нижчими за допустимі норми.

Якість вод за гідрохімічними показниками у звітному періоді не відповідала нормативам за такими найбільш розповсюдженими речовинами, як сполуки важких металів, амонійний азот, нітритний азот, сульфати. Основними джерелами надходження забруднювальних речовин є стічні води різноманітних видів виробництва, підприємства сільського та комунального господарств, поверхневий стік. Дані гідробіологічного моніторингу прісноводних об'єктів підтверджують відсутність суттєвого поліпшення якості води та стану водних екосистем.

У ґрунтах деяких міст країни внаслідок багаторічних викидів забруднювальних речовин у атмосферне повітря сформувалися локальні зони з високим вмістом важких металів.

Дані проведених в Україні досліджень свідчать, що у населення, яке проживає в місцях з інтенсивним забрудненням атмосферного повітря, підвищується кількість імунodefіцитів. Це є однією з причин підвищення рівня інфекційних захворювань, а також відсутності належного ефекту від проведення вакцинації населення.

Зростає кількість захворювань на хронічний бронхіт і поширеність бронхіальної астми. У країні спостерігається підвищення рівня онкологічних захворювань. У їхній структурі на перші місця вийшли злоякісні новоутворення дихальної системи.

Найменшу очікувану тривалість життя при народженні мають жителі міст з розвинутою металургійною та хімічною промисловістю у так званих антропогенно-завантажених регіонах, на противагу містам, де такої промисловості немає і через це повітря забруднюється менше.

У звітному періоді, майже всі зусилля держави щодо покращення екологічного стану були спрямовані на укріплення каральних механізмів, які не виявляються ефективними на практиці. За звітами Державної екологічної інспекції, наприклад За 2015 рік штрафні санкції накладено на 20318 порушників, відкрито 181 кримінальне провадження за порушення природоохоронного законодавства. Але на практиці це має формальний характер, справжні порушники не несуть покарання. Також законодавством не передбачена процедура виправлення підприємствами нанесеної екології шкоди з поверненням до первісного непошкодженого стану. Держава також не здійснює дії задля виправлення пошкоджених об'єктів екології, обмежуючись стягненням штрафів.

Головними причинами підвищеного забруднення атмосферного повітря автомобільним транспортом залишаються::

- незадовільна якість автотранспортного палива;
- низькі техніко-експлуатаційні показники парку автотранспортних засобів.

Відсутній ефективний державний контроль у питаннях переведення автотранспортних засобів на менш токсичні види енергії. Єдине, що було зроблено, це те, що сума, витрачена на придбання та

встановлення *газово-балонного обладнання* для автомобіля, входить до податкової знижки і частково компенсується по закінченню року.

Залишається серйозною проблемою якість питної води, оскільки в Україні не існує якісної та безпечної системи очищення води. Понині хлорування є найбільш оптимальним варіантом знезараження води.

Хлорування води, що містить велику кількість органічних речовин, призводить до утворення хлорорганічних сполук (ХОЗ), які є шкідливими для здоров'я людини, викликають зниження імунітету, аномалії розвитку та можуть підвищувати ризик злоякісних новоутворень. У відношенні побутових і промислових відходів на кожного українця за різними оцінками припадає більш ніж 700 тонн сміття. Щорічно накопичення відходів зростає на 5–7%. До 2025 року, за прогнозами міжнародних екологічних організацій, в Україні накопичиться вже 17 мільйонів тонн відходів.

У даний час в Україні діють лише два сміттєспалювальних заводи – в Києві та Дніпрі. Однак, обладнання заводів є морально і фізично застарілим, викиди до атмосфери спричиняють додаткову шкоду. Єдиний високотехнологічний сміттєперероблюючий завод, що був відкритий 25 червня 2013 року, працює у даний час в режимі сортування сміття через колізії у законодавстві, які держава не намагається усунути. В листопаді 2012 року набули чинності зміни до Закону України «Про відходи». Згідно цих змін тариф на переробку побутових відходів встановлює Національна комісія з питань житлово-комунального господарства, проте ця комісія може затверджувати тарифи тільки тим підприємствам, ліцензування діяльності яких вона проводить. Проте в Україні ліцензій на переробку і поховання сміття законодавством не передбачено.

Запобігання епідемічним захворюванням

Лікування туберкульозу

За офіційними даними у 2012 році в Україні кількість людей, хворих на туберкульоз, складала 457 тисяч. За експертними оцінками ця цифра була занижена вдвічі і сягала мільйона. За даними Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України³² в 2015 році захворюваність на туберкульоз, що включає нові випадки та рецидиви, серед усього населення України становила 70,5 на 100 тис. населення. Статистика з 2012 року показує поступове зменшення кількості захворювання на туберкульоз. Але в цей же час Центр вказує, що у 2014 році розрахункова захворюваність на ТБ складала 94,0 на 100 тис. населення (за даними рутинного епіднагляду – 71,2 на 100 тис. населення), розрахункова поширеність на ТБ – 114,0 на 100 тис. населення (за даними рутинного епіднагляду – 90,2 на 100 тис. населення). Таким чином, в 2015 р. своєчасно не виявлено 23% випадків захворювання на ТБ, що спричинило подальше поширення ТБ серед населення.

Згідно із статистикою зменшується смертність від туберкульозу. У 2013 році вона знизилась на 6,6% у порівнянні з 2012 роком та становила 14,1 на 100 тис. населення, у 2014 р. вже 12,2 на 100 тис. населення. У той же час, у 28% випадків туберкульоз був встановлений посмертно, 20% померло у перший рік лікування.

Кількість зареєстрованих нових випадків ТБ впродовж звітного періоду залишається стабільною, проте визначається збільшення раніше пролікованих випадків ТБ у період 2010- 2014 рр., що спричинено поширеністю ВІЛ-інфекції і МР ТБ у регіоні.

За іншими даними в 2014 році розрахункова поширеність туберкульозу складала 94,0 на 100 тис. населення (за даними рутинного епідемічного нагляду – 71,2 на 100 тис. населення), у 2015 – 114,0 на 100 тис. населення (за даними рутинного епідемічного нагляду – 90,2 на 100 тис. населення). в 2015 р своєчасно не виявлено 23% випадків захворювання на ТБ, яке спричинило подальше поширення туберкульозу серед населення.

Крім того, в Україні зростає захворюваність на туберкульоз серед дітей: з десятої частки відсотка до 1,5%.

³² <http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance>

Кількість вперше виявлених хворих дітей віком 0 – 14 років у 2015 році склала 568 дітей (з них до 1 року – 33 дитини, а до 4 років – 379), 8,8 на 100 тис. населення, що на 8% більше, ніж в 2014 році. В 2012 році вона становила 550 випадків або 8,4 на 100 тис. дитячого населення, проти 520 випадків у 2011 році та відповідного показника 8,0 на 100 тис. дитячого населення.

Проблема ускладнилася ВІЛ-асоційованим туберкульозом. У звітний період виріс показник захворюваності на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ: у 2012 році – 12,2 на 100 тисяч населення, в 2013 і 2014 рр. – 12,1 на 100 тисяч населення, в 2015 р. 13,0 на 100 тис. населення. Хворі на діабет також відносяться до групи ризику щодо туберкульозу.

Завдяки налагодженню співпраці фахівців ПТЗ та центрів профілактики та боротьби зі СНІДом щодо надання комплексної медичної допомоги хворим на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ у 2014 р. забезпечено рівень охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію хворих на ТБ на 96,9%, у 2013 р. – 85%.

Серед нових випадків захворювання на туберкульоз 12,5% становлять хворі, які зловживають алкоголем і 3,0%, – споживачів ін'єкційних наркотиків, який свідчить про нагальну потребу подальшого розвитку в країні освітньо-профілактичних програм і заходів з соціальної підтримки пацієнтів.

Викликає стурбованість значне число медичних працівників, що захворіли на туберкульоз. В 2012 році на вперше діагностований туберкульоз захворіло 502 медичних працівники, або 6,1 на 10 тис. медпрацівників. Серед захворілих медпрацівників 44,0% складав середній медичний персонал, інший персонал лікувальних закладів – 23,5%, молодший медперсонал – 17,2% та 15,3% – лікарі. В 2013 серед захворілих працівників ЗОЗ складає 1,5%, в тому числі лікарі та середній медичний персонал (274 особи) – 0,9%, що є наслідком недостатньо ефективних заходів інфекційного контролю стосовно ТБ в лікувально-профілактичних закладах.

Факторами, що обумовлюють високий рівень захворюваності на туберкульоз та поширення його мультирезистентної форми, можна вважати:

- недостатнє та несвоєчасне виявлення хворих на заразні форми туберкульозу (захворюваність на бактеріальні форми туберкульозу склала 30,8 на 100 тисяч населення) через недосконалість системи охорони здоров'я щодо діагностування звичайного, мультирезистентного туберкульозу та ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ-інфекція, недостатньою кількістю медичних працівників, недосконалістю лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики туберкульозу, низькою мотивацією населення до своєчасного звернення за медичною допомогою та недостатнім доступом до її отримання уразливих до захворювання на туберкульоз груп населення;

- низька ефективність лікування хворих, яким вперше встановлено діагноз туберкульоз (55,0%) та з рецидивом захворювання (34,2%), через відсутність методів швидкої діагностики мультирезистентного туберкульозу, якісного контрольованого лікування, негативне ставлення хворих до лікування.

Згідно із результатами пілотного дослідження Національного інституту фізіотрії і пульмонології імені Яновського НАМН України та Іллінойського університету (США) в 2012 році в Київській області тільки 30% з 234 пацієнтів отримали лікування згідно з національними стандартами, затвердженими наказами Міністерства охорони здоров'я. Зазначене пілотне дослідження виявило ще два тривожних факти: дані офіційної звітності з туберкульозу, що реєструються в формі ТВ-03, на 48% занижені в порівнянні з дійсною кількістю таких випадків і що показники результатів лікування хворих на туберкульоз найгірші серед країн Східної Європи.

Існуюча система надання протитуберкульозної допомоги з надмірною кількістю протитуберкульозних ліжок, орієнтована на концентрацію хворих в умовах стаціонару, економічно обтяжлива і не дозволяє забезпечити охоплення населення, перш за все з уразливих груп, доступними і якісними послугами з профілактики, виявлення, діагностики та лікування ТБ. 16 жовтня 2012 була затверджена Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки. Програмою передбачено реформування системи надання протитуберкульозної допомоги. Більшість лікарень для стаціонарного лікування туберкульозу знаходиться у важкому стані, без капітального ремонту протягом десяти років, з високим рівнем вологості та грибкової зараженості.

На їжу виділяється втричі менше грошей, ніж необхідно. В меню немає свіжих овочів і фруктів, м'яса та риби хворі їдять вдвічі-втричі менше за норму.

Низька ефективність лікування серед вперше виявлених хворих на ТБ з позитивним мазком становить 62%, а серед хворих МРТБ – 34%, в зв'язку з неякісним проведенням контрольованого лікування (особливо на амбулаторному етапі), відсутністю системи формування прихильності лікування і високим рівнем стигми, безвідповідальним ставленням хворих до лікування.

Залишається актуальною проблемою брак протитуберкульозних препаратів через недостатнє постачання медикаментів. Експерти вказували, що наприкінці 2015 року та на початку 2016-го через відсутність необхідних препаратів нових пацієнтів, які заразилися туберкульозом, не ставили на облік. Їм пропонують або залишитись у лікарні без будь-якого лікування, або шукати кошти на лікування самостійно. Численні хворі не можуть собі дозволити купити необхідні ліки.

За бюджетною програмою «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» у 2012 році виділення коштів на діагностику і лікування туберкульозу взагалі не планувалося. У Законі України «Про Державний бюджет України на 2012 рік» була передбачена передача зазначених витрат місцевим бюджетам у вигляді субвенції з державного бюджету. Законами України про державний бюджет на 2011 і 2012 роки МОЗ виділив на реалізацію зазначених бюджетних програм 685,4 млн і 1185,8 млн грн. відповідно. На діагностику і лікування туберкульозу з цих коштів було передбачено 351,6 млн грн. У 2011 році на централізовану закупівлю медикаментів для лікування туберкульозу планувалося 163,9 млн грн.; тестів, туберкуліну, витратних матеріалів для діагностики туберкульозу – 11,9 млн. У 2012 році на централізовану закупівлю медикаментів для лікування туберкульозу було заплановано 158 млн грн.; тестів, витратних матеріалів для діагностики туберкульозу – 17,8 млн. Згідно зі статистичними даними, в мережу протитуберкульозних установ МОЗ України входять 109 диспансерів і 42 лікарні, всього 151 заклад. Однак МОЗ відзвітував про забезпечення медикаментами лише 115 протитуберкульозних установ.

У паспорті бюджетної програми на 2012 рік заплановані Міністерством охорони здоров'я і Мінфіном обсяги витрат на закупівлю протитуберкульозних препаратів не забезпечили створення їхнього річного резервного запасу (який необхідний) і склали 88,3% розрахованої регіонами потреби. Ініційована у 2012 році закупівля біохімічних та нітратредуктазних тестів, за даними Держслужби України з лікарських засобів, не мали державної реєстрації, тому закупівля не проводилась. Потреба у витратних матеріалах для діагностики туберкульозу у 2012 році була забезпечена тільки від 73,5 до 88,4%.

В період 2013–2016 років, за звітом Міністерства охорони здоров'я³³, проблемними питаннями залишаються: відновлення матеріально – технічної бази протитуберкульозних закладів, проведення капітальних ремонтів для приведення протитуберкульозних закладів відповідно до вимог інфекційного контролю, закупівля сучасного медичного обладнання для діагностики туберкульозу.

Окремою проблемою є укомплектування протитуберкульозних закладів лікарями. За останні роки кількість фтизіатрів скоротилася більш ніж на тисячу. Кількість медичних фахівців для лікування є явно недостатньою, рівень комплектації лікарями вказаний нижче. Через зниження якості медичної освіти лікарі молодого віку часто не мають необхідної кваліфікації для ефективного лікування пацієнтів

Економічна криза стала однією з причин збільшення кількості осіб, хворих на туберкульоз. Крім того, частини Луганської та Донецької областей не контрольовані Україною, мали високий відсоток захворювання на туберкульоз. Велика кількість біженців, що прибули на контрольовану Україною територію з вказаних територій, не проживає за місцем реєстрації. Відсутня статистика – яка частина хворих з вказаних територій отримує лікування.

Залишається високим відсоток зараження туберкульозом в закладах пенітенціарної служби. Найвищий показник захворюваності на всі форми активного туберкульозу зареєстровано у південно-східних регіонах України, де розташовані потужні протитуберкульозні заклади пенітенціарної

³³ http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pgrep_tube_2014.html

системи.. Одна з причин цього – поміщення хворих осіб в одну камеру зі здоровими, а також відсутність профілактики туберкульозу у виправних установах та повноцінного лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз. Ускладнює процес відсутність регулярного обстеження і контролю за лікуванням, відсутність низки препаратів, призначення неефективних схем лікування. Крім того, особи, хворі на туберкульоз, в основному на мультирезистентний, після звільнення не стають на облік і не отримують лікування. У 2011 році прес-служба Міністерства охорони здоров'я процитувала слова Світлани Черенко, яка очолювала в той час Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам (зараз – Держслужба соцзахворювань): «До сих пір тільки 30% хворих на туберкульоз осіб, звільнених з місць позбавлення волі, ставали на облік в медичних установах. Решта 70% – просто «губилися» через неузгодженість роботи структур, які з ними мали справу».

Лікування гепатиту С

За даними ВООЗ в Україні до 5% населення живе з вірусним гепатитом С. За оцінками українських епідеміологів рівень захворюваності на вірусні гепатити в Україні становить 7–9% від кількості загального населення країни

Однак, за результатами вибіркового моніторингу груп ризику, рівень інфікування вірусом гепатиту С серед деяких з них значно перевищує середньостатистичні показники і досягає 40–60%. Ситуація ускладнюється бойовими діями на території проведення антитерористичної операції, відсутністю контролю за донорською кров'ю і неможливістю дотримуватися заходів безпеки в умовах надання допомоги пораненим з відкритими ранами на місці.

Високий рівень зараження у медпрацівників близько 10%, контактних осіб – до 12%. Серед пацієнтів наркодиспансерів рівень зараження цим вірусом традиційно високий і досягає 65–69%. Медики вказують, що гемотрансфузія – основний шлях передачі вірусу гепатиту С. Наприклад, у пацієнтів і співробітників відділень гемодіалізу рівень інфікування дуже високий, серед пацієнтів – вище 70%, у співробітників цей показник трохи менший. залишається проблемним контроль за донорською кров'ю в центрах крові і станціях її переливання. В Україні рівень інфікування донорської крові вірусом гепатиту С складає близько 1% (дані 2015 року).

17 вересня 2013 вступило в силу рішення Кабінету міністрів України про прийняття Державної програми по боротьбі з гепатитами з бюджетом 33 млн грн. на 2013 рік. Міністерство охорони здоров'я України заявило, що ціна на рівні 5 тис. Дол. США буде вважатися базовою для державних закупівель цього препарату. Уряд, взявши на себе зобов'язання з фінансування лікування гепатитів, має закупити, застосовуючи нову ціну, не менше 13 000 курсів лікування на загальну суму 65 млн Дол. США до кінця 2015 року.

У 2013 році прийнята Державна цільова соціальна програма профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на 2014–2016 роки. У звіті щодо виконання програми 2015 року³⁴ вказується, що велика частина програм не виконано своєчасно або зовсім через відсутність фінансування зазначених в ній завдань. За даними 2016 року фінансування програми було реалізовано на 20%. Станом на червень 2016 року медичні установи не отримали препарати, закупівля яких планувалася на 2015 рік.

Так, через відсутність фінансування на підготовку і запуск референс-лабораторій в 2014 році МОЗ України в бюджетному запиті на 2015 рік запропонував підготовчий етап створення референс-лабораторій по вірусним гепатитам перенести на 2015 рік, а саме створення лабораторій на 2016 рік.

В Україні 27 регіональних Центрів (станцій) служби крові, 26 з них потребують оснащення ПЛР обладнання, тільки Київський лабораторний центр оснащений відповідним обладнанням. Програма передбачала забезпечення 27 регіонів обладнанням, витратними матеріалами для лабораторної ді-

³⁴ http://www.moz.gov.ua/ua/portal/rep_hep_2014.html

агностики і моніторингу (тест-систем і реагентів) до обладнання в 2014–2016 році. Фінансування на ці цілі виділено не було, придбання устаткування, тест-систем та реагентів, як було заплановано програмою не здійснено. Недофінансування на закупівлі медикаментів для хворих на вірусні гепатити В і С склало 82,68%.

У 2014 році процедура закупівлі профінансованих лікарських засобів для хворих на вірусні гепатити В і С затягнулася через скарги учасників торгів до Антимонопольного комітету України, тому поставка препаратів в регіони, запланована на початок 2014 року почалася тільки в грудні 2014 – січні 2015 року.

Лікування ВІЛ

З захворюванням ВІЛ відзначається тенденція до поліпшення: зменшилася кількість нових випадків інфікування: в 2014 році - 19441, в 2015 році – 15808, січень-вересень 2016 року – 10248. Також незначно зменшилася кількість смертей, викликаних ВІЛ, з 3288 в 2014 році до 935 в 2015 році і 1854 в період січень-вересень 2016 року. Однак, тривожним показником є те, що в 2015 році з них 2961 у віці 0–14 років, з них основна маса – це діти, народжені від ВІЛ-інфікованих матерів. Це свідчить про недостатній рівень обстеження і несвоєчасному наданні або відсутності антиретровірусної терапії вагітним жінкам з ВІЛ.

Повний доступ до антиретровірусної терапії при лікуванні людей з ВІЛ забезпечується завдяки підтримці Глобального Фонду. Однак, з 2017 року Глобальний Фонд припиняє фінансування програм по лікуванню ВІЛ в Україні, а держава, до теперішнього часу, не передбачає повне покриття даного лікування з коштів державного та місцевих бюджетів, що викликає велике занепокоєння у неурядових організацій, що представляють співтовариство людей, що живуть з ВІЛ і правозахисних організацій. Окремою проблемою відмови людей з ВІЛ звертатися за діагностикою та лікуванням ВІЛ є відсутність суворої конфіденційності інформації про ВІЛ-статус і часто зустрічається розголошення цієї інформації медичними працівниками.

Вакцинація

На думку представників ЮНІСЕФ рівень вакцинації в Україні в даний час один з найнижчих в світі.

У 2015 році спостерігався дефіцит вакцин БЦЖ, АКДС (дифтерія, правець, коклюш) і КПК (кір, паротит, краснуха) Періодично в лікарні великих міст завозили невелику кількість вакцин, яких вистачало лише на кілька днів. Наприклад, Закарпатська область у 2016 році отримала тільки 36 760 доз, що становить 5,5% від потреби регіону на 2016 рік. За повідомленням заступника міністра МОЗ, кількість вакцини від туберкульозу в 2016 році склала тільки 9% від загальної потреби. Проблема ускладнювалася відсутністю вакцин у вільному продажу в аптеках. Крім того, протягом останніх 5-ти років проходила кампанія проти вакцинації в ЗМІ, і, як наслідок, відмова батьків від імунізації. Ситуація ускладнюється тим, що у районах проведення антитерористичної операції з 2014 року не провадиться поставка вакцин ні державою, ні приватними компаніями. При наявності великої кількості вимушених переселенців, існує небезпека спалаху інфекційних захворювань.

У зв'язку з вказаним, в 2016 році в Україні зафіксували міні-спалахи випадків коклюшу серед дітей.

З 1 січня 2015 р. діє новий Календар профілактичних щеплень, затверджений наказом МОЗ України від 11.08.2014 р. № 551. Він включає обов'язкові профілактичні щеплення з метою запобігання захворюванням на дифтерію, кашлюк, кір, поліомієліт, правець, туберкульоз, кір, краснуху, епідемічний паротит, гемофільну інфекцію. На відміну від попереднього Календаря обов'язкових профілактичних щеплень, згідно з новим, обов'язкові щеплення проти дифтерії, коклюшу, правця, поліомієліту та гемофільної інфекції потрібно робити дітям у віці 2 міс від народження. Ревакцинацію проти цих захворювань слід проводити в 4-місячному віці. Ревакцинація проти гемофільної інфекції повинна здійснюватися в віці 12 міс (зараз – в 18 міс). Ревакцинація проти дифтерії, коклюшу, правця – у віці 6 і 12 міс.

Вакцинацію проти гепатиту В обов'язково потрібно проводити на 1-й день від народження з наступною ревакцинацією у віці 1 і 6 міс, а вакцинацію проти туберкульозу – на 3-5-й день від народження з ревакцинацією у віці 7 років. Подальшу ревакцинацію проти поліомієліту необхідно проводити у віці 6 і 18 міс, 6 і 14 років. Ревакцинація проти дифтерії, правця здійснюється у віці 6, 16 і 26 років, в подальшому – кожні 10 років.

За інформацією МОЗ під час брифінгу 10 жовтня 2015 року повідомлялось, що деякі імунобіологічні препарати, які увійшли в національний Календар профілактичних щеплень, просто відсутні в Україні. Щорічно для забезпечення вакцинопрофілактики новонароджених необхідно 10,8 млн доз вакцин, які обійдуться державі в 20–23 млн дол. США. Крім того, необхідні вакцини для дітей, які не були щеплені протягом останніх 7 років. Міністерство охорони здоров'я вказує, що виділених коштів може не вистачити на потреби населення.

Ще один недолік вакцин пов'язаний з несвоєчасним проведенням державних закупівель та девальвацією національної валюти. Нова вакцина від поліомієліту була закуплена через затягування дозвільного процесу в Кабміні.

17 лютого 2016 року зареєстровано законопроект «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України (щодо забезпечення своєчасного доступу пацієнтів до необхідних лікарських засобів і медичних виробів шляхом здійснення державних закупівель із залученням спеціалізованих організацій, які здійснюють закупівлі)». Міністр охорони здоров'я зазначив, що прийняття даного законодавчого акту дозволить закуповувати як вакцини, так і лікарські засоби і вироби медичного призначення через такі міжнародні організації, як ООН, ВООЗ, UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). Однак, експерти фармацевтичного ринку відзначають, що така ініціатива може призвести до усунення вітчизняних виробників від участі в цьому процесі.

Одним з вагомих негативних факторів, що знижують відсоток дітей, які пройшли вакцинацію того чи іншого роду, є побоювання батьків про можливу шкоду здоров'ю дитини, що пройшла вакцинацію з огляду на те, що в період з 2009-го по 2016-й рік в Україні не є винятковими випадки застосування некондиційних вакцин в медичних установах, порушення порядку їхнього застосування, ігнорування медичним персоналом протипоказань до застосування наявних вакцин у випадках індивідуальної непереносимості, практично повсюдної відсутності попереднього обстеження дитини перед застосуванням вакцини, порушенням умов зберігання вакцин. Наслідками таких порушень часто виступають серйозні розлади здоров'я дітей, включаючи такі, які призводять до інвалідності, порушень у розвитку дитини і смерті. Отримати офіційну статистику від представників системи охорони здоров'я не має можливості через її відсутність і зусиль по прихованню і «заминанню» подібних випадків як з боку медичного персоналу, відповідального за наступ таких наслідків, так і з боку держави.

Незважаючи на те, що з 2012 р. в Україні отримання щеплень дитиною не є обов'язковим на законодавчому рівні, фактично на батьків чиниться тиск з примусу до вакцинації дітей дошкільного та шкільного віку (без урахування індивідуальної переносимості препаратів та протипоказань у зв'язку з анамнезом) через наявність колізії права – без отримання щеплень діти не допускаються до занять у початковій і середній школах, дитсадках, що призводить до порушення права дітей на освіту.

Лікування цукрового діабету

В Україні розроблено Концепцію Державної цільової соціальної програми «Цукровий діабет на період до 2018 року», проте інформація щодо схвалення цієї концепції урядом та виконання її положень відсутня. Безкоштовне забезпечення хворих інсуліном за рахунок держави у 2015 році майже не здійснювалось. Старт проекту реімбурсації інсулінів, який було перенесено з 1 січня на 1 квітня цього року, знову відкладено – з технічних причин, причому як на рівні МОЗ, так і на місцях. Зокрема, йдеться про відсутність мережі аптек, які видавали б хворим необхідні препарати, та недосконалість реєстру інсулінозалежних пацієнтів.

Щорічно кількість хворих на ЦД збільшується на 5–7%, станом на 01.01.2013 р. в Україні понад 76 004 людей з ЦД страждають на діабетичну нефропатію, що може завершуватись нирковою не-

достатністю та смертю; більше, ніж у 173 251 хворих зареєстровано діабетичну ретинопатію, що є причиною сліпоти; щорічно проводиться близько 3370 ампутацій нижніх кінцівок. Реальна кількість хворих в Україні, як показують результати епідеміологічних досліджень, у 2–2,5 рази вища внаслідок не діагностованих випадків хвороби. Станом на 01.01.2013 за даними Центру медичної статистики МОЗ України, загальна кількість дітей віком до 17 років включно, хворих на цукровий діабет досягло 8178. Щорічний приріст показників поширеності цукрового діабету серед дітей в Україні досягнув у 2012 р. 3,4%, найбільше (на 6,0%) – серед дітей віком до 6 років. Проте, враховуючи загальне зменшення кількості дитячого населення України, абсолютна кількість дітей, хворих на цукровий діабет, щороку зростає у середньому на 0,27%.

Більшість ускладнень ЦД можна попередити та уникнути високих витрат на їхнє лікування, забезпечивши компенсацію цукрового діабету відповідно до індивідуальних цілей лікування. В Україні відсутня рецептурно-компенсаційна система (реімбурсація) – забезпечення хворих на цукровий діабет препаратами інсуліну, цукрознижуючими препаратами, засобами самоконтролю.

Відсутність фінансування для забезпечення хворих на цукровий діабет 2 типу таблетованими цукрознижуючими препаратами та засобами самоконтролю обумовлює відсутність адекватного лікування і погіршує прогноз хвороби.

Відмічається недосконалість організації роботи «Шкіл самоконтролю цукрового діабету» внаслідок відсутності затвердженої програми навчання, нормативних актів по штатному розкладу. Обмеження фінансової можливості проведення дослідження мікроальбумінурії (раннього маркера діабетичного ураження нирок) не дозволяє своєчасно проводити лікування цього ускладнення з метою запобігання його прогресування і розвитку ниркової недостатності, що, в свою чергу, збільшує ризик інвалідизації хворих.

Відсутність можливості проведення генетичної діагностики моногенного цукрового діабету у дітей не дозволяє призначати адекватну цукрознижуючу терапію, що призводить до декомпенсації хвороби і стрімкого виникнення ускладнень. Це обумовлює необхідність впровадження в Україні генетичної діагностики моногенного цукрового діабету.

Найбільш сучасним методом інсулінотерапії хворих різного віку, у т.ч. немовлят, сьогодні вважається помпова інсулінотерапія. В Україні сьогодні лише 7,3% дітей знаходяться на помповій інсулінотерапії, що були забезпечені ними, головним чином, завдяки благодійним організаціям. Разом із тим, згідно з Узгодженим Консенсусом 2007 р. світових ендокринологічних товариств (European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE), Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPES), International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD), American Diabetes Association (ADA), European Association for the Study of Diabetes (EASD)), а також з Глобальними Клінічними Настановами 2011 р. ISPAD та IDF (International Diabetes Federation), помпова інсулінотерапія дозволяє значно покращити якість лікування хворих, запобігти виникненню і прогресуванню ускладнень діабету.

Сьогодні в Україні оздоровлюється в середньому близько 11% дітей, хворих на цукровий діабет, що обумовлене відсутністю коштів у місцевих бюджетах на проведення оздоровлення цієї категорії дітей.

В Україні відсутній єдиний медичний простір для надання стаціонарної та амбулаторної допомоги хворим на цукровий діабет. Це призводить до подвійного фінансування на утримання ліжок, з їхнім завантаженням за рахунок необґрунтованої госпіталізації хворих. Останнє обумовлює необхідність приведення потреби у ліжках для хворих в регіонах у відповідність до кількості населення, з урахуванням наявності ліжок у закладах підпорядкування МОЗ України та АМН України, а також внесення змін до клінічних настанов по цукровому діабету із чітким визначенням показань до госпіталізації хворих.

Професійні захворювання

Рівень професійних захворювань працівників в Україні залишається високим, від 5612 в 2012 році до 1764 осіб в 2015. У процентному співвідношенні в 2012 році їхня кількість збільшилася на 4%, в 2013 році на 4,4%. З 2014 року це співвідношення стало зменшуватися: в 2014 році на 25,7%,

в 2015 році на 35,9%, і в 1 півріччі 2016 року в порівнянні з 2 півріччям 2015 на 12,4%, або (з 908 до 795). Таке зменшення пов'язане з окупацією частини території України – Кримського півострова, здебільшого Донецької і Луганської областей. Однак, слід брати до уваги, що з 2014 року в статистику не стали включатися більша частина Донецької та Луганської областей, в яких було зареєстровано в попередні роки найбільшу кількість професійних захворювань, наприклад, в 2013 році – в Донецькій (31,4%), Луганській (25,9%) у зв'язку з розташуванням там основної частини добувної промисловості та розробці кар'єрів, де фіксувалися майже дві третини випадків професійних захворювань. З 2014 року інформація з даного регіону перестала включатися в загальну статистику в зв'язку з окупацією території.

Аналіз професійних захворювань, проведений Фондом соціального страхування України, показав, що з 2012 року кількість страхових нещасних випадків зменшилася з 7% до 3,4%, проте в 1 півріччі 2016 року їхня кількість збільшилася на 3,4% (на 74 випадки). Основна частина професійних захворювань припадає на захворювання органів дихання – 68% від загальної кількості по Україні (понад 3831 випадки). На другому місці – захворювання опорно-рухового апарату – 20%. Третє місце – вібраційна хвороба 4%, четверта – хвороби слуху – 3%.

Причинами виробничих травм і професійних захворювань Фонд соціального захисту називає неякісний технологічний процес, використання застарілого обладнання, тривалість роботи у шкідливих виробничих умовах, несвоєчасне виявлення та пізня діагностика професійних захворювань, низька якість проведення медичних оглядів працівників, руйнування системи промислової медицини. Зобов'язання проводити обов'язковий попередній і періодичний, а також профілактичний трудові медогляди закріплено в статті 169 Кодексу Законів про працю, за рахунок коштів власника. Як правило, на проведення такого огляду роботодавець виділяє один день за рахунок працівника. За цей день група працівників проходить огляд у всіх лікарів-фахівців. Такий огляд проводиться поверхово в комунальних поліклініках, які мають обмежені ресурси, без обстеження, з огляду на високу вартість такого і небажання власників нести додаткові витрати.

Доступ до медичної допомоги осіб, які перебувають в установах пенітенціарної системи

Незважаючи на те, що загальна кількість засуджених в системі ДПтСУ порівняно з 2014 роком зменшилася (з 126 937 в 2014 до 69 997 осіб в 2015), кількість хворих в цих закладах залишається значною. Зокрема, за статистикою щорічної доповіді «Донецького Меморіалу», у 2015 році було хворих на хронічні захворювання: туберкульоз в активній формі – 2210, ВІЛ-інфікованих – 4145. Статистики щодо кількості хворих іншими тяжкими захворюваннями (гепатит, цукровий діабет, онкологічні захворювання та ін.) немає. Неурядові організації відзначають відсутність належного обстеження та контролю за лікуванням в місцях позбавлення волі і утримання під вартою. Причиною цього є нестача обладнання, лікарів-фахівців в даних установах, а також небажання медичного персоналу реагувати на скарги ув'язнених і проводити належний огляд. Даний факт знайшов своє відображення в рішенні Європейського Суду проти України. У 2015 році Генеральна прокуратура провела ряд перевірок закладів ДПтСУ, які підтвердили відсутність якісного обстеження з виявлення хвороб у засуджених. Експерти вказують, що вжиті Мін'юстом, ДПтСУ, МВС і МОЗ України заходи щодо забезпечення належним лікуванням є недостатніми. У свою чергу, несвоєчасне медичне обстеження засуджених, зволікання з переведенням хворих до лікувальних закладів, наявність у них важких соматичних і інфекційних захворювань, проведення неякісного лікування або його ненадання є основними факторами, які призводять до смертності серед засуджених. Визначити захворювання на гепатит можна в лабораторних умовах за допомогою 3 тестів – гепатитних маркерів, біохімії крові і генотипу, а ці аналізи є дорогими. Пенітенціарна служба не володіє такими ресурсами. Заплатити за таке обстеження, зазвичай, засуджений немає можливості.

З часу виявлення хвороби на туберкульоз у засудженого до надання йому відповідного лікування в спеціалізованому медичному закладі проходить понад 2 місяці, через що хвороба в переважній більшості хворих прогресує.

Незабезпеченість медичними працівниками

У 2016 році з України виїхало щонайменше сім тисяч лікарів за даними Українського лікарського товариства. Основна причина – низька заробітна плата. Згідно даних Держстату, середня заробітна плата працівників у галузі охорони здоров'я у першому кварталі 2016 року становила 2973 гривні (приблизно 115 доларів США) на місяць. При цьому 18,7% медичних працівників отримували зарплату від 1500 до 2000 гривень (приблизно 50–80 доларів США), а 15,8% – від 2000 до 2500 гривень (приблизно 80–100 доларів США). Дещо більше, ніж 4% – до 1378 гривень.

У Києві не вистачає 3220 лікарів та 5760 медсестер і молодшого медичного персоналу. У Маріуполі укомплектованість штатних лікарських посад в 2014 році склала 71,5%, у 2015 році – 68,3%. Забезпеченість лікарями-фтизіатрами у закладах системи МОЗ України за 2013 рік становила 71,45%, 0,59 на 10 тис. населення (абсолютне число фтизіатрів – 2681, з них мають категорію 73,6%). За 2014 рік укомплектованість штатних посад лікарів-фтизіатрів фізичними особами складала 73,4%, 0,53 на 10 тис. населення (абсолютне число фтизіатрів – 2277, з них мають категорію 72,8%). Укомплектованість лікарями швидкої допомоги доходить до 60%.

Суттєвою проблемою стає і зниження рівня кваліфікації лікарів. Причиною цього є: погіршення рівня підготовки лікарів закладами середньої та вищої освіти, зниження престижу професії, низька ефективність системи управління та обліку у медичній галузі, високий рівень бюрократизації процесу звітності лікарів.

Висновки:

Існуюча система надання безоплатної медичної допомоги є вкрай неефективною та не задовольняє потреб населення. Практика прийняття державою числених зобов'язань, у тому числі й через видання різноманітних програм, які не забезпечуються бюджетом, веде до протилежного результату, коли формально лікарі зобов'язані надавати якісну та вчасну медичну допомогу, але не мають для цього необхідних ресурсів. Для України вкрай необхідними є: зосередження уваги на здоров'ї громадян, продумана поступова зміна системи охорони здоров'я, забезпечене бюджетом фінансування, а також покращення системи освіти лікарів та медичних працівників середньої ланки з забезпеченням гідних умов праці та заробітної плати.

ВИКОНАННЯ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЗА СТАТТЕЮ 12 ХАРТІЇ³⁵ «Право на соціальне забезпечення»

Останні висновки Уряду

За попередніми прогнозами, *Україна може приєднатися до пп. 3 і 4 ст. 12 «Право на соціальне забезпечення»* щодо докладання зусиль для поступового піднесення системи соціального забезпечення на більш високий рівень та укладання міжнародних договорів на умовах рівності прав та збереження набутих прав (сумарний залік періодів страхування та стажу)³⁶.

Стаття 12 пункт 1

З метою забезпечення ефективного здійснення права на соціальне забезпечення

Сторони зобов'язуються:

1. Започаткувати систему соціального забезпечення або підтримувати її функціонування.

У цілому в Україні *закладено основи системи юридичного механізму соціального захисту* та створено організаційно-правовий механізм системи загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Становлення багаторівневої системи соціального захисту населення в Україні відбувається дуже складно, що можна пояснити нестачею ресурсів та відсутністю належної соціально-економічної результативності від діяльності органів соціального захисту. Негативно впливає на цей процес і *законодавча та нормативно-правова зарегульованість*. Правовим актам, які врегульовують питання надання в Україні соціальних послуг, притаманні неадекватність термінологічного апарату, розмитість визначень функцій, цілей і напрямів роботи відповідних інститутів. Державну політику у сфері соціального захисту та соціального забезпечення визначають близько 30 законодавчих актів, серед яких провідне місце належить законам України, указам Президента та постановам Кабінету Міністрів України³⁷. Різноманітні пільги, соціальні виплати та соціальні послуги в Україні безпосередньо передбачені у 58 законах та більше ніж 120 підзаконних нормативно-правових актах³⁸.

До інших проблемних моментів функціонування системи соціального захисту слід віднести:

Неефективність і нераціональність у підходах до фінансування та управління. Неefективність системи соціальних послуг визначається низьким рівнем адресності в наданні соціальної підтримки та допомоги, а нераціональність – розпорошенням виділених на сферу соціального захисту бюджетних коштів. «Соціальний захист та соціальне забезпечення» – найбільша видаткова стаття зведеного бюджету України. Загальний обсяг фінансування за цією видатковою статтею значно перевищує видатки на охорону здоров'я, освіту та економічну діяльність.

Монополізація державою ринку соціальних послуг і розподілу замовлень. Держава домінує в системі соціальних послуг, оскільки їхнє надання віднесено лише до компетенції міністерств. Ця система базується на громіздкій, забюрократизованій мережі державних і комунальних закладів

³⁵ Підготовлено Костянтоном Автуховим та Іриною Яковець.

³⁶ У Мінсоцполітики обговорили перспективи приєднання України до низки положень Європейської соціальної хартії (переглянутої) // http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/article?art_id=187326&cat_id=107177

³⁷ Соціальний захист населення в контексті надання соціальних допомог: сучасний стан і пріоритети // Шаманська Н. – Галицький економічний вісник. – 2013. – № 2(41). – С. 43–48.

³⁸ Дубич К. В. Реформи соціальних послуг в Україні: сучасний стан і проблеми впровадження / К. В. Дубич // Вісник нац. академії державного управління при Президентіві України. – 2013. – № 1. – С. 211–218.

соціального захисту та соціальних служб. Недостатність механізмів впровадження норм правових актів не дає змоги повністю реалізовувати заходи щодо надання соціальних послуг³⁹.

На сьогоднішній день в Україні у сфері соціального захисту та соціального забезпечення присутня *непрозора система пільг і соціальних виплат*. Держава утримує громіздку мережу комунальних та державних закладів соціальних служб та соціального захисту, натомість реальне соціальне обслуговування населення залишається на низькому рівні. Система адміністрування пільг та обліку категорій громадян, які мають право на отримання пільг, є настільки складною, що присутня велика кількість зловживань. Наприклад, громадяни мають можливість безпідставно отримати документи, які дають можливість користуватися пільгами, на які вони не мають права (безкоштовне користування громадським транспортом), але ці порушення в Україні здебільшого залишаються безкарними. Водночас не всі особи, які мають право на отримання пільг, фактично ними користуються (наприклад, пенсіонери, які проживають у сільській місцевості, можуть мати пільги на оплату транспортних послуг, але вони не використовують ці пільги, тому що не подорожують).

З іншого боку, число пільговиків є занадто великим – зараз в Україні 19 мільйонів 168 тисяч пільговиків. Тому звичною стала практика, коли в Законі України про Державний бюджет на кожен рік, в Бюджетному Кодексі закріплюється пункт, за яким близько тридцяти Законів України пропонується виконувати лише тоді, коли буде достатнє фінансування. Тобто, люди ніколи ці пільги не отримують, бо ніколи немає коштів⁴⁰.

Серед отримувачів усіх видів соціальної підтримки (допомога на дітей, малозабезпеченим особам, соціальні пільги, субсидії, допомога людям з інвалідністю та інші державні допомоги) лише 25 відсотків належать до реально бідного населення. Забезпечити реальну та дієву соціальну підтримку бідних громадян, ефективно використовуючи при цьому кошти платників податків, можна лише за рахунок впровадження адресної підтримки.

Окремі форми надання соціальних послуг, що залишились у спадок від колишнього СРСР, не відповідають потребам отримувачів, незважаючи на високі бюджетні витрати (насамперед, стаціонарні форми догляду за особами з інвалідністю, літніми людьми та виховання дітей в інтернатних установах). Виконання міжнародних зобов'язань та національних стратегій у сфері дотримання прав людини вимагає забезпечення розвитку системи соціальних послуг, зокрема, для осіб з інвалідністю, дітей, літніх людей, постраждалих від торгівлі людьми та домашнього насильства. У зв'язку з об'єднанням територіальних громад повноваження у сфері соціальних послуг повинні бути передані з районного рівня місцевого самоврядування на базовий рівень – територіальних громад, що стимулюватиме створення європейської моделі надання соціальних послуг – у громаді, за місцем проживання людини, без вилучення її із звичного середовища проживання.

Недостатньо ефективною є й система установ, які надають соціальні послуги. На сьогодні на рівні районів функціонує мережа територіальних центрів соціального обслуговування та центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, які надають соціальні послуги для близько 3 млн осіб.

У середньому оцінка ефективності діяльності територіальних центрів, тобто охоплення соціальними послугами по Україні становить 88% (в порівнянні з 2014 роком відбулось зростання на 1%). Фактично у 2015 році середнє навантаження на соціального робітника становило 11,6 осіб у місті (перевищує норматив на 26%) і 9,9 у сільській місцевості (перевищує норматив).

Разом з тим сучасна система надання соціальних послуг є недостатньо ефективною. На рівні адміністративно-територіальної одиниці не запроваджено ефективні механізми раннього виявлення осіб, планування та надання соціальних послуг з урахуванням визначених потреб. На сьогодні надання соціальних послуг залежить від можливостей наявної мережі установ та закладів комунальної власності, що надають соціальні послуги, що призводить до неможливості повністю задовольняти по-

³⁹ Дубич К. В. Реформи соціальних послуг в Україні: сучасний стан і проблеми впровадження / К. В. Дубич // Вісник нац. академії державного управління при Президенті України . – 2013 . – № 1 . – С. 211–218.

⁴⁰ Маріанна Онуфрик: в Україні – просто армія пільговиків // <http://www.prostir.ua/?focus=marianna-onufryk-v-ukrajini-prosto-armiya-pilhovykiv>

треби осіб. І хоча на початку 2016 року було прийнято Методичні рекомендації щодо виконання власних (самоврядних) повноважень об'єднаної територіальної громади у сфері соціального захисту населення⁴¹, покликані змінити стан справ в цій сфері, незначний час, який минув з цього моменту і фактичне ухвалення на момент прийняття місцевих бюджетів, не дозволяють стверджувати про реальні зміни.

Під час надання соціальних послуг не запроваджено обмін інформацією щодо надання інших видів соціальної допомоги, що унеможливує застосування комплексного підходу до подолання складної життєвої ситуації особи. Соціальні послуги, як правило, задовольняють лише невідкладні потреби вразливих груп населення, не орієнтовані на запобігання виникненню складних життєвих обставин, не формують в осіб навичок реінтеграції у суспільство, що призводить до утримання значної кількості таких осіб під опікою держави.

Крім того, значна розгалуженість мережі наявних закладів не гарантує ефективність наданих послуг та забезпечення ними усіх осіб, які їх потребують, в тому числі й через певну складність процедур їхнього отримання.

Не повністю вирішило цю проблему й прийняття *Порядку визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах* (затверджений наказом Міністерства соціальної політики України 20.01.2014 № 28), запровадженням Державних стандартів певних соціальних послуг⁴².

Проводиться залучення до надання соціальних послуг громадських, благодійних, релігійних організацій на конкурсній основі відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 29.04.2013 № 324 «Про затвердження Порядку здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів»⁴³, проте число таких організацій та розмір виділених коштів залишаються незначними (Приміром, загальна сума, передбачена в обласному бюджеті Хмельницької області на 2016 рік для здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів, становить 95,0 тис. гривень; кошти будуть розподілені за результатами конкурсу поміж п'ятьма організаціями).

Рівень соціального забезпечення в Україні залишається доволі низьким, хоча на його підтримку виділяються значні кошти. За оцінками різних експертів, загальна вартість задекларованих у чинному законодавстві пільг складає від 3,8 до 5,8 млрд дол. США на рік, проте реально фінансується лише незначна їхня частина. В Україні налічується понад 130 категорій одержувачів різних видів соціальних виплат, з яких лише 70 отримують виплати за соціальною ознакою, та близько 50 – за професійною. Усі пільгови, в т. ч. соціально незахищені, категорії громадян мають право на більш як 120 видів пільг, а також понад 60 видів соціальних і компенсаційних виплат⁴⁴.

У ряді випадків, право на соціальне забезпечення та пільги виникають не з огляду на реальні потреби й проблеми, а на підставі належності до певної професійної спільноти (приміром, у Харкові надаються пільги у виді 100% сплати вартості комунальних послуг ловцям безпритульних тварин⁴⁵).

У результаті реальний обсяг видатків на сферу соціального захисту та соціального забезпечення щонайменше у 2,5–3 рази перевищує ту суму, що задекларована у зведеному бюджеті України за видатковою статтею «Соціальний захист та соціальне забезпечення». Бюджетна система України

⁴¹ Методичні рекомендації щодо виконання власних (самоврядних) повноважень об'єднаної територіальної громади у сфері соціального захисту населення // <http://zakon2.rada.gov.ua/rada/show/v0026739-16#n98>

⁴² Приміром, Державний стандарт соціальної послуги консультування // <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0866-15>

⁴³ Інформація про залучення до надання соціальних послуг громадських, благодійних, релігійних організацій на конкурсній основі відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 29.04.2013 № 324 «Про затвердження Порядку здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів» // http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/article;jsessionid=3D3A5DA8865037C668036FA9A676546B.app1?art_id=186939&cat_id=34941.

⁴⁴ Системи соціальних послуг в Україні. Бюро соціальних та політичних розробок // <http://bureau.in.ua/downloads/social-reform/reportua.pdf>

⁴⁵ Додаток 17 до Програми сприяння безпечній життєдіяльності у сфері соціального захисту населення міста Харкова на 2013-2016 роки // <http://esm.kharkov.ua/zakonodavstvo/zakonodavstvo-mestnoe/programa-2013-2016/dodatki/>

функціонує за «прецедентним» принципом. Кошти, які виділялися в минулому фінансовому році, передбачаються і в наступному фінансовому році з невеликим збільшенням на рівень інфляції, що прогнозується. Такі підходи заважають реально планувати пріоритети соціальної політики та виділяти кошти на соціальні послуги. Кошти на соціальні послуги виділяються на утримання установ соціального захисту, в яких до 90% бюджету йде на комунальні послуги та на заробітну платню працівникам⁴⁶.

З 1 травня 2016 р. в Україні підвищено прожитковий мінімум, що вплинуло на зростання всіх соціальних допомог, які «прив'язані» до нього. Зокрема, *прожитковий мінімум на одну особу* в розрахунку на місяць становитиме *1399 грн. (з 1 грудня – 1496 грн.)*.

Таким чином, якщо базуватися на прожитковому мінімумі, то більшість видів соціальних допомог наближені до його показників. Але в Україні бюджетний фактор є основним чинником, який впливає на рівень прожиткового мінімуму та нівелює дію інших, внаслідок чого фактичний розмір прожиткового мінімуму для працездатних осіб у цінах квітня 2016 року з урахуванням суми податку на доходи фізичних осіб за розрахунками Мінсоцполітики становив значно більшу суму – 2897 грн.⁴⁷

Висновки:

Незважаючи на наведені недоліки та упущення як у нормативному регулюванні, так і у практичній діяльності, можна стверджувати, що Україна започаткувала базову систему соціального забезпечення і повинна переходити до реалізації завдання щодо підтримки її функціонування. У зв'язку з наведеним, залишається незрозумілою позиція уряду України про можливість приєднання лише до **пп. 3 і 4 ст. 12** щодо докладання зусиль для поступового піднесення системи соціального забезпечення на більш високий рівень та укладання міжнародних договорів на умовах рівності прав та збереження набутих прав.

Наявний стан справ у сфері соціального захисту вказує на необхідність першочергового приєднання до положення п. 1 ст. 12 Хартії.

Стаття 12 пункт 2

2. Підтримувати систему соціального забезпечення на задовільному рівні, принаймні на такому, який дорівнює рівню, необхідному для ратифікації Європейського кодексу соціального забезпечення (994_329);

Основна проблема України в частині приєднання до цього пункту ст. 12 Хартії полягає не у формальному дотриманні наведених вимог, а у їхньому реальному впливі на рівень соціального забезпечення громадян.

За визначенням представників влади України, за деякими показниками соціального захисту Україна перевершує вимоги конвенції. Зокрема, мінімальна ставка допомоги з тимчасової втрати працездатності в Україні забезпечується на рівні 50% середнього заробітку, а конвенція пропонує – нижче 45%. Мінімальна пенсія за віком в Україні становить 78% від мінімальної заробітної плати, що повністю відповідає вимогам конвенції. Також нормам конвенції відповідають рівень соціального забезпечення в разі нещасних випадків на виробництві і допомога при вагітності та пологах. Водночас, за низкою параметрів соціального захисту потрібно провести посилення забезпечення. Так, сьогодні відповідає лише розмір допомоги особам з I групою інвалідності, яка дорівнює 100% пенсії за віком. Також лише частково відповідають конвенції умови отримання права на пенсію у зв'язку з втратою годувальника⁴⁸.

⁴⁶ Системи соціальних послуг в Україні. Бюро соціальних та політичних розробок // <http://bureau.in.ua/downloads/social-reform/reportua.pdf>

⁴⁷ Прожитковий мінімум в Україні не враховує низку життєво необхідних витрат // <http://uarp.org/news/1469439301>

⁴⁸ Рада ратифікувала конвенцію МОП про мінімальні норми соціального забезпечення // <http://economics.unian.ua/finance/1291487-rada-ratifikuvala-konventsiyu-mop-pro-minimalni-normi-sotsialnogo-zabezpechennya.html>

Тобто, формально в Україні нібито забезпечено мінімальний рівень соціального захисту, необхідний для ратифікації Європейського кодексу соціального забезпечення. Водночас, самі чиновники критично висловлюються щодо мінімальних соціальних стандартів у країні. Зокрема, прожитковий мінімум у 1330 грн. названо нереальною цифрою: саме Міністерство соціальної політики визнає, що реальний прожитковий мінімум становить як мінімум 2500 грн. на місяць у цінах січня 2016 року на одну людину⁴⁹.

Соціальні гарантії на рівні Європейського Союзу – це питома вага оплати праці у ВВП на рівні 55–65%, співвідношення мінімальної заробітної плати та середньої заробітної плати не нижче 55%, а також зростання мінімальної заробітної плати відносно прожиткового мінімуму на працездатну особу більш як у 3 рази, середньої заробітної плати – відповідно у 5–6 разів, середньої пенсії відносно прожиткового мінімуму на особу, яка втратила працездатність, – близько 4 разів⁵⁰. До таких стандартів Україна ще не наблизилась.

Позитивна динаміка у відсотковому співвідношенні соціальних допомог та інших доходів населення, на яку посилаються посадовці, досягається, переважно, зниженням показників останніх. Так, реальні наявні доходи населення, визначені з урахуванням цінового фактора, в 2015 році скоротилися на 22,2% порівняно з 2014 роком⁵¹, у 2016 році – на 14,9%⁵².

Рівень заробітної плати в Україні є найнижчим серед європейських держав. В результаті 19,4 відсотка працюючих українців потрапляють в категорію бідних, серед сімей з дітьми, в яких обоє батьків працюють, цей показник становить 18,9 відсотка. Низький розмір мінімальної заробітної плати не сприяє виведенню з тіні трудових доходів. При низькому рівні зайнятості населення 56,7 відсотка вкрай низьким є рівень охоплення зайнятого населення державним соціальним страхуванням – близько 70 відсотків. Застаріле трудове законодавство України потребує його осучаснення відповідно до міжнародних стандартів, що зробить ринок праці привабливим для інвесторів, стимулюватиме створення нових робочих місць та легалізацію відносин у сфері зайнятості та оплати праці. І, як результат, – посилення рівня соціального захисту працюючого населення.

Розмір мінімальної заробітної плати становить лише 28 відсотків середньої заробітної плати (рекомендації МОП – не менше 50 відсотків, в державах ЄС – 60 відсотків). У березні 2016 р. середня номінальна заробітна плата становила 4920 гривень, що перевищує показник листопада 2015 р. лише на 9,4 відсотка⁵³.

Більше того, на відміну від європейських країн, в яких обмежується мінімальний рівень допомог, в Україні набуває поширення тенденція обмеження їхнього максимального розміру.

Не збільшуються суттєво і вихідні показники соціального благополуччя населення й у 2017 році.

Не відзначається й суттєвого зростання мінімальної заробітної плати: з 1 січня – 1600 гривень, з 1 травня – 1684 гривні, з 1 грудня – 1762 гривні; у погодинному розмірі: з 1 січня – 9,67 гривні, з 1 травня – 10,18 гривні, з 1 грудня – 10,65 гривні.

Висновки:

За такого стану справ не можна вважати, що Україна забезпечила виконання вимоги, встановленої у п. 2 ст. 12 Хартії.

⁴⁹ Рада ратифікувала конвенцію МОП про мінімальні норми соціального забезпечення // <http://economics.unian.ua/finance/1291487-rada-ratifikuvala-konventsuyu-mop-pro-minimalni-normi-sotsialnogo-zabezpechennya.html>

⁵⁰ Пояснювальна записка до проекту Закону України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо встановлення мінімальної заробітної плати на рівні прожиткового мінімуму для працездатних осіб".

⁵¹ Держстат повідомив, на скільки впали реальні доходи українців // <http://vilne.org.ua/2016/04/%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%B6%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82-%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D0%B2-%D0%BD%D0%B0-%D1%81%D0%BA%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BA%D0%B8-%D0%B2%D0%BF%D0%B0%D0%BB%D0%B8-%D1%80/>

⁵² Реальні доходи населення в I кварталі впали на 15% // <http://finbalance.com.ua/news/Realni-dokhodi-naselennya-v-I-kvartali-vpali-na-15>

⁵³ План пріоритетних дій Уряду на 2016 рік // http://search.ligakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KR160418.html

Через це сумнівним є доцільність приєднання України лише до *пп. 3 і 4 ст. 12* щодо докладання зусиль для поступового піднесення системи соціального забезпечення на більш високий рівень, оскільки для початку необхідно привести його до базових показників, прийнятих у світі, або здійснити приєднання до всієї статті 12 в цілому, без винятків, щоб забезпечити потребу комплексних змін.

Стаття 12 пункт 3

3. Докладати зусиль для поступового піднесення системи соціального забезпечення на більш високий рівень;

Як уже зазначалося, однією із статей видатків державного бюджету є видатки на соціальний захист і соціальне забезпечення населення. Бюджетні видатки на соціальний захист та соціальне забезпечення направляються на фінансування:

- соціальний захист у випадку непрацевдатності;
- соціальний захист пенсіонерів;
- соціальний захист ветеранів війни та праці;
- соціальний захист сім'ї, дітей та молоді;
- соціальний захист безробітних;
- допомога у вирішенні житлового питання;
- соціальний захист інших категорій населення;
- фундаментальні та прикладні дослідження і розробки у сфері соціального захисту;
- інша діяльність у сфері соціального захисту.

Аналізуючи бюджетне фінансування соціального захисту населення у 2011-2016 рр., спостерігаємо зростання його обсягу на 17,01 млрд грн. (з 63,54 млрд грн. до 80,55 млрд грн.). Слід зазначити, що у період 2011-2013 рр. відбувалося зростання обсягу фінансування соціального захисту до рівня 88,55 млрд грн., що свідчить про нібито визнання пріоритетності соціальних видатків державного бюджету з метою поліпшення матеріального становища населення, вирішення основних соціальних проблем та підтверджує тезу про певну соціальну спрямованість бюджетної політики держави.

Вже у 2014 р. видатки державного бюджету на дану статтю скоротилися на 8 млрд грн., що обумовлено політичними подіями в Україні: анексія АР Криму та військові дії в окремих районах Донецької і Луганської областей. Відтак, фінансування соціального захисту населення на цих територіях не проводиться.

Видатки ж Зведеного бюджету України на соціальний захист та соціальне забезпечення на 2016 рік становили 251 227,7 млн грн.⁵⁴

За період 2011–2014 рр. питома вага видатків державного бюджету на соціальний захист і соціальне забезпечення у ВВП коливалася в межах від 2,14% (у 2014 р.) до 6,08% (у 2013 р.). Динаміка цього показника за вказаний період доводить його зменшення на 0,43 відсоткових пункти. Питома вага видатків державного бюджету на соціальний захист і соціальне забезпечення у структурі видатків державного бюджету становить від 18,75% до 21,95% і має тенденцію до скорочення, що пов'язано із «замороженням» на відповідному рівні соціальних гарантій і допомог в умовах глибокої економічної стагнації.

Дослідження складу і структури видатків державного бюджету на соціальний захист і соціальне забезпечення дає підстави констатувати, що у 2011-2014 рр. серед зазначеної групи видатків переважали видатки на соціальний захист пенсіонерів – частка зазначеного виду видатків становила від 91,78% до 94,11%, зростання відбулося на 2,33 відсоткових пункти. Другим за значенням показником

⁵⁴ Соціальний захист та соціальне забезпечення // <http://www.minfin.gov.ua/news/bjudzhet/socialnij-zahist-ta-socialne-zabezpechennja>

у структурі видатків державного бюджету на соціальний захист і соціальне забезпечення є видатки на соціальний захист інших категорій населення, питома вага якого становить за різними роками в період 2011–2014 рр. від 2,99% до 9,54%. За цей період частка видатків державного бюджету на соціальний захист інших категорій населення зросла на 0,91 відсотковий пункт. Слід зазначити, що у складі видатків державного бюджету на соціальний захист видатки на соціальний захист пенсіонерів та інших категорій населення займає 97,21%, а усі інші видатки у групі соціального захисту – лише 2,79%⁵⁵.

У 2016 році⁵⁶ найбільшою статтею витрат є витрати на соціальне забезпечення. Найбільший обсяг витрат припадатиме на соціальний захист пенсіонерів, зросте на 64,08 млрд. грн., а темпи приросту – 79,3%. На 0,1 млрд. грн. зростуть витрати на соціальний захист ветеранів війни та праці. Темпи приросту цих витрат – 8,47%. На соціальний захист на випадок непрацевдатності буде витрачено на 0,08 млрд грн. більше. Темпи приросту при цьому становитимуть 6,96%.

Зростуть на 0,01 млрд грн. відповідно видатки на соціальний захист сім'ї, дітей та молоді. Темпи приросту – 33,33%.

Зменшаться на 0,02 млрд грн. видатки на соціальний захист безробітних. Темпи зменшення – 28,57%. На 0,3 млрд. грн. зменшиться обсяг фінансування допомоги у вирішенні житлового питання. Темпи падіння становитимуть – 17,14%.

Видатки на соціальний захист інших категорій населення зменшаться відповідно на 0,59 млрд. грн., а темпи падіння – 10,67%.

На 0,01 млрд грн. менше буде витрачено на фундаментальні та прикладні дослідження і розробки у сфері соціального захисту. Темпи падіння фінансування становитимуть – 50%.

Зазнає зменшення на 0,05 млрд. грн. фінансування інша діяльність у сфері соціального захисту. Темпи падіння – 14,71%.

Натомість постійно зростають видатки на субсидії населенню.

Верховна Рада затвердила внесений Урядом законопроект про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2016 рік» (щодо соціальних стандартів та обсягу субвенції на надання пільг та житлових субсидій). Цим Законом збільшено обсяг субвенції на надання пільг та житлових субсидій населенню на оплату житлово-комунальних послуг та прискорено підвищення соціальних стандартів. Таке рішення обумовлено попереднім рішенням уряду про встановлення ринкової ціни на газ та відповідно збільшення вартості енергетичних тарифів.

Згідно з ухваленим Законом розмір субвенції на надання пільг та житлових субсидій населенню на оплату житлово-комунальних послуг збільшиться на 5,3 млрд грн.

Окрім того, 1 грудня 2016 року підвищення соціальних стандартів становитиме 10% проти передбачених 7% у чинному Законі про Держбюджет-2016. Зокрема, відбудеться підвищення темпів зростання розмірів прожиткового мінімуму та мінімальної заробітної плати і таким чином мінімальна зарплатня зросте з 1378 гривень в січні 2016 року до 1600 гривень в грудні 2016 року.

Уряд наголошує на необхідності запровадження адресної системи соціальної підтримки. Досягнення стабільності державних фінансів потребує значного підвищення ефективності використання коштів соціальних видатків. Серед отримувачів усіх видів соціальної підтримки (допомога на дітей, малозабезпеченим особам, соціальні пільги, субсидії, допомога інвалідам та інші державні допомоги) лише 25 відсотків належать до реально бідного населення. Забезпечити реальну та дієву соціальну підтримку бідних громадян, ефективно використовуючи при цьому кошти платників податків, можна лише за рахунок впровадження адресної підтримки⁵⁷.

Поліпшити ситуацію у сфері соціального забезпечення планується шляхом покладання основної функції соціального забезпечення на місцеві бюджети у зв'язку з впроваджуваною децентралізацією.

⁵⁵ Сидор І. П. Бюджетне забезпечення соціального захисту населення: теоретичні аспекти і вітчизняна практика [Текст] / І. П. Сидор // Ефективна економіка. – 2015. – № 9. – С. 118–126.

⁵⁶ Бюджетний щоденник на 2016 рік // <http://rada.gov.ua/uploads/documents/36178.pdf>

⁵⁷ План пріоритетних дій Уряду на 2016 рік // http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KR160418.html

Як визначено у Методичних рекомендаціях щодо виконання власних (самоврядних) повноважень об'єднаної територіальної громади у сфері соціального захисту населення (затверджені наказом Міністерства соціальної політики України від 19.01.2016 р. № 26), до числа послуг із соціальної підтримки населення, що надаються відповідними структурними підрозділами районних державних адміністрацій, віднесено 44 види пільг та субсидій.

Можна констатувати, що загальний підхід до визначення суб'єктів і способів забезпечення соціального захисту не змінився. Тому невирішеними залишаються й такі основні проблеми з реалізацією вимоги щодо поступового піднесення системи соціального забезпечення на більш високий рівень:

– серед заходів соціального захисту переважають грошові трансферти населенню (соціальні та компенсаційні виплати). В Україні систему надання соціальних послуг намагаються використовувати не як інструмент реінтеграції осіб, які опинились в складних життєвих обставинах, а як інструмент боротьби з бідністю;

– система соціального захисту не зацікавлена у виведенні осіб зі складних життєвих обставин (реабілітація) чи в профілактиці (недопущення потрапляння соціальних груп в складні життєві обставини (профілактиці). Підтримка осіб, що потрапили в складні життєві обставини забезпечує фінансування установ, та значний обсяг матеріальної і фінансової допомоги, яка проходить через керівників закладів, управлінь та департаментів соціального захисту на місцевому рівні.

Висновки:

Дотепер в Україні не відбувається суттєвої зміни підходів до здійснення соціального захисту. Забезпечити реальну та дієву соціальну підтримку бідних громадян, ефективно використовуючи при цьому кошти платників податків, можна лише за рахунок впровадження адресної підтримки, а також перегляду категорій, яким надається така допомога. Лише таким чином можна забезпечити відшукання ресурсів для поступового піднесення системи соціального забезпечення на більш високий рівень та забезпечити реалізацію п. 3 ст. 12 Хартії.

Стаття 12 пункт 4

4. Вживати заходів шляхом укладання відповідних двосторонніх і багатосторонніх угод або в інший спосіб і відповідно до умов, визначених у таких угодах, для забезпечення:

a) рівності між їхніми власними громадянами та громадянами інших Сторін у тому, що стосується прав на соціальне забезпечення, включаючи збереження пільг, які надаються законодавством про соціальне забезпечення, незалежно від пересування захищених осіб по територіях держав Сторін;

b) надання, збереження та поновлення прав на соціальне забезпечення такими засобами, як сумарний залік періодів страхування або роботи, що були здійснені за законодавством кожної зі Сторін.

Україна, в цілому, забезпечує дотримання й реалізацію цього пункту статті 12 Хартії. Так, нині є чинним велике коло двосторонніх та багатосторонніх міжнародних договорів України з питань праці, зайнятості, соціального забезпечення та захисту дітей .

Призначення іноземцям пенсій в Україні провадиться після одержання посвідки на постійне проживання в Україні.

Слід зазначити, що право на матеріальне забезпечення на випадок безробіття та соціальні послуги згідно статті 6 Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» мають застраховані особи та молодь, яка закінчила або припинила навчання у загальноосвітніх, професійно-технічних і вищих навчальних закладах, звільнилася із строкової військової або альтернативної (невійськової) служби.

Іноземці, які мають посвідки на тимчасове проживання в Україні, мають право звернутися до центру зайнятості незалежно від місця проживання та/або перебування для безоплатного сприяння у працевлаштуванні та одержання інформації про ситуацію на ринку праці.

Іноземці та особи без громадянства також мають право на субсидію на оплату комунальних послуг згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2014 року №83 «Про посилення соціального захисту населення в умовах підвищення цін і тарифів на комунальні послуги».

Висновок:

Україна в теперішній час створила підґрунтя для забезпечення рівності між її власними громадянами та громадянами інших країн у тому, що стосується прав на соціальне забезпечення, включаючи збереження пільг, які надаються законодавством про соціальне забезпечення, врахування періодів страхування або роботи.

ВИКОНАННЯ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЗА СТАТТЕЮ 14 ХАРТІЇ⁵⁸ «Право на користування послугами соціальних служб»

Стаття 14 пункт 1

З метою забезпечення ефективного здійснення права на користування послугами соціальних служб Сторони зобов'язуються:

1. Сприяти функціонуванню служб або створювати служби, які завдяки використанню методів соціальної роботи, сприяли б підвищенню добробуту і розвитку як окремих осіб, так і груп осіб у суспільстві, а також їхній адаптації до соціального середовища;

У «Стратегії реформування системи надання соціальних послуг», яка була затверджена Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 8 серпня 2012 р. № 556-р, зазначено, що Концепція реформування системи соціальних послуг, реалізована не в повному обсязі внаслідок відсутності законодавчого регулювання питань, зокрема, щодо формування соціального замовлення, визначення потреб адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах, їхніх видах та обсягах, планування та надання соціальних послуг з урахуванням визначених потреб і запровадження стандартизації зазначених послуг. *Таким чином, з 2001 по 2012 роки система надання соціальних послуг практично не запрацювала.*

13 березня 2013 року Розпорядженням КМУ було затверджено «План заходів на 2013–2016 роки щодо реалізації Стратегії реформування системи надання соціальних послуг», дія якого закінчується в цьому році. Що цікаво, в проєкті «**Стратегії розвитку соціальних послуг до 2022 року**», планується:

- поглиблення адресності державної соціальної допомоги;
- перехід від бюджетного фінансування відповідних державних установ до програмного фінансування на конкурсних засадах громадських організацій, які надаватимуть такі послуги;
- передача органам місцевого самоврядування повноважень щодо планування, фінансування та організації надання соціальних послуг.

15 років реформування призвели до того, що основними напрямками реформи залишаються напрями, аналогічні тим, що були у 2001 році.

Одною з основних проблем системи надання соціальних послуг є непродумані фінансові механізми та протиріччя в нормативно-правових документах, в Законі України «Про соціальні послуги», в різних стратегічних документах та в підзаконних актах.

Наприклад, за всі роки реформ, *бюджетне фінансування здійснюється лише для закладів, а не для послуг.* Також слід зазначити неефективність «передових» форм фінансування соціальних послуг, таких як «соціальне замовлення» чи «гроші ходять за дитиною (клієнтом)». Неефективність соціального замовлення, наприклад, ілюструється кількістю бюджетних коштів, які виділялись на цей механізм.

Відповідно до звіту Кабінету Міністрів України у 2015 році у Запорізькій, Миколаївській та Хмельницькій областях здійснено закупівлю соціальних послуг на загальну суму понад 250 тис. грн.⁵⁹ При тому, що на фінансування діяльності НУО для вирішення соціальних проблем, тільки в Одесі, виділено **850 тис. грн.** Значні суми виділені і в інших містах. Обсяги державної підтримки громадських об'єднань у 2015 році: «Фінансова підтримка громадських організацій інвалідів та ветеранів» **71 134,1 тис. грн.;** «Фінансова підтримка громадських організацій фізкультурно-спортивного спряму-

⁵⁸ Підготовлено Костянтином Автуховим та Іриною Яковець.

⁵⁹ Звіт про хід і результати виконання програми діяльності Кабінету Міністрів України у 2015 році // kmu.gov.ua/document/248806557/ЗВІТ

вання» **31 845,7 тис. грн.**; «Здійснення заходів державної політики з питань молоді та державна підтримка молодіжних та дитячих громадських організацій» **12 777,0 тис. грн.**

«Гроші ходять за дитиною (клієнтом)» взагалі зводиться до додаткової субвенції на дітей, які потрапляють в прийомні родини і взагалі не пов'язано зі зменшенням фінансування інтернатних установ, з яких дітей вилучають. Нагромадження величезної кількості нормативно-правових актів, що різним чином регламентують надання соціальних послуг, витворює кілька «паралельних» систем соціальних послуг. Ці «паралельні» системи часто навіть не кореспондуються між собою. А важливою характеристикою реформування системи надання соціальних послуг є звітування не реформами, а формальними нормативно-правовими документами.

Наприклад, у «Звіті про хід і результати виконання програми діяльності КМУ у 2015 році», зазначено, що: **«Впроваджено реформу системи соціальних послуг».** Вся **«впроваджена реформа»** стосується великих об'ємів нормативно-правових документів, а саме: нової редакції Закону України «Про соціальні послуги» (реєстраційний номер 3143), 16 проектів державних стандартів соціальних послуг, з них 12 затверджено наказами Мінсоцполітики та «ефективного» соціального замовлення у Запорізькій, Миколаївській та Хмельницькій областях, де як зазначалось вище, здійснено закупівлю соціальних послуг на загальну суму понад 250 тис. гривень (у 2014 році соціальне замовлення проведено у Хмельницькій області на загальну суму 95 тис. гривень).

Окремою проблемою залишається стандартизація соціальних послуг. Відповідно до «Порядку розроблення державного стандарту соціальної послуги», стандарти застосовуються для: організації надання соціальних послуг; оцінки, моніторингу та контролю за якістю соціальної послуги; визначення тарифу платної соціальної послуги. Але фінансове використання стандартів соціальних послуг для визначення вартості соціальної послуги є проблемним питанням. Навіть з урахуванням «Методичних рекомендацій розрахунку вартості соціальної послуги», в яких термін «державний стандарт соціальної послуги» використовується лише один раз: *«продукти харчування, що закуповуються для організації харчування одержувачів, якщо це передбачено державними стандартами соціальних послуг».* Водночас, пункт 3 Методичних рекомендацій визначає, що розрахунки вартості соціальних послуг доцільно застосовувати при соціальному замовленні соціальних послуг.

Проблемою фінансового компонента стандарту також є те, що *вся система фінансування орієнтована на заклади та заходи.* Тож стандарти навряд чи допоможуть просуванню фінансових механізмів роздержавлення і деінституціоналізації.

Вирішення потребує й питання розвитку системи надання соціальних послуг в умовах децентралізації, до числа яких відносять такі:

- занадто складна система цільових груп та зобов'язань держави заважає місцевій владі визначати пріоритети фінансування в сфері соціальних послуг;
- відмова фінансування адміністраторів соціальних послуг з боку громад та фінансування лише соціальних працівників, які безпосередньо працюють з населенням.
- скорочення закладів та введення соціальних працівників до складу виконкомів⁶⁰.

Проблемним залишається і процес координування між реформами децентралізації та зусиллями Міністерства соціальної політики із впровадженням системи надання соціальних послуг. На думку Кабінету Міністрів України, забезпечення реальної адресності соціальної підтримки бідних верств населення, поліпшення якості послуг, що надаються громадянам у сфері соціального захисту, перенесення акцентів з надання матеріальної підтримки до залучення безробітних громадян на ринок праці, приведення витрат на соціальний захист населення у відповідність з фінансовими можливостями держави. *При цьому мова про максимальне роздержавлення соціальних послуг не ведеться.*

До числа цільових показників на 2016 рік включено:

- 1) Законодавчу уніфікацію алгоритму призначення адресної державної допомоги.

⁶⁰ Перспективи реформування соціальних послуг // <http://www.prostir.ua/?news=perspektyvy-reformuvannya-sotsialnyh-poslulh>

- 2) Запровадження нових програм для автоматизації процесів призначення допомог, пільг і субсидій.
- 3) Створення п'яти пілотних центрів надання соціальних послуг у форматі «Прозорий офіс».

Водночас до позитивних здобутків у 2014–2016 роках, за визначенням Кабінету Міністрів України, віднесено такі заходи щодо забезпечення адресності надання окремих видів соціальної підтримки населення:

– система житлових субсидій стала доступною та адресною. У результаті останніх коригувань Програма житлових субсидій зорієнтована на запровадження економного і раціонального споживання населенням енергоресурсів;

– з 1 липня 2015 р. запроваджено надання окремих пільг певним категоріям громадян з урахуванням доходу сім'ї під час надання пільг, що сприяло зменшенню навантаження на державний бюджет.

Як вбачається з наведеного, ні про удосконалення законодавства, ні про роздержавлення соціальних послуг та спрощення доступу до них Кабінет Міністрів не вказує.

До кінця року фактично планується здійснити лише обмежене коло кроків у сфері реформування соціальних послуг, жоден з яких не стосується запровадження названих форм удосконалення існуючого порядку.

Немає зазначених форм перетворень й у переліку перспективних кроків у цій сфері.

Не враховані у плані й проблеми, що викликатиме децентралізація та до подолання яких слід готуватися завчасно⁶¹:

1. Забезпечення відповідальності територіальних громад та міст обласного значення щодо надання соціальних послуг.

Не розуміння суті значної кількості соціальних послуг та неможливість їхнього розрахунку, призводить до радикальної «раціоналізації» бюджетного планування. Занадто складна система цільових груп та зобов'язань держави заважає місцевій владі визначати пріоритети фінансування в сфері соціальних послуг. Слід також врахувати, що відповідно до позиції Конституційного Суду України (*Рішення від 26 грудня 2011 року № 20-рп/2011*), передбачені законами соціально-економічні права не є абсолютними. Механізм реалізації цих прав може бути змінений державою, зокрема, через неможливість їхнього фінансового забезпечення.

2. Адміністрування соціальних послуг на місцевому рівні.

Відмова фінансування адміністраторів соціальних послуг з боку громад та фінансування лише соціальних працівників, які безпосередньо працюють з населенням. Скорочення структур та введення соціальних працівників до складу виконкомів без створення додаткових структур.

Це загрожує тим, що недержавні надавачі стають неконкурентноздатними, у зв'язку з необхідністю підтримувати інфраструктуру та адміністративний персонал.

3. Перехід від фінансування закладів до фінансування соціальних послуг.

Введення нових стандартів бухгалтерського обліку (розрахунок витрат на послугу) та впровадження механізмів визначення вартості соціальної послуги ще більше сприяють деінституціоналізації соціальної сфери на місцевому рівні. Відсутність адміністративних витрат зменшує вартість соціальної послуги.

4. Соціальні проблеми на рівні громади та визначення потреб в соціальних послугах.

Відсутність методики визначення пріоритетних проблем громад та наявність складної системи визначення потреб в соціальних послугах на рівні адміністративно-територіальної одиниці, не сприяє виділенню коштів на соціальні послуги, тому що значна кількість проблем більш зрозуміла та більш нагальна ніж складні та незрозумілі, для пересічного керівника ОТГ, соціальні послуги.

5. Соціальна сфера: медицина, освіта, соціальна допомога.

Різниця в фінансуванні медицини, освіти та соціальної допомоги та дефіцит бюджету, не сприяє визначенню соціальних послуг як пріоритетного напрямку в фінансуванні з боку громад. Крім того,

⁶¹ Проблеми розвитку системи надання соціальних послуг в умовах децентралізації // <http://bureau.in.ua/index.php/news/143-problemi-rozvitku-sistemi-nadannya-sotsialnikh-poslug-v-umovakh-detsentralizatsiji>

медичні та освітні субвенції розраховуються відповідно до кількості мешканців, соціальні послуги розраховуються по більш складній методиці, якщо використовувати дані при визначенні потреб та методи розрахунку вартості соціальних послуг.

6. Залучення додаткових коштів на фінансування соціальної сфери.

Відсутні навички та розуміння щодо використання різних механізмів фінансування вирішення соціальних проблем громади. Акцент робиться лише на фінансуванні з боку бюджету різних рівнів. Практика фандрейзинга не розвинена та використовується не системно.

7. Соціальне замовлення та ринок соціальних послуг.

Практично відсутні недержавні надавачі соціальних послуг. Крім того, керівництво району та ОТГ говорять про низьку активність НУО у сфері залучення додаткових коштів та підвищення професіоналізму в наданні соціальних послуг. Були приведені приклади фінансування лише громадсько-політичної активності НУО.

Крім того, було запропоновано, щоб в грантових програмах, які фінансуються з боку міжнародних організацій, приймали участь також соціальні заклади, які створені на рівні громад та районів.

8. Різниця в розумінні поняття «соціальна послуга».

При обговоренні пропозицій щодо реформування системи надання соціальних послуг, необхідно враховувати, як саме розуміє «соціальну послугу» зацікавлена сторона.

– **загальний принцип реформування системи фінансування соціальної сфери** від фінансування установ та закладів, до фінансування послуг. В цьому випадку мова йде про загальні процедури планування та фінансування;

– **технологія соціальної роботи** з цільовими групами, яка спрямована на забезпечення розгалуженого процесу взаємодії соціального робітника/ працівника/фахівця та клієнта. Забезпечує діяльністю значну кількість бюджетних установ та їхніх працівників та заплутує процедуру надання соціальних послуг та визначення конкретних показників (норми часу тощо). Ідеологічною основою цього розуміння є міжнародний досвід та міжнародні проекти. Дуже часто цей підхід не збігається з першим підходом та не координується з наявними підходами до бюджетного планування та фінансування. Взагалі це перешкоджає взаєморозумінню між Мінфіном та Мінсоцполітики. Важливою проблемою цього підходу є ускладнення структури стандарту соціальної послуги, заплутаність між різними послугами, які визначені нормативно-правовими документами. Наприклад, «соціальний супровід» як послуга, включає в себе консультування, яке теж є соціальною послугою. Крім того, багато експертів стверджують, що соціальний супровід – це не послуга, а принцип організації роботи з клієнтом (загальний алгоритм).

– **боротьба з бідністю** зводить соціальні послуги до простих заходів – нагодувати людину похилого віку, наколотися дрова, принести продукти тощо. Цей підхід спрощує питання визначення вартості соціальної послуги та рівнів оплати з боку клієнта. Цей підхід також є основним для місцевих органів самоврядування при визначенні питання фінансування соціальних послуг на рівні громади.

Дотепер невирішеними залишаються й *структурні проблеми надання соціальних послуг*. Ці проблеми пов'язані з неузгодженістю в діяльності самого Міністерства соціальної політики в сфері надання соціальних послуг та наявністю трьох умовних сфер соціальних послуг, відповідно до цільових груп: діти, сім'я, молодь; пенсіонери, ветерани; інваліди; інші соціальні групи, які фінансуються лише за рахунок місцевих бюджетів відповідно ст. 91 Бюджетного кодексу України (бездомні, звільнені з місць позбавлення волі, ВІЛ-інфіковані, групи, уразливі до ВІЛ тощо). Перші три «сфери» мають власну розгалужену систему установ та закладів «Центрів соціальних послуг для сім'ї, дітей та молоді» та «Територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг)», Центри реабілітації інвалідів, підприємства УТОС, УТОГ тощо. Мають «власні» Закони, які розроблялися під конкретні структури: Закони України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю», «Про соціальні послуги», «Про реабілітацію інвалідів в Україні». Соціальні послуги для четвертої групи надаються або лише за умови, що вони належать до будь-якої з зазначених груп, або за рахунок лише місцевих бюджетів, коштів неурядових організацій, а також за кошти міжнародних донорів. Кожен надавач, який працює в цих «різних сферах» надання соціальних послуг, намагається зберегти фінансування власних

установ та лобіює зміни до законодавства, які мають на меті забезпечити інтереси надавачів, а не отримувачів соціальних послуг.

Зазначені проблеми досить чітко проявляються при визначенні потреб в соціальних послугах на рівні адміністративно-територіальних громад. Забезпечення адресності як соціальної допомоги, у вигляді пілг та компенсацій, так і соціальних послуг, неможливо без чіткого планування та визначення потреб населення адміністративно-територіальних одиниць в соціальних послугах.

У вересні 2016 року Кабінет Міністрів України своєю постановою скоротив перелік платних соціальних послуг до 14 найменувань (раніше їх було 25).

Зі списку платних виключені – послуги з приготування їжі, організації дозвілля і супроводу, листування та інші.

Тепер згідно з урядовим рішенням, платними вважаються:

- всі види догляду, включаючи догляд на дому;
- **соціальна адаптація, реінтеграція та реабілітація;**
- **консультування;**
- представництво інтересів;
- посередництво;
- **супровід при працевлаштуванні;**
- кризове втручання;
- транспортні послуги;
- натуральна допомога, а саме: пошиття одягу, ремонт одягу, ремонт взуття, перукарські послуги, прання білизни та одягу, ремонтні роботи.

Коментуючи названі зміни, Кабінет Міністрів України посилається на те, що такий крок нібито сприятиме встановленню єдиних підходів з питань організації надання соціальних послуг. Однак фактична зміна змісту та видів платних послуг призвела до їхнього виключення з числа безкоштовних, тобто права громадян на їхнє отримання звужені.

Висновки:

Розроблення нових нормативно-правових документів лише спричиняє ще більші труднощі в сфері надання соціальних послуг. Відсутність координації між різними стратегічними нормативно-правовими документами, призводить до реформ на папері, з подальшим поглибленням соціальної кризи.

Пропонований план реформування системи надання соціальних послуг не відображає нагальних потреб та не включає у себе ефективних засобів їхнього вирішення.

Перш за все, визначення потреб спрямоване на забезпечення фінансових інтересів державних та муніципальних надавачів. Кожен соціальний заклад забезпечує «визначення потреб» власне «своїх» цільових груп: діти, сім'я, молодь; пенсіонери, ветерани; інваліди; інші соціальні групи, які фінансуються лише за рахунок місцевих бюджетів. При плануванні бюджетних коштів, які можливо виділити на соціальні послуги з місцевих бюджетів, послуги НУО не будуть враховані та профінансовані.

Необхідною є координація зусиль донорів та недержавних організацій з офісами реформ, які забезпечують процеси децентралізації та узгодження різних напрямів реформування соціального сектору як на національному, так і на місцевому рівнях.

Стаття 14 пункт 2

2. Заохочувати окремих осіб та добровільні або інші організації до участі у створенні та функціонуванні таких служб.

Як вбачається з офіційної інформації, Уряд зводить реалізацію цієї норми Хартії виключно до співпраці з волонтерськими організаціями. За його визначенням, відносини, пов'язані з провадженням волонтерської діяльності в Україні, регулює Закон України «Про волонтерську діяльність».

Ще у травні 2015 року Кабінет Міністрів України вніс зміни до Порядку здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів, якими нібито скасовані обмеження щодо надання соціальних послуг недержавними організаціями.

За даними Мінсоцполітики залишаються не вирішеними проблемні питання понад 500 тис. осіб. Для максимального задоволення потреб населення у соціальних послугах – відповідно до постанови Уряду «Про затвердження Порядку здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів» – до надання цих послуг почали залучатися недержавні організації. Однак раніше вони не могли отримати соціальне замовлення на ті соціальні послуги, що вже надаються закладами та установами комунальної форми власності.

Внесені зміни начебто знімають ці обмеження: якщо соціальна послуга надається установами чи закладами комунальної форми власності *не в повному обсязі, тобто не задовольняє потреби населення*, таку послугу можна буде замовити у недержавних організацій через проведення відповідних конкурсів⁶².

Таким чином, для залучення громадських організацій до процесу надання соціальних послуг необхідно, *по-перше*, забезпечити визнання державним суб'єктом власної неспроможності її реалізації, та, *по-друге*, знайти кошти в місцевому або іншому бюджеті на її надання. Оскільки основною перешкодою до надання низки соціальних послуг стає саме брак фінансування, то і залучення громадських організацій до їхньої реалізації залишається на низькому рівні.

Можливості доступу громадських організацій до надання соціальних послуг за рахунок бюджетних коштів обмежені. Вимоги Закону України «Про соціальні послуги», щодо надання соціальних послуг за рахунок бюджетних коштів ставлять громадські та благодійні організації у нерівні умови порівняно із державними та комунальними установами та штучно обмежують конкуренцію між ними. Для громадських і благодійних організацій законодавством передбачено конкурсні умови розподілу бюджетного фінансування для оплати їхніх соціальних послуг. Проте кваліфікаційні умови таких конкурсів часто є дискримінаційними (територіальний статус, місце і час реєстрації організацій тощо). Натомість для фінансування державних і комунальних установ соціального обслуговування передбачені позаконкурсні умови.

На відміну від державних і комунальних установ, громадські та благодійні організації також зобов'язані брати участь у конкурсах для визначення права оренди приміщень у державній та комунальній власності. Не передбачено для громадських організацій і державної підтримки, соціальних гарантій, професійної підготовки соціальних працівників та інших кадрів, які надають соціальні послуги (семінари, курси, сертифікація довгострокової волонтерської служби).

Оскільки бюджетне законодавство не передбачає обов'язкового планування коштів саме для надання ними соціальних послуг, органи виконавчої влади віддають перевагу утриманню бюджетних установ системи соціального захисту, які діють без урахування потреб населення у соціальних послугах.

Ситуація ускладнюється й тим, що у ході здійсненої бюджетної децентралізації, усі повноваження щодо утримання комунальних установ та закладів, що надають соціальні послуги, покладені на органи місцевого самоврядування і фінансуються з обласних бюджетів, бюджетів міст обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад. Таким чином, *надання соціальних послуг повністю децентралізовано*⁶³. При цьому можливості місцевих бюджетів не вивчено, так само як і не відбулося переорієнтування діяльності місцевих громадян на максимально тісну співпрацю з неурядовими організаціями.

За останніми наявними у відкритому доступі даними, у 2014 році «Міністерством соцполітики здійснюється робота по залученню до надання соціальних послуг громадських об'єднань, у тому числі

⁶² Мінсоцполітики: Зняті обмеження щодо надання соціальних послуг недержавними організаціями // <http://monitor.cn.ua/ua/politics/32477>

⁶³ Відбулося обговорення організації надання соціальних послуг в умовах децентралізації // http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/article;jsessionid=532C688F12090A443C34ABBD95094177.app1?art_id=187681&cat_id=34941

шляхом соціального замовлення соціальних послуг за бюджетні кошти. Більше 100 організацій отримали кошти з місцевого бюджету на надання соціальних послуг на суму близько 2 млн гривень. Кращими у цьому напрямі визнано роботу Хмельницької, Львівської та Запорізької областей»⁶⁴. Проте простий розрахунок показує, що у підсумку кожна з названих організацій отримала близько 20 тис. грн., що явно недостатньо для забезпечення надання соціальної послуги належної якості у межах регіону.

При цьому переважна більшість соціальних послуг, що надавалися такими організаціями, стосувалась реабілітації та супроводу ВІЛ-інфікованих громадян⁶⁵. Тобто тих категорій, які не охоплюються сферою впливу державних закладів соціального спрямування.

Водночас, слід зауважити, що перегляд переліку платних послуг унеможливить в подальшому оплачувати їхнє надання з місцевих бюджетів, оскільки нині соціальна адаптація, реінтеграція та реабілітація, а також консультування вимагають стягнення плати.

Висновки:

Стан залучення неурядових організацій до надання соціальних послуг за рахунок коштів Державного та місцевих бюджетів залишається на незадовільному рівні.

У широкому доступі відсутня інформація про потреби у послугах, що зводить нанівець конкуренцію між організаціями, місцеві органи влади гальмують у питаннях визначення потреб отримувачів, а також можливих обсягів фінансування.

Відсутня система підтримки, що може надаватися волонтерським організаціям, зокрема в частині податкових пільг.

⁶⁴ Хмельниччина одна з кращих по залученню громадських об'єднань до надання соціальних послуг // http://www.dcz.gov.ua/khm/control/uk/publish/article;jsessionid=43284DEC28042AAA6A283389A671A67C?art_id=279450&cat_id=1011883

⁶⁵ Конкурс з визначення виконавця соціального замовлення, що надає послугу соціального супроводу мешканцям міста Суми, які живуть з ВІЛ/СНІД, та членам їх сімей за рахунок коштів міського бюджету // <http://www.meria.sumy.ua/index.php?newsid=47638>

ВИКОНАННЯ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЗА СТАТТЕЮ 23 ХАРТІЇ⁶⁶ «Право осіб похилого віку на соціальний захист»

Стаття 23

З метою забезпечення ефективного здійснення права осіб похилого віку на соціальний захист Сторони зобов'язуються, самостійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями, вживати відповідних заходів або заохочувати відповідні заходи, зокрема, для:

– надання особам похилого віку можливості якомога довше залишатися повноцінними членами суспільства, шляхом:

а) забезпечення достатніх ресурсів, які дозволяли б їм жити на задовільному рівні і брати активну участь у суспільному, соціальному і культурному житті;

За даними Міжнародної організації економічної співпраці і розвитку, серед 30 країн з найбільшою кількістю людей, старших 60 років, в Україні найнижча середня пенсія. У звітному періоді рівень пенсійного забезпечення знижувався кожного року.

Станом на 2015 рік в Україні було нараховано близько 13 млн пенсіонерів.

В 2012 році майже 19% українських пенсіонерів перебували за межею бідності за даними Київського інституту соціології після опитування населення похилого віку

За даними Державної служби статистики України середній розмір пенсії в 2012 році становив 1252,4 грн., 2013 році – 1464,3 грн., в 2014 році – 1 521,6 грн., 2015 році – 1 573,5 грн., 2016 році – 1690 грн. Кількість пенсіонерів була 13 820 500 у 2012 році, 13 639 700 у 2014 році, 13 533 300 у 2014 році, 12 147 189 у 2015 році та 12 296 500 у 2016 році.

Збільшення пенсії не встигає за ростом інфляції та зростанням цін. За даними Державної служби статистики України індекс споживчих цін (індекс інфляції) у січні–листопаді 2014р. становив 121,2%, у січні–листопаді 2015 р 142,3%⁶⁷. Индексация пенсій на 2015 рік була проведена на рівні 12% і на 12% закладена в 2016 році. В 2015 році ціни зросли на 48,7%. Ліки подорожчали на 50%, хліб – на 55%, житлово-комунальні послуги – на 116%.

Після початку бойових дій у Луганській та Донецькій областях з'явилась проблема виплати пенсійних виплат на вказаній території. Як вказується у доповіді правозахисних організацій «Права людини в Україні 2015», брак результатів після підписання Мінських домовленостей унеможлиблює транш соціальних виплат. Станом на 1 травня 2015 року 1 млн 109 тис пенсіонерів з Донецької і Луганської областей отримують пенсії в повному обсязі. Водночас 333,9 тис пенсіонерів проживають на неконтрольованій Україною території і відповідно не отримують жодних коштів⁶⁸.

Участь пенсіонерів у суспільному, соціальному і культурному житті

Після виходу на пенсію люди похилого віку майже не мають можливості приймати участь в соціальному і культурному житті. Одна з головних причин цього недостатність пенсії для проживання, яка змушує їх шукати додаткові джерела доходу – неофіційну роботу або вирощування овочів та фруктів для харчування. Також держава не передбачає забезпечення заходів чи приміщень тощо, де пенсіонери можуть зустрічатися, організовувати клуби за інтересами. Деякі обласні відділення міністерства соціальної політики передбачають створення хорів, вокальних груп, але це нечаста практика.

⁶⁶ Підготовлено Айгуль Мукановою та Олексієм Сорочініним.

⁶⁷ Соціально-економічне становище України за січень–листопад 2015 року
http://www.ukrstat.gov.ua/druk/soc_ek/2015/publ_11_2015_u.html

⁶⁸ Доповідь правозахисних організацій «Права людини в Україні 2015»
<http://helsinki.org.ua/sotsialno-ekonomichni-prava-1/>

Соціально-побутова та психологічна адаптація пенсіонерів організована на низькому рівні, більш формально, без залучення кваліфікованих спеціалістів.

Заняття спортом для пенсіонерів занадто дорогі, оскільки коштують недешево навіть для працюючих груп населення. Безкоштовні програми чи пільги, які можуть робити їх доступними у цій сфері відсутні.

Можливість безкоштовного відпочинку пенсіонерів та оздоровлення у профілакторіях та санаторіях передбачена лише для інвалідів, учасників бойових дій, дітей війни. Але пенсіонери, представники вказаних груп, цим рідко користуються. Розподіл державних коштів на пільговий відпочинок відбувається здебільшого без урахування географічного розташування оздоровчо-рекреаційних об'єктів та місця проживання їхніх потенційних пацієнтів. Люди похилого віку не усі готові здійснити тривалий переїзд (навіть на 100–200 км). Це може бути пов'язане з їхнім станом здоров'я, часом просто небажанням поодинокі далеко від'їжджати від дому. Для одиноких пенсіонерів стає на заваді і проблема самостійно туди добратися, адже їхній супровід не завжди забезпечується із залученням відповідних фахівців, у тому числі і медиків.

Соціальних програм, які дають можливість пенсіонерам їздити в туристичні поїздки не існує: безкоштовний або дешевий проїзд на міжміському транспорті, проживання, безкоштовні екскурсії та інше. Тому у пенсіонерів майже немає можливості за свій рахунок виїжджати за межі місця, де вони проживають. З 1 січня 2016 року скасовані державні пільги пенсіонерам за віком на залізничний та автомобільний (громадський) транспорт. Забезпечення безоплатного проїзду в громадському транспорті для них відтепер залежатиме від рішення органів місцевого самоврядування.

Вистави, концерти та інші культурні заходи також недоступні для більшості пенсіонерів, внаслідок невеликого розміру пенсій та відсутності пільг щодо відвідування вказаних заходів.

Люди похилого віку обмежені у використанні інтернету, тому не отримують інформацію, не можуть комунікувати та обмінюватися інформацією. Причини: фінансова неспроможність придбання комп'ютерів, планшетів та телефонів, які підтримують інтернет, а також підключати та оплачувати інтернет зв'язок. Не існує програм щодо навчання пенсіонерів користуванню інтернетом. Оскільки більшість інформації, у тому числі про зміни законодавства, соціальні програми, діяльність недержавних організацій, в останні роки розповсюджується через інтернет, люди похилого віку залишаються без доступу до неї.

Стаття 23

– надання особам похилого віку можливості вільно обирати спосіб свого життя і незалежно жити у знайомому для них оточенні так довго, як вони забажають і зможуть, шляхом:

а) забезпечення житла, пристосованого до їхніх потреб і стану здоров'я, або шляхом надання належної допомоги для реконструкції їхнього житла;

Програм із забезпечення житлом, пристосованим до потреб і стану здоров'я пенсіонерів не існує, рівно як і допомоги для реконструкції житла. Пенсіонери залишаються на самоті з вказаними проблемами. Пенсіонери, у яких немає близьких родичів, що можуть їм допомагати, живуть в умовах відсутності належного опалення та водопостачання. Часто у багатоповерхових будинках не працюють ліфти, відключають до декількох місяці гарячу воду, іноді холодну. Для людей похилого віку, які зазвичай страждають захворюваннями, що заважають пересуванню, це стає великою проблемою.

Є категорія пенсіонерів, які взагалі залишаються без житла, державних програм задля забезпечення житлом не існує. Окремі відомчі програми надають пільги для забезпечення їх житлом, як наприклад «Концепція цільової Програми забезпечення працівників і пенсіонерів залізничного транспорту житлом до 2020 року» через будівництво житла за рахунок власних коштів залізниць (підприємств) Укрзалізниці або надання безпроцентної позики для індивідуального, кооперативного житлового будівництва. Але ресурси вказаних програм обмежені та не забезпечують потреби пенсіонерів цих відомств. <http://zalp.org.ua/content/view/507/155/lang,ukrainian/>

Стаття 23

b) забезпечення медичного обслуговування та послуг, яких вимагає їхній стан здоров'я;

Офіційно пенсіонери безкоштовно забезпечуються необхідною медичною допомогою, включаючи ліки. Але на практиці це включає лише огляд терапевтами та лікарями-спеціалістами, загальне обстеження, а також хірургічне втручання. Безкоштовне надання ліків передбачено за обмеженим переліком захворювань у спеціальних аптеках, лише для осіб, у яких розмір пенсії не перевищує мінімальний⁶⁹. На практиці цілої низки ліків, які зазначаються у переліку ліків не буває. Наполягати на забезпеченні необхідними препаратами та чекати на результати пошуку у випадку хвороби небезпечно, тому пенсіонери купують їх.

В геріатричних пансіонатах належна медична допомога відсутня. Забезпеченість лікарями вкрай недостатня, надають лише найпростіші медичні препарати, які знімають симптоми хвороб. Обстеження не проводяться. Такі установи не мають ліцензії на проведення медичних процедур, а лікарні не хочуть брати їхніх мешканців на стаціонарне лікування. Онкохворі у інтернатах для пенсіонерів не мають доступу до знеболення також через неможливість отримання ліцензії.

Особи похилого віку забезпечуються протезами верхніх та нижніх кінцівок і спеціальними засобами для самообслуговування та догляду, які є обов'язковими для застосування у разі забезпечення такими протезами.⁷⁰

Але слід відзначити великі черги, в яких необхідно відстояти для їхнього отримання, бюрократичні процедури, що ускладнюють процес та неналежна якість, оскільки обсяг фінансування дає можливість придбання лише дешевих протезів.

Що стосується допомоги на дому літнім людям, які не можуть обслуговувати себе самостійно, передбачена допомога соціальних працівників. Тим, які мають рідних, що повинні забезпечити їм догляд і допомогу, територіальний центр надає платні соціальні послуги. Однак дуже багато випадків, коли люди похилого віку даної групи мають рідних, які не можуть або не хочуть надавати їм допомогу і офіційно в них немає доступу до послуг соціальних працівників. В результаті люди похилого віку залишаються без допомоги і опиняються в складних для виживання умовах: не мають можливості купувати собі продукти, комунікувати з різними службами, а іноді навіть проводити гігієнічні процедури, прибирати житло і готувати собі їжу.

Стаття 23

– забезпечення особам похилого віку, які проживають у будинках для престарілих, гарантій надання належної допомоги із повагою до їхнього особистого життя і гарантій участі у прийнятті рішень, що стосуються умов життя у їхньому будинку для престарілих.

Станом на 01.01.2015 р. для людей похилого віку в Україні функціонувало 95 будинків-інтернатів (геріатричних пансіонатів), з них 67 будинків-інтернатів для людей похилого віку та інвалідів, в яких проживало майже 7,1 тис. осіб, а також 28 пансіонатів ветеранів війни та праці, в яких проживало майже 5,8 тис. осіб.

Геріатричні пансіонати фінансуються за рахунок бюджетних коштів. Відрахування з пенсії людей, які в них проживають, здійснюється в бюджет пансіонату 75%, а 25% пенсії віддається пенсіонерам.

⁶⁹ Постанова Кабінету міністрів від 17 серпня 1998 р. № 1303 Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань, , <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1303-98-%D0%BF>

⁷⁰ Постанова Кабінету міністрів від 5 квітня 2012 р. № 321 Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів, <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF/paran15#n15>

За висновками громадських організацій у вказаних закладах не забезпечується необхідний рівень життя та послуг. В більшості з них замість захисту, опіки та поваги, літні люди стикаються з байдужістю, образами, зловживанням їхнім майном або грошима, і навіть побиттям. Такими є дані моніторингу геріатричних закладів Національного превентивного механізму (НПМ). В закладах немає реабілітаційних заходів. Персонал не має профільної освіти, не є спеціалістами в геронтології і не проходять курси підвищення кваліфікації. У більшості це медсестри чи санітарки. Реабілітологів та психологів немає зовсім.

Відсутні належні гігієнічні умови. Зустрічаються заклади, де душ працює двічі на місяць, в інший час він зачинений на замок. Туалети неадаптовані, штукатурка осипається просто на голову. В одному з інтернатів були зафіксовані душові із старим піддоном, надщербленою плиткою і некомфортною температурою води, дірка в даху, мокро горище, вогкі стіни і завалена стеля, як наслідок дірявого даху. Ванна у інтернатах одна на всіх. Так журналісти описують один із будинків у Львівській області: «Пофарбовані в яскраво-салатовий і блакитний колір стіни коридорів з'єднують десяток кімнат, в яких по двоє-четверо живуть місцеві люди похилого віку. В середині – іржаві продавлені до самої підлоги ліжка, перевезені з будинків шафи і килими. На килимах – нечисленні особисті фотографії і календарі (чому-то все від Аграрної партії). На 20 чоловік дві вбиральні. Для тих, хто не може сам дістатися до туалетів, біля ліжок стоять обшарпані стільці з вирізаними сидіннями, під ними – пластмасові відра, деякі без кришок».⁷¹

Мали місце випадки побиття пенсіонерів. Так, у Пирятині інваліда в геронтологічному пансіонаті побили так, що довелося видаляти йому селезінку. І ще кілька днів тримали під замком, щоб зійшли синці і ніхто ні про що не дізнався.

У якості будинків престарілих також функціонують територіальні центри надання соціальних послуг, які створені на базі дільничних лікарень і фінансуються з районного бюджету. Перевагами стацвідділень називали меншу кількість мешканців, близькість до громади та можливість частіше зустрічатися з рідними. Утім, як показав моніторинг, і у стацвідділеннях людям доводиться виживати, а не жити. Районне фінансування виділяється лише на зарплатню та оплату комунальних послуг. Решта – за рахунок 75% пенсій підопічних, які передаються установі. За ці невеликі гроші співробітники повинні купувати миючі засоби і медикаменти, засоби гігієни та продукти для двадцяти осіб. Наприклад, аналіз фінансування Тетіївського СВТЦ, де мешкає 20 людей, показав, що на мешканців не виділено ані копійки, крім сплати комунальних послуг, тому харчування, ліки, одяг купують за рахунок пенсій. Електроенергію економлять: у кімнатах та коридорах темно (при цьому у кабінеті у завідувача горять чотири лампочки), помитися мешканцям можна раз на два тижні, душова – на замку, ключ у персонала. На жодному лежачому хворому не було підгузків, один із них лежав у мокрій постілі.

Адміністрації закладів у більшості випадків залишаються заручниками як різноманітних «немає грошей», «багато роботи, а персоналу не вистачає», так і загальної системи байдужого ставлення до людей, яких через поважний вік або інвалідність уже не сприймають як повноцінних членів громади, вважає Дарина Свиридова, монітор Національного превентивного механізму, юрист. Брак грошей – ось основний контраргумент співробітників будинку престарілих на зауваження моніторів. Раціон харчування не є достатнім для людей похилого віку. М'ясо та молочні продукти не забезпечуються.

Стан будівель, систем водопостачання та обігріву у територіальних центрах не є належним для гідного проживання. У деяких випадках адміністрація інтернатів просить допомоги у місцевого бізнесу та суспільства⁷². Відпочинок у будинках-інтернатах не організовується. Люди просто ходять з кімнати в кімнати чи лежать. Телевізорів у багатьох інтернатах немає, чи доступ до них обмежений, бібліотек немає, також немає пристосувань для активного відпочинку.

⁷¹ Поки грім не гримне: в яких умовах живуть мешканці будинків престарілих
<https://daily.rbc.ua/ukr/show/poka-grom-gryanet-kakih-usloviyah-zhivot-1465557789.html>

⁷² Виживати, доживати чи жити: Що відбувається у закладах для людей похилого віку в Україні,
<http://ua.112.ua/statji/vyzhyvaty-dozhyvaty-chy-zhyty-shcho-vidbuvaietsia-u-zakladakh-dlia-liudei-pokhyloho-viku-v-ukraini-315390.html>

Крім державних установ, функціонують також будинки для пенсіонерів, які фінансуються та куруються церквою. Також у цій сфері надають послуги приватні будинки престарілих. В одному з таких будинків у червні 2016 року внаслідок пожежі загинули 17 осіб, ще п'ятьох було госпіталізовано, двоє з них в тяжкому стані. Врятувати вдалося 18. Пожежа стала найкрупнішою з тих, що виникали в подібних закладах. За попередньою версією вона сталася через телевізор, який, можливо, забули вимкнути. Згідно з українськими законами, будинок для людей похилого віку повинен отримати висновки про відповідність протипожежним нормам, санітарно-епідеміологічні висновки. Крім того, за правилами, в приміщенні повинні бути встановити детектори диму і протипожежну безпеку. В законодавстві немає поняття «приватний будинок престарілих». Найчастіше під виглядом пансіонатів працюють ТОВ, які надають послуги тимчасового поселення. Підприємці отримують дозвіл на один або кілька видів діяльності, працюють як пансіонати, незважаючи на те, що не існує такого визначення як «приватний будинок престарілих»⁷³.

Такі пансіонати не можуть перевірити міністерство соціальної політики та інші установи. Найчастіше такі будинки для літніх людей не отримують медичну ліцензію, хоча при цьому надають своїм постояльцям в тому числі і послуги медичного характеру.

Висновки:

На сьогодні в Україні відсутня ефективна система пенсійного забезпечення пенсіонерів. Ситуація потребує її базового реформування. Існуюча система нарахування пенсій, з розрахунком великої інфляції, яка мала місце у звітний період, не дає змоги жити у гідних умовах та забезпечувати необхідні потреби. Програми доступу до медичної допомоги не фінансуються у повному обсязі та не передбачають доступу до більшості медичних послуг, тому пенсіонери, чий стан здоров'я та вік відокремлюють їх у особливу групу населення, яка потребує спеціальних ресурсів та збільшення їхнього об'єму, залишаються під ризиком страждання від хвороб та підвищеної смертності. Вказана проблема найбільш гостро постає у будинках-інтернатах, де утримуються люди похилого віку. Програм, які дозволяють брати пенсіонерам активну участь у суспільному, соціальному і культурному житті, на державному рівні майже не існує. Через відсутність власних ресурсів на вказані цілі люди похилого віку залишаються за межами повноцінного громадського життя.

⁷³ Будинок пристарілих замість кадрового агентства: під Києвом «плодяться» небезпечні пансіонати для людей похилого віку, <http://ukr.segodaya.ua/ukraine/dom-prestarelyh-vmesto-kadrovogo-agentstva-pod-kievom-plodyatsya-opasnye-pansionaty-dlya-starikov--719942.html>

ВИКОНАННЯ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ЗА СТАТТЕЮ 30 ХАРТІЇ⁷⁴ «Право на захист від бідності та соціального відчуження»

Стаття 30

З метою забезпечення ефективного здійснення права на захист від бідності та соціального відчуження Сторони зобов'язуються:

а) у рамках загального та узгодженого підходу вживати заходів для надання особам, що живуть або можуть опинитися в ситуації соціального відчуження або бідності, а також членам їхніх сімей, ефективного доступу, зокрема, до роботи, житла, професійної підготовки, освіти, культури і соціальної та медичної допомоги;

Вимірювання бідності та соціального відчуження

Підхід до боротьби з бідністю та соціальним відчуженням

Як встановило ООН, межа бідності – дохід менше 150 доларів на місяць на людину. За діючим курсом – майже 4 тис. гривень. Отже, більше 90% пенсіонерів і частина працюючих українців живуть за межею бідності.

За даними державної служби статистики⁷⁵ Розподіл населення за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів* складає

Розподіл населення (%) за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів у місяць, грн.	2012	2013	2014**	2015**
до 480,0	0,4	0,1	0,1	0,1
480,1–840,0	3,2	2,3	1,4	0,9
840,1–1200,0	12,6	9,1	7,9	4,8
1200,1–1560,0	23,8	21,2	19,2	11,3
1560,1–1920,0	21,2	21,9	23,1	18,2
1920,1–2280,03	14,5	16,6	16,5	17,6
2280,1–2640,0	9,3	10,5	11,7	15,9
2640,1–3000,0	5,6	6,8	7,8	11,4
3000,1–3360,0	3,1	4,3	4,6	6,7
3360,1–3720,0	2,1	2,0	2,5	4,4
понад 3720,0	4,2	5,2	5,2	8,7

* Починаючи з 2011 року при розрахунках середніх показників доходів на особу, а також диференціації населення (домогосподарств) за рівнем матеріального добробуту використовується шкала еквівалентності. Для забезпечення зіставності показників динамічних рядів був проведений перерахунок даних 2010 року з урахуванням шкали еквівалентності.

** Без урахування зони проведення антитерористичної операції.

⁷⁴ Підготовлено Айгуль Мукановою та Олексієм Сорочінім.

⁷⁵ <http://www.ukrstat.gov.ua/>

Прожитковий мінімум, встановлений державою на одну особу в розрахунку на місяць у розмірі в звітному періоді складав: з 1.01.2012 року – 1017 грн., 1.01.2013 – 1108 грн., 1.01.2014 – 1176 грн., 1.01.2015 – 1176 грн., 1.01.2016 – 1330 грн.⁷⁶ Вказаний мінімум є базовим для розрахунку пенсій та соціальних виплат.

Але подані цифри не відповідають реальним потребам та не враховують всі необхідні для виживання витрати. Наприклад, навіть за розрахунками Міністерства соціальної політики, фактичний розмір прожиткового мінімуму у цінах жовтня 2015 року у розрахунку на місяць на одну особу становив 2388 грн., вдвічі більше встановленого в 1176. На думку фахівців, норми, закладені в прожитковому мінімумі громадян України, суттєво нижчі за фізіологічні, а набір непродовольчих товарів взагалі не забезпечує багатьох потреб сучасної людини.

Величина прожиткового мінімуму не враховує низку життєво необхідних витрат: на будівництво чи купівлю житла або одержання його у найм, на освіту, оздоровлення, утримання дітей у дошкільних навчальних закладах, платні медичні послуги тощо. Не враховуються також зміни в складі споживчого кошика, у зв'язку зі змінами у сфері житлово-комунального господарства. Існує проблема відповідності набору та обсягу товарів мінімального споживчого кошика медичним стандартам. Показники Мінсоцполітики України про рівень бідності, розраховані в межах з 25,2% до 20% в звітний період не відображають реальний стан в країні, оскільки розрахунки здійснюються, виходячи із затвердженого розміру прожиткового мінімуму, або фактично, розрахованого Мінсоцполітики.

Але навіть за показниками Мінсоцполітики рівень бідності населення майже не змінився у 2014 та 2015 році, порівняно з 2013 роком, а це свідчить про те, що не відбувається ніяких зрушень у реформуванні системи соціального захисту в Україні, соціальні програми не дають очікуваних результатів. Це зумовлено недоліками у функціонуванні системи соціального захисту, які можна виокремити у такі основні блоки. Неефективність системи соціальних послуг, про яку вже згадувалося вище, визначається низьким рівнем адресності в наданні соціальної підтримки та допомоги, а нераціональність – розпорошенням виділених на сферу соціального захисту бюджетних коштів.

Згідно доповіді правозахисних організацій «Права людини в Україні 2015»⁷⁷ 2015 рік ще раз показав наявність суттєвих недоліків у цій сфері, які потребують вирішення. Серед яких можна виділити те, що до сьогодні не відбулося розділення правових норм на ті, що гарантують соціально-економічні права, та ті, що надають певні привілеї в зв'язку із зайняттям певної посади чи особливими заслугами. Останнє, в свою чергу, заважає ефективному здійсненню змін щодо всієї системи соціального забезпечення. Це особливо важливо в контексті підготовки змін до Конституції України, оскільки саме в ній може бути визначено цей поділ.

Загалом система соціального забезпечення залишилася занадто громіздкою із фінансово невиправданою системою пільг та соціальних виплат та із неефективно розгалуженою мережею державних закладів соціального захисту, що відповідає в більшій мірі традиціям радянської моделі, ніж європейським підходам. Також є проблема організації фінансування соціальної сфери, яка, зокрема, полягає у недостатності власних коштів місцевих бюджетів. Видатки на соціальні потреби не повинні бути видатками місцевого значення, оскільки місцеві органи не можуть впливати на рішення про їхнє надання чи ненадання. Нині, більше половини з видатків місцевих бюджетів спрямовується на виконання державних функцій. При цьому місцеві бюджети не отримують кошти, необхідні для утримання об'єктів соціальної інфраструктури.

За даними Міністерства соціальної політики, в цілому недофінансування соціальних виплат в державному бюджеті становить кілька десятків мільярдів гривень. Україна є рекордсменом за кількістю пільговиків і пільг – кожен третій українець користується ними. Загальновідомо, що в Україні за багато років створилася складна й розгалужена система пільг. Її регулюють 46 нормативно-правових актів, відповідно до яких держава має зобов'язання щодо надання 156 видів соціальних пільг, гарантій і ком-

⁷⁶ Розмір прожиткового мінімуму

http://cons.parus.ua/_dict_view.asp?rnх=.0G88f0e13bd83f4ec1022d96013b994565c1

⁷⁷ <http://helsinki.org.ua/publications/zvit-pro-diyalnist-spilky/>

пенсії 230 категоріям населення, що складає близько 43% населення⁷⁸. На початок 2014 року нараховувалось близько 18 млн, а на початок 2016 року 19 мільйонів 168 тисяч пільговиків. Але це, скоріше, лише право на їхнє користування, адже грошей в бюджеті на них ніколи не вистачало.

За дослідженням науковців, держава утримує громіздку мережу комунальних та державних закладів соціальних служб та соціального захисту, натомість реальне соціальне обслуговування населення залишається на низькому рівні. Непрозора законодавча база, присутність великої кількості неефективних соціальних пільг, недосконала система фінансування та бюрократія в органах соціального захисту. Крім того, держава фактично має монополне становище на ринку соціальних послуг.

На жаль, ступінь користування пільгами показує, що сучасна система пільг і компенсацій не виконує свого соціального завдання, яке полягає в забезпеченні підтримки соціально уразливих верств суспільства. Загалом лише 43% населення використовує своє право на ті чи інші пільги. З них 70% складають не бідні, а ті, хто належить до забезпеченіших верств суспільства⁷⁹.

Моніторинг Міністерства соціальної політики програм соціальної підтримки населення за 2014 рік⁸⁰ показав, що лише частина програм має вплив на зменшення рівня бідності. Моніторинг був проведений, серед іншого, стосовно наступних програм, які є основними у системі соціальної підтримки:

Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям. Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям була призначена 564 062 сім'ям, що на 24,4% перевищило кількість 2013 року (у 2013 році 453 376 сімей). Середній розмір сімей, яким призначена допомога, знизився і становив 3,6 осіб.

Середній розмір допомоги таким сім'ям зріс у порівнянні з попереднім роком на 220,11 грн. та склав 1922,4 грн., що відповідно більше ніж у 2013 році на 12,9% (у 2013 році 1702,29 грн.).

Державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям дозволила у 2014 році знизити рівень бідності серед цільового контингенту (учасників програми) більш, ніж вдвічі: з 40,5% до 19,2%. Лише 37,9% коштів, витрачених державою на цей вид підтримки, потрапляє до бідних, що є низьким значенням для програми, яка діє виключно на засадах адресності і передбачає обов'язкову перевірку доходів сімей-претендентів та вибірккову оцінку їхнього майнового стану. Орієнтованість на бідні верстви населення, допомога самотнім матерям, питома вага загальної суми допомоги, що потрапляє до бідного населення, становить 40,6%.

Допомога при народженні дитини. Рівень адресації коштів бідним становить 30,8%, що свідчить про недостатню націленість програми на бідне населення, адже допомога при народженні дитини виплачується без врахування рівня матеріального забезпечення отримувачів. Допомога по догляду за дитиною до досягнення нею 3-річного віку також показала те, що 35,6% загальної суми допомоги, виплаченої у 2014 році, потрапило до бідних домогосподарств. Цей показник є дещо вищим від значення по допомогам при народженні, оскільки певний сегмент учасників програми отримував максимальний розмір виплат по догляду на основі перевірки доходів.

Житлова субсидія. Разом з тим, в загальних доходах одержувачів частка субсидій склала лише 3,2%, що свідчить про низьку дієвість та несуттєвий вплив у 2014 році даного виду допомоги на формування бюджетів домогосподарств-реципієнтів.

Програма субсидій у 2014 році працювала здебільшого на небідне населення: лише 20,6% від загальної суми коштів надійшло до бідних домогосподарств. При цьому рівень охоплення бідного населення субсидіями становив лише 3,2%, отже ті, хто в найбільшій мірі потребував підтримки від держави, з різних причин не потрапили до програми.

⁷⁸ Соціальні пільги в Україні: аналітичний огляд
<http://ir.kneu.edu.ua:8080/bitstream/2010/5097/1/96-102.pdf>

⁷⁹ Реформування системи соціального захисту в Україні
<http://naub.ua.edu.ua/2015/reformuvannya-systemy-sotsialnoho-zahystu-v-ukrajini/>

⁸⁰ Моніторинг Міністерства соціальної політики програм соціальної підтримки населення за 2014 рік
http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/article?art_id=183242&cat_id=141688

Житлова субсидія у 2014 році мала незначний вплив на ситуацію з бідністю по країні в цілому: реалізація програми забезпечує зниження рівня відносної бідності на 0,1 відсоткові пункти (з 23,5% до 23,4%). Через низький рівень охоплення населення дана програма мало впливає на масштаби бідності по країні в цілому: якщо до отримання соціальної виплати рівень бідності теоретично становив би 23,9%, то в результаті виплат по програмі він знижується до 23,4%.

З 23.07.2014 набрала чинності постанова Уряду від 09.07.2014 № 242 «Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 31 березня 2003 р. № 426 і від 28 травня 2008 р. № 530», якою внесено зміни до Порядку надання пільг, компенсацій і гарантій працівникам бюджетних установ, військовослужбовцям, особам рядового та начальницького складу, затвердженого постановою Уряду від 31.03.2003 № 426. Зокрема встановлено, що пільги, компенсації і гарантії, на які згідно із законом мають право окремі категорії працівників бюджетних установ, військовослужбовці та особи рядового і начальницького складу щодо знижки плати за користування житлом (квартирної плати), плати за комунальні послуги, надаються за умови, якщо розмір середньомісячного сукупного доходу пільговика (або сім'ї пільговика в розрахунку на одну особу) за попередні шість місяців не перевищує величини доходу, що дає право на податкову соціальну пільгу. Отже, з 2007 року відповідними державними органами влади не забезпечено розроблення, узгодження та внесення в установленому порядку змін і зменшення норм КТМ 204 Україна 244-94 щодо витрат палива і теплової енергії на опалення, та, відповідно, тарифів з централізованого опалення в будинках без побудинкового обліку теплової енергії.

За звітом Рахункової палати за аудитом ефективності використання коштів субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на надання пільг та субсидій населенню на оплату житлово-комунальних послуг⁸¹, загальний обсяг зобов'язань місцевих бюджетів перед підприємствами – виконавцями житлово-комунальних послуг за 2014 рік становить 6895,3 млн грн., з них погашення кредиторської заборгованості, яка утворилася на початок року, в сумі 1031,67 млн грн. (у т.ч. прострочена – 369,3 млн грн.) та обсяги 8 нарахованих протягом року пільг, субсидій і компенсацій в сумі 5863,7 млн гривень. Фактично у 2014 році з державного бюджету перераховано 6179,49 млн грн. (у т.ч. шляхом проведення взаєморозрахунків (заліків) – 5591,3 млн гривень).

Таким чином, за відсутності фактичних зобов'язань за видатками місцевим бюджетам з державного бюджету не перераховано 1313,8 млн гривень. При цьому кредиторська заборгованість на кінець 2014 року становила 991,510 млн грн.

Застосування переважно механізму проведення взаєморозрахунків, в яких низка підприємств не може взяти участь за відсутності заборгованості підприємств за наданий природний газ, призвело до зменшення у 2014 році затвердженого обсягу субвенції на 1369,8 млн грн. та їхнього перерозподілу на користь інших трансфертів з державного бюджету місцевим бюджетам, невиконання у 2014 році розпису планових обсягів бюджетної програми КПКВК 3511150 за видатками на суму 1313,8 млн грн., за наявності кредиторської заборгованості у сумі 991,5 млн грн. (у т.ч. простроченої – 126,0 млн грн.) з відшкодування підприємствам – виконавцям житлово-комунальних послуг недоотриманих ними доходів. Зазначене негативно вплинуло на їхній фінансово-економічний стан¹¹, що не сприяє якості надання послуг населенню та потребує додаткових витрат у держбюджеті для погашення заборгованості в наступних періодах.

Всього за результатами проведеного аудиту за 2014 рік та I півріччя 2015 року встановлено факти неефективного управління коштами субвенції на суму 3444,9 тис. грн.

У цілому у 2014 році така соціальна допомога надана 4,4 млн пільговикам та понад 1,5 млн малозабезпеченим сім'ям на загальну суму 6,2 млрд грн., за 9 місяців 2015 року – понад 4 млн пільговикам та 3,2 млн малозабезпеченим сім'ям на суму 7,6 млрд гривень.

Урядом та Мінсоцполітики вжито також заходи і прийнято низку рішень, спрямованих на спро-

⁸¹ Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на надання пільг та субсидій населенню на оплату житлово-комунальних послуг. Рахункова палата. http://www.ac-rada.gov.ua/doccatalog/document/16747733/zvit_9-3.pdf?subportal=main

щення процедур та підвищення соціальної справедливості при призначенні населенню пільг і субсидій з оплати таких послуг.

Водночас у 2014 році бюджетна програма за цим напрямом не профінансована і не виконана на суму 1,3 млрд грн., при тому, що станом на 01.01.2015 кредиторська заборгованість з відшкодування відповідним підприємствам недоотриманих ними доходів за надані громадянам обсяги послуг з пільг і субсидій становила 1 млрд грн. (у тому числі прострочена – 126,0 млн гривень).

Порівняно з 2015 роком, в 2016 році кількість сімей, що звернулися за компенсацією витрат на оплату житлово-комунальних послуг, збільшилась у 3,3 рази.

Для того, щоб забезпечити субсидіями таку кількість населення, в Державному бюджеті на 2016 рік передбачено 43 млрд грн. Для порівняння, торік держава витратила на ці потреби лише 24 млрд грн.

Пільги на транспортне перевезення забезпечуються за рахунок бюджету лише у громадському транспорті, переважно комунальної власності. Але більшість перевезень на автобусних маршрутах загального користування проводиться приватними перевізниками в режимі маршрутного таксі, не отримують відшкодування з бюджету за пільгове перевезення.

Приватні перевізники добровільно взяли на себе зобов'язання здійснювати такі перевезення за рахунок власної господарської діяльності.

Також показова ситуація щодо забезпечення спецавтотранспортом осіб з інвалідністю в 2013 році. На обліку на початок 2013 року перебувало 78 тисяч 492 осіб. Серед них: 6224 – мають право на першочергове забезпечення, 9433 – на позачергове та 62 тисячі 835 – на забезпечення в порядку загальної черги. Для повного забезпечення інвалідів спецавтотранспортом необхідно понад 5,1 млрд грн. Держбюджетом на 2013 рік було передбачено 30,2 млн грн., що становить 0,6% від потреби. У березні 2013 року Фондом соціального захисту інвалідів укладено договори на закупівлю 505 автомобілів на загальну суму 30,2 млн гривень, з яких 33 автомобілі станом на 1 липня поточного року надійшли до інвалідів.

Стаття 30

b) переглядати ці заходи з метою їхнього коригування у разі необхідності.

Визнаючи неефективність існуючої системи пільг, Уряд, за інформацією Міністерства соціальної політики, планує її реформування за трьома напрямками: скорочення неефективних пільг, які були у чинному законодавстві, але ніколи не працювали, адресність надання пільг та посилення соціальної справедливості при наданні пільг.⁸²

У напрямку адресності серед іншого передбачається монетизація пільг через перерахування людям вартості пільги безпосередньо на рахунки, задля використання їх на свій розсуд. В країні 19 мільйонів 168 тисяч пільговиків. У випадку монетизації пільг є великий сумнів, чи зможе бюджет витримати таке навантаження.

Слід відзначити відсутність належного інформування населення про зміни у пільговій системі. Так 28 жовтня 2015 року Кабінет Міністрів вніс зміни до постанови № 409 «Про встановлення державних соціальних стандартів у сфері житлово-комунального обслуговування» (далі – Постанова), які набули чинності 3 листопада і якими були суттєво знижені пільгові норми споживання електроенергії та газу для потреб опалення. У цей же день уряд вніс зміни до ще кількох нормативних документів, що стосувалися надання субсидій, встановлення тарифів на житлово-комунальні послуги тощо. Тому в інформаційному повідомленні урядової прес-служби від 28 жовтня в першу чергу наголошується на тому, що Кабміном встановлена соціальна норма споживання газу за ціною 3,60 грн. в розмірі 1200 кубометрів на весь опалювальний сезон. І лише в самому кінці повідомлення йдеться про встановлення

⁸² Мінсоцполітики: Реформування системи пільг в Україні відбувається за трьома напрямками
http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_id=248114942

коригуючих коефіцієнтів для розрахунку витрат газу, електричної та теплової енергії на потреби опалення залежно від кількості поверхів будинків. Відтак, остання новина не була належним чином поширена в інформаційному просторі. В енергокомпаніях про ці зміни добре знали, але теж особливо не афішували. Листопад та грудень були порівняно теплими, тому більшість українців споживали відносно невеликі обсяги газу чи електрики для опалення своїх осель. Однак у січні розпочалися морози, обсяги їхнього споживання зросли та перевищили пільгові норми, передбачені Постановою.

Висновки:

Існуюча система подолання бідності та соціального відчуження виглядає вкрай неефективною. Відсутня прозора та адекватна система пільг, як і система контролю та відстеження фактичного надання пільг. Існуючій реєстр осіб, які отримують пільги, ведеться неналежним чином та не містить повної інформації. Також слід відмітити відсутність забезпечення бюджетними коштами запропонованих населенню пільг та вкрай бюрократизовану систему їхнього отримання. Вказана система потребує реформування та перегляду, з попереднім моніторингом та ретельним аналізом запланованих змін та можливих ризиків, з розробкою чітких, послідовних та конкретних механізмів реалізації внесених змін. Необхідне практичне забезпечення державою повного обсягу взятих на себе зобов'язань та уникнення в подальшому прийняття нових зобов'язань, які не можуть бути виконані вчасно та у повному обсязі. Дуже важливо першочергово виділити найбільш бідні групи населення, такі як особи з інвалідністю, пенсіонери, діти-сироти, багатодітні родини та зробити пріоритетним забезпечення практичної підтримки вказаним групам. Важливо зробити більш простою, доступною та максимально прозорою процедуру надання пільг.