

**Сприяння реформі соціальних послуг в Україні
Facilitating Reform of Social Services in Ukraine**

**СПРИЯННЯ РЕФОРМИ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ
В УКРАЇНІ**

Контракт № CNTR 03 5289

**Демографія, соціальна статистика, тенденції
фінансування
Серія довідкових статей
"Передумови майбутніх соціальних потреб і попиту на
соціальні послуги"**

Стаття 3

**Аналіз соціального обслуговування в установах
інтернатного типу в Україні, прогноз чисельності й
складу контингенту таких установ до 2050 р., прогнози
фінансових наслідків його динаміки до 2015 р.**

Субота 13 січня 2007 р.

Birks Sinclair & Associates Ltd.
Gatehouse Suite
Palatine House
Belmont Business Park
Durham, DH1 1TW
United Kingdom
Тел.: 00 44 191 386 4484
Факс: 00 44 191 384 8013
E-mail: Office@Birks-Sinclair.com

Харківське представництво
Пл. Свободи 5, Держпром, 3-й під'їзд,
6-й поверх, к. 192, м. Харків, 61022
Тел. 38 (057) 752-30-44
e-mail: bsal@inbox.ru

Київське представництво
Вул. Ярославів Вал, 28, кв. 13,
м. Київ, 01034
Тел./факс: 38 (044) 235-48-84
e-mail: lesya_r@i.com.ua

Хмельницьке представництво
Львівське шосе, 10/1, 2-й поверх,
м. Хмельницький, 29001
Тел/факс. 38 (0382) 72-54-44
e-mail: bsa_khm@svitonline.com

Подяки

Аналіз підготовлено з метою сприяння розробці концепції реформи соціальних послуг та сприяння реалізації Закону України "Про соціальні послуги". Робота покликана слугувати довідковим джерелом учасникам процесу планування й розробки державної соціальної політики в Україні і відправною точкою в дискусії відповідного кола питань. Виконавцем дослідження й автором підсумкової статті є дослідний колектив під керівництвом Лорі Джошуа. Роботу проведено в межах виконання проекту DFID "Сприяння реформі соціальних послуг в Україні". У підготовці дослідження взяли участь фахівці різного профілю: Е.М. Лібанова, Н.С. Власенко, М.В. Голубчиков, Л.М. Стельмах, І.В. Калачова, І.І. Самченко, В.О. Павлюченко, О.В. Макарова, Г.В. Герсименко, Л.М. Черенко, О.В. Позняк, П.Е. Шевчук, С.В. Ничипоренко, С.А. Понякіна, Л.О. Григор'єва, Е.В. Кожемякіна, яким виконавець висловлює вдячність за індивідуальний та колективний внесок, консультації та допомогу.

Проект також вдячний співробітникам Державного комітету статистики України, Міністерства фінансів України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства освіти та науки України, Міністерства охорони здоров'я України за активне сприяння у зборі даних.

Відповідальними за зміст статті є керівник Проекту Стейс Біркс та автори.

СКОРОЧЕННЯ

ВВП	валовий внутрішній продукт
ГДС	група діалогу та сприяння
Генпрокуратура	Генеральна прокуратура України
дол. США	доларів США
ЄС	Європейський Союз
ІЕД	Інститут економічних досліджень та політичних консультацій
ЗН	загальна народжуваність
ЗСП	Закон України "Про соціальні послуги"
ЗЧПШ	загальна частота перших шлюбів
ЗЧР	загальна частота розлучень
Кабмін	Кабінет міністрів України
МВС	Міністерство внутрішніх справ України
Міносвіти	Міністерство освіти та науки України
Мінохорони здоров'я	Міністерство охорони здоров'я України
Мінпраці	Міністерство праці та соціальної політики України
Мінсім'ї	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту України
Мінфін	Міністерство фінансів України
Мін'юст	Міністерство юстиції України
МСЕК	медико-соціальна експертна комісія
НДО	недержавна організація
НДР	Німецька демократична республіка
Проект	проект DFID "Сприяння реформі соціальних послуг в Україні"
ПСЦ	показник споживчих цін
РС	Рада Європи
СВПД	середній вік при народженні першої дитини
СВПО	середній вік при першому одруженні
СНД	Співдружність незалежних держав
СРСР	Союз Радянських Соціалістичних Республік
Уряд	Уряд України
DFID	міністерство у справах міжнародного розвитку Великої Британії

Довідкова стаття 3. Аналіз соціального обслуговування в установах інтернатного типу в Україні, прогноз чисельності й складу контингенту таких установ до 2050 р., прогнози фінансових наслідків його динаміки до 2015 р.

Довідкова стаття 3 продовжує серію статей, до якої увійшли:

Підсумковий звіт

Довідкова стаття 1. Демографія, соціальна статистика та планування соціальної політики й соціальних послуг.

Розділ 1. Демографія, соціальна статистика та планування соціальних послуг: формування вектору реформ у 21 столітті

Розділ 2. Сприяння та прискорення розробки державної політики в Україні в перехідний період: група діалогу та сприяння

Довідкова стаття 2. Демографічні перетворення 90-х років, аналіз демографічних тенденцій в Україні та головні демографічні прогнози до 2050 р.

Розділ 1. Соціальна, політична та економічна трансформація в умовах перехідного періоду: демографічні та соціальні аспекти

Розділ 2. Демографічні тенденції в Україні

Розділ 3. Демографічний прогноз до 2050 р.

Довідкова стаття 3. Аналіз соціального обслуговування в установах інтернатного типу в Україні, прогноз чисельності й складу контингенту таких установ до 2050 р., прогнози фінансових наслідків його динаміки до 2015 р.

Розділ 1. Тенденції структури й складу клієнтів соціальних установ інтернатного типу

Розділ 2. Аналіз соціальної статистики та прогноз фізичної та розумової інвалідності

Розділ 3. Аналіз державного та приватного фінансування соціальних установ інтернатного типу: рр. 2004-2015

Довідкова стаття 4. Додатки та література

1. Прогноз частки зареєстрованих шлюбів серед чоловіків 18-19 р.
 2. Прогноз частки зареєстрованих шлюбів серед чоловіків 20-24 р.
 3. Прогноз частки зареєстрованих шлюбів серед чоловіків 25-29 р.
 4. Прогноз частки зареєстрованих шлюбів серед чоловіків 30-34 р.
 5. Прогноз частки зареєстрованих шлюбів серед чоловіків 35-39 р.
 6. Прогноз частки зареєстрованих шлюбів серед жінок молодше 18 р.
 7. Прогноз частки зареєстрованих шлюбів серед жінок 18-19 р.
 8. Прогноз частки зареєстрованих шлюбів серед жінок 20-24 р.
 9. Прогноз частки зареєстрованих шлюбів серед жінок 25-29 р.
 10. Прогноз частки зареєстрованих шлюбів серед жінок 30-34 р.
 11. Прогноз часток шлюбів та розлучень в Україні
 12. Прогноз часток шлюбів та розлучень у Харківській області
 13. Прогноз часток шлюбів та розлучень у Хмельницькій області
 14. Макроекономічне прогнозування: методи прогнозування сценаріїв
- Література

ЗМІСТ ДОВІДКОВОЇ СТАТТІ 3

<u>Частина I. Демографія, соціальна статистика та тенденції фінансування. Огляд змісту довідкових статей, присвячених аналізу передумов майбутніх соціальних потреб та попиту на соціальні послуги</u>	7
Вступ	7
Структура, зміст, предмет аналізу	8
Методи	9
Подальші кроки: ознайомлення учасників соціальної сфери з результатами досліджень	9
Подальші кроки: розробка державної політики	10
Відправна точка у розробці державної політики	11
<u>Частина II. Довідкова стаття 3. Аналіз соціального обслуговування в установах інтернатного типу в Україні, прогноз чисельності й складу контингенту таких установ до 2050 р., прогнози фінансових наслідків його динаміки до 2015 р.</u>	13
<i>Розділ 1. Тенденції структури й складу клієнтів соціальних установ інтернатного типу</i>	13
Огляд	13
Структура та підпорядкування соціальних установ інтернатного типу	14
Соціальні установи інтернатного типу та зміни у структурі дорослого контингенту	16
Соціальні установи інтернатного типу та зміни у структурі дитячого контингенту	17
Тенденції й динаміка кількості клієнтів інтернатних установ: прогноз до 2050 р.	19
<i>Розділ 2. Аналіз соціальної статистики та прогноз фізичної та розумової інвалідності</i>	24
Огляд	24
Тенденції та динаміка інвалідності: первинні фактори та їх вплив	25
Дорослі та інвалідність	27
Причина та структура інвалідності	29
Дитяча інвалідність	32
Інвалідність внаслідок трудового каліцтва та профзахворювань	36
Прогноз чисельності інвалідів в Україні, Харківській та Хмельницькій областях	39
Аналіз статистики зареєстрованих випадків розумових захворювань в Україні за період 1989-2004 рр.	41
Характеристики поширення розумових захворювань та склад психіатричних закладів в Україні	49
Аналіз статистики зареєстрованих випадків розумових захворювань серед населення Харківської та Хмельницької областей за період 1989-2004	53
<i>Розділ 3. Аналіз державного та приватного фінансування соціальних установ інтернатного типу: рр. 2004-2015</i>	56
Огляд	56

Структура та фінансування соціальних установ інтернатного типу	56
Фінансування інтернатних установ системи Міністерства праці та соціальної політики України	59
Фінансування інтернатних установ системи охорони здоров'я	61
Фінансування інтернатних установ, підпорядкованих Міністерству освіти та науки України	62
Прогнозна оцінка (демографічна та економічна) майбутніх фінансових потреб інтернатних закладів в Україні	65
Макроекономічний прогноз на період до 2015 р.	66
Прогноз потреб у соціальних послугах до 2015 р. на основі демографічного прогнозу	67
Прогнозна оцінка загальних "приватних" видатків пенсійного фонду на фінансування інтернатних установ для осіб похилого віку	69
Прогнозна оцінка кількості осіб на утриманні мережі інтернатних закладів та відповідних потреб у державних видатках: варіанти 1 і 2	70
Економічна структура видатків на соціальні послуги	76

Частина I. Демографія, соціальна статистика та тенденції фінансування. Огляд змісту довідкових статей, присвячених аналізу передумов майбутніх соціальних потреб та попиту на соціальні послуги

Вступ

Україна переживає кардинальні демографічні та соціальні зміни, що мають істотні наслідки для реформи соціальних послуг, реалізації нового законодавства у цій сфері та способу організації й надання послуг таким соціальним групам, як діти та сім'ї, особи з фізичною й розумовою інвалідністю, літні особи.

Вже зараз ті зміни вимагають пильної уваги та оперативної реакції створювачів українського державного соціального курсу.

Зважаючи на ці проблеми (детальніше їх змальовано у відповідних роботах серії довідкових статей) та все нагальнішу потребу в адекватних заходах, проведено комплексний аналіз складу населення, даних соціальної статистики і тенденцій фінансування соціальних послуг в Україні.

Мета дослідження і підготовленої за його підсумками серії довідкових статей –

- забезпечити урядовців даними демосоціальної статистики у прив'язанні (в першому наближенні) до фінансування соціальних послуг, тобто фундаментом для подальшої роботи над реформою державної соціальної політики;
- створити відкритий широкому загалу масив знань (твердого фактажу) – основи для інформованого діалогу між владою та громадянами в питаннях напрямів розвитку соціальних послуг.

Серію довідкових статей підготовлено колективом українських та закордонних консультантів в межах виконання проекту DFID "Сприяння реформі соціальних послуг в Україні" ("Проект"). Статті:

- формують основу для визначення завдань та пріоритетів державної соціальної політики і розробки стратегій реформи соціальних послуг в руслі поставлених Урядом України ("Уряд") загальних завдань подолання бідності й децентралізації соціального обслуговування;
- сприяють визначенню засад фінансування, необхідних для нормальної діяльності соціальних послуг в громаді, визначенню нових підходів до фінансового планування, управління й контролю.

Перш, ніж складати рекомендації щодо напрямів реформи соціальної політики, необхідно проаналізувати дані демографічної та соціальної статистики. Будь-які пропозиції в цьому напрямку будуть безпідставними, якщо вони не спиратимуться на ґрунтовне знання й аналіз:

- попередніх тенденцій;
- теперішньої ситуації;
- досвіду інших країн з подібними соціальними, політичними, економічними умовами;
- прогнозів, що дозволяють обґрунтовано оцінювати сценарії подальшого розвитку.

Наступним кроком, у реалізації якого бере участь Проект у 2007 р., є складання на основі того знання переліку конкретних рекомендацій.

З цією метою в межах Проекту створено групу діалогу та сприяння (ГДС). Детально процес адаптації в Україні європейських принципів розробки державної політики, основа якого полягає в організованих спільно з Урядом дискусіях напрямів розвитку державної політики широкими колами учасників соціальної сфери, описано у другому розділі першої статті серії.

Завдання ГДС в цьому процесі – стимулювати й заохочувати такий діалог між представниками державної та місцевої влади й рештою учасників соціальної сфери, який би вів до появи практико-орієнтованих, реалістичних, обґрунтованих, узгоджених усіма учасниками дискусій підходів.

Хотілося б підкреслити, що рекомендації Проекту (як і інших дослідників) на основі даних демосоціальної статистики не обмежуються цим звітом, а їхнє призначення й застосування не обмежується суто демографічною площиною. Навпаки, висновки з аналізу демографічних даних активно впливають на весь спектр напрацювань Проекту та інші процеси, пов'язані з розробкою державної політики в Україні. Адже демографічні дані, як і фінансові реалії, є наріжним каменем, фундаментом, на якому будуються усі міркування щодо розвитку соціальних послуг в Україні.

Структура, зміст, предмет аналізу

Результати аналізу оформлено у вигляді трьох довідкових статей. Вихідні статистичні дані подано в додатках у четвертій статті серії.

Довідкова стаття 1. Демографія, соціальна статистика та планування соціальної політики й соціальних послуг

У **першому розділі** взаємозв'язок між демографією, соціальною статистикою та плануванням соціальних послуг розглянуто в аспекті формування вектору реформ у 21 столітті. Показано: роль популяційної та соціальної статистики як важливого інструменту розробки державної політики, вдосконалення стратегії демографічного розвитку України та Закону України "Про соціальні послуги". Запропоновано матрицю сфер застосування та перелік вимог до демографічної й соціальної статистики в аспекті соціальних послуг. Розглянуто принципи збору й типи даних, необхідних для проведення реформи. Показано загальний зв'язок між демографією та реформою соціальних послуг.

У **розділі 2** викладено принципи роботи групи діалогу та сприяння – основного органу Проекту, через який відбувається його участь у процесах розробки державної політики.

Довідкова стаття 2. Демографічні перетворення 90-х років, аналіз демографічних тенденцій в Україні та головні демографічні прогнози до 2050 р.

У **розділі 1** розглянуто деякі демографічні та соціальні наслідки перехідних процесів в економіці країн Центральної та Східної Європи з 1990 по 2000 роки.

У **розділі 2** проаналізовано демографічні тенденції в Україні, зокрема, тенденції кількості осіб старшого (50-64 роки) та похилого віку (65 років і старше). Розглянуто вікову структуру населення та чинники його природного зростання: народжуваність та смертність. Проілюстровано тенденції з 1989 до 2005 рр. й особливості динаміки цих показників у Харківській і Хмельницькій областях¹.

У **розділі 3** подано демографічний прогноз до 2050: прогноз народжуваності, смертності, міграції, кількості шлюбів і розлучень тощо. Розглянуто наслідки прогнозованого розвитку подій для соціальних установ інтернатного типу, на які припадає основна частка державних видатків на соціальні послуги. Окремі прогнози подано для Харківської й Хмельницької областей – пілотних регіонів Проекту.

Довідкова стаття 3 (ця робота). Аналіз соціального обслуговування в установах інтернатного типу в Україні, прогноз чисельності й складу контингенту таких установ до 2050 р., прогнози фінансових наслідків його динаміки до 2015 р.

¹ Вибір Харківської та Хмельницької областей для аналізу демографічної ситуації та демографічних тенденцій в Україні зумовлений двома обставинами: (i) ці області беруть участь у діяльності Проекту як модель реалізації реформи соціальних послуг на місцевому рівні; (ii) необхідністю проілюструвати конкретне стратегічне та практичне значення застосування демосоціальної статистики як інструменту розвитку соціальних послуг на місцевому рівні.

Розділ 1. Структура контингенту клієнтів в установах інтернатного типу в Україні, Харківській і Хмельницькій областях. Показано зміни кількості й складу осіб, що поступають до інтернатних установ, та очікувані зміни їхньої кількості до 2050 р.

Прогноз спирається на припущення про незмінність принципів напрямів поточної соціальної політики і демонструє тенденції попиту на соціальні послуги в майбутньому за умови збереження засад діючого курсу.

Розділ 2 присвячено питанням фізичної та розумової інвалідності в Україні: загальній захворюваності, дитячій інвалідності, інвалідності через виробничі травми та профзахворювання. Подано прогноз тенденцій кількості інвалідів в Україні та у Харківській і Хмельницькій областях до 2050 р., проаналізовано статистику кількості й поширення розумових захворювань, а також динаміку і структурні зміни в поширенні розумових хвороб і поведінкових розладів в Україні в період з 1989 до 2004 рр.

У **розділі 3** накреслено тенденції фінансування, розглянуто два сценарії фінансових прогнозів до 2015 р. для соціальних установ інтернатного типу, законодавчо та регуляторно підпорядкованих Міністерству праці та соціальної політики (Мінпраці), Міністерству освіти та науки (Міносвіти) та Міністерству охорони здоров'я (Мінохорони здоров'я)².

Довідкова стаття 4. Додатки.

Містить додаткові прогнози у вигляді таблиць та виклад вихідних припущень при побудові макроекономічних прогнозів у першій, другій і третій довідкових статтях.

Методи

Основу довідкових статей складає кількісний та якісний аналіз. Зокрема, застосовано методи демографічного та економічного прогнозування в Україні³. Проаналізовано дані монографій і публікацій, результати проведених Проектом DFID аналітичних робіт, присвячених питанням розвитку соціальних послуг, дані низки аналітичних робіт, виконаних на III етапі реалізації проекту DFID "Підтримка Державного комітету статистики України".

Інформаційна база складається з даних, отриманих з наступних джерел: Державний комітет статистики України, Міністерство праці та соціальної політики України (показники кількості інвалідів, структура підпорядкованих інтернатних установ), Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки України (інтернатні установи в системі міністерства), статистичні звіти про структуру інтернатних установ у Харківській і Хмельницькій областях, дані Державного казначейства України та Міністерства фінансів України стосовно фінансування установ інтернатного типу.

Подальші кроки: ознайомлення учасників соціальної сфери з результатами досліджень

Проведений аналіз обґрунтовує положення Стратегії демографічного розвитку України на 2006-2015⁴ рр., згідно яких *"актуальність розробки науково обґрунтованої стратегії демографічного розвитку,*

² Аналіз фінансування обмежено установами інтернатного типу. Наступним завданням буде аналіз собівартості як інтернатних послуг, так і послуг в громаді для різних груп населення. Див.: *Економічна оцінка показника питомої вартості надання соціальних послуг*. Технічне завдання на виконання робіт з надання експертно-консультаційного сприяння. (2006е). Матеріали на розгляд Світового Банку, DFID/BSAL, Київ.

³ У використаній в роботі моделі економічного прогнозування застосовано основні елементи розробленого Світовим банком базового та оптимістичного сценаріїв макроекономічного розвитку, а також модель прогнозування обсягу державних видатків [див. "Medium Term Propospects of Social Sector Development" ("Розвиток соціального сектору у середньостроковій перспективі"), Інститут економічних досліджень].

⁴ Стратегія демографічного розвитку України на 2006 - 2015 роки, Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту України, 2005 р.

відповідних заходів і механізмів її реалізації зумовлена необхідністю пом'якшення наслідків демографічної кризи, усунення загроз національній безпеці України у соціально-економічній сфері." – теза, що є предметом активних дискусій в Україні.

Серія довідкових статей підтверджує також вірність визначення загальних завдань Стратегії, що передбачають *"Підвищення добробуту широких верств населення шляхом... запровадження повномасштабної системи соціального страхування, надання соціальної допомоги переважно на адресних засадах"*.

Статті доповнюють накопичені в Україні методичні напрацювання й фактаж – "інструменти" розвитку політичного діалогу, спрямовані на:

- вдосконалення методики розподілу коштів та підвищення адресності фінансування;
- з'ясування віддалених наслідків демографічних змін для соціальної політики;
- оцінку наслідків тих змін для успіху реалізації державних програм демосоціального розвитку, зокрема, вплив на добробут громадян;
- з'ясування попиту та пропозиції у сфері соціальних послуг;
- сприяння ефективному плануванню органами місцевої влади;
- сприяння реалізації Плану дій "Україна-ЄС"⁵.

Такі чинники, як зростання мобільності населення України, збільшення його середнього віку, зміни у структурі сім'ї та способі життя, вимагають переключити більше дослідних зусиль на вивчення аспектів реалізації Закону "Про соціальні послуги" ("ЗСП"), особливо передбаченої ним диверсифікації способів надання послуг⁶.

В процесі збору даних статистики соціального обслуговування стає очевидним розсіяний характер найважливішої інформації, що віддзеркалює фрагментацію послуг між багатьма міністерствами й відомствами і свідчить про низький рівень адресності фінансування. У серії довідкових статей зроблено спробу звести ці фрагментовані дані до купи.

Запропоновані матеріали не створювалися як об'єкт наскрізного читання. Радше, вони є джерелом багатой довідкової інформації для різноманітної цільової аудиторії, який зберігатиме своє значення протягом найближчого десятиріччя за будь-яких темпів реформ в Україні.

Подальші кроки: розробка державної політики

Протікаючи в цілому більш гостро, демографічні процеси в Україні є, за певних відхилень, багато в чому спільними з процесами в інших країнах-членах Ради Європи. Разом вони обіцяють істотні наслідки для української економіки. Зокрема:

- скорочення обсягу людського капіталу, а, отже, й продуктивності через зменшення частки працездатного населення;
- переобтяження пенсійної системи, соціального страхування, соціального обслуговування тощо;

⁵ European Commission, [2005] EU/Ukraine Action Plan, DG Enlargement, UE-UA 105/05, European Commission, Brussels. [Європейська Комісія [2005] План дій "Україна-ЄС", Дирекція з питань розширення, UE-UA 105/05, Європейська Комісія, Брюссель]. Про зміст та предмет Плану дій "Україна-ЄС" **див. також** звіт Проекту DFID (2006b).

⁶ Окрім запланованого на 2007 р. демосоціального опитування, Державний комітет статистики України планує провести низку інших заходів, за допомогою яких глибше проаналізувати окремі питання. Серед таких робіт – "Запровадження нової методики організації обстежень домогосподарств" (Осипова І.І., 2006), "Шляхи вдосконалення статистики ринку праці" (Григорович Н.В., 2006, Рублова Н.В., 2006), "Запровадження ГІС у відділеннях статистики" (Карпінський Ю.О., Лященко А.А., 2006). Державним комітетом статистики України розроблено план проведення зазначених робіт в межах III етапу реалізації Проекту сприяння Державному комітету статистики України (DFID).

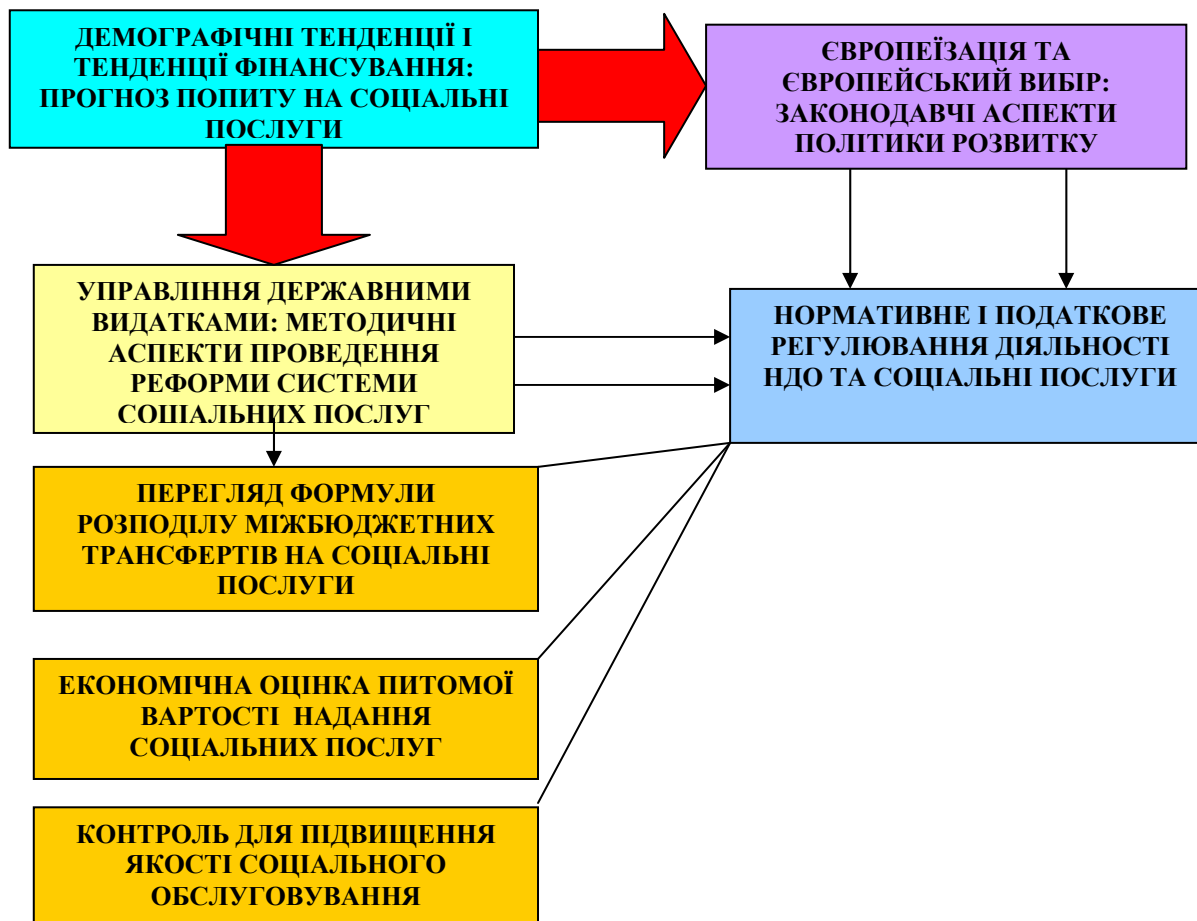
- зменшення здатності доглядати за літнім населенням, іншими його групами, що потребують соціального захисту, через зменшення розміру сім'ї;
- різке зростання потреб літніх осіб та інвалідів у медичному та соціальному обслуговуванні, а відтак, зростання його вартості.

Ці перетворення ускладнюють досягнення Урядом поставлених завдань:

*"розв'язання проблеми бідності, підвищення якості **соціальних послуг** для наближення їх до європейського рівня та розширення кола надавачів таких послуг. **Перевагу** матимуть соціально незахищені громадяни похилого віку, малозабезпечені сім'ї, інваліди та сім'ї з дітьми."*

Процес розробки політики, починаючи з демографічної складової, повинен постійно тримати в полі зору широке коло питань. В цьому сенсі до певної міри моделлю можна вважати алгоритм, застосований Проектом. Структуру роботи Проекту в колі питань державної соціальної політики подано на схемі.

Демографічні аспекти реформи системи соціальних послуг



Такий комплексний підхід утворює систему координат, у якій природно мислити стратегіями, а не ізольованими заходами.

Відправна точка у розробці державної політики

Відправною точкою діяльності ГДС, враховуючи

- необхідність розширити спектр соціальних послуг, застосовуючи модель баланс послуг, – необхідність цю визнають усі представники соціальної сфери;

- акцентовану Мінфіном необхідність створити стабільне фінансово-бюджетне забезпечення послуг;
- створення підгрупи з фінансових питань у межах в межах Міжвідомчої робочої групи з питань реалізації Закону України "Про соціальні послуги" при Мінпраці;
- цілі й задачі Проекту, узгоджені спільно з Урядом, особливо з Мінпраці й Мінсім'ї,

є довідкова стаття 3 (ця робота) "Аналіз соціального обслуговування в установах інтернатного типу в Україні, прогноз чисельності й складу контингенту таких установ та фінансових наслідків його динаміки до 2015 р."

Матеріалом для роботи групи діалогу та сприяння слугуватимуть:

- прогноз попиту на інтернатні соціальні установи;
- прогноз використання інтернатних соціальних установ

в Україні в цілому, у Харківській і Хмельницькій областях, на основі яких нею буде вивчено:

- фінансові наслідки та фінансова вартість розвитку в Україні структури послуг, альтернативної діючій системі з інтернатами як домінуючими установами;
- фінансова вартість перебудови діючої системи зарахування до інтернатних установ та діючих принципів використання таких установ; виходячи з отриманих результатів
- формулювання рекомендацій щодо реалізації ЗСП.

Таким чином, ми сподіваємося отримати комплекс практичних пропозицій щодо розвитку та реформи соціальних установ інтернатного типу, законодавчо та регуляторно підпорядкованих Міністерству праці та соціальної політики (Мінпраці), Міністерству освіти та науки (Міносвіти) та Міністерству охорони здоров'я (Мінохорони здоров'я).

Частина II

Довідкова стаття 3. Аналіз соціального обслуговування в установах інтернатного типу в Україні, прогноз чисельності й складу контингенту таких установ до 2050 р., прогнози фінансових наслідків його динаміки до 2015 р.

Розділ 1. Тенденції структури й складу клієнтів соціальних установ інтернатного типу

Огляд

Демографічні прогнозування в Україні використовуються в основному для планування стратегії пенсійного забезпечення та державного фінансування на центральному урядовому рівні. Офіційні демографічні прогнози надаються Держкомстатом України. Вони беруть до уваги невизначеність шляхом надання трьох сценаріїв: оптимістичного, песимістичного та базового. В сфері державного фінансування демографічні прогнози використовуються не тільки для того, щоб з'ясувати, наскільки пенсійні видатки впливають на державні видатки, але й в плануванні доходу та видатків державного бюджету, а демографічні змінні включаються в бюджетну формулу¹, яка використовується для визначення та розподілу ресурсів на освіту, охорону здоров'я та соціальні послуги на обласному, міському та районному рівні. Є ще кілька прикладів того, як використовуються демографічні дані для планування та прийняття рішень. Однак, в основному аналіз демографічних тенденцій та демографічні прогнози використовуються для планування майбутніх потреб та попиту² на послуги, що надаються державою, в тому числі соціальні послуги. Тож в цьому розділі головна увага приділяється аналізу та прогнозуванню (на основі стохастичного підходу), про якій йшлося в попередніх розділах, та їх застосуванню до конкретного аналізу тенденцій минулого використання соціальних послуг, що надаються в інтернатних установах, а також наданню, на базі демографічних прогнозів, викладених у розділі 3 довідкової статті 2, трьох сценаріїв майбутньої потреби в соціальних послугах для людей похилого віку, дітей на інвалідів. Розбіжності між прогнозованими та фактичними тенденціями є неминучі, коли йдеться про майбутні потреби в соціальних послугах. Це особливо стосується соціальних послуг для дітей та інвалідів, і меншою мірою – соціальних послуг для людей похилого віку, через не передбачувані зміни стратегічного напрямку майбутніх політичних рішень. Таким чином, дані, представлені в цьому розділі, мають сприяти розумінню ключовими урядовцями, які приймають рішення, вірогідного характеру прогнозів, на яких мають базуватися рішення в майбутньому.

Перехід від планування виходячи з "твердих" даних до системи, що базується на вірогідних сценаріях майбутніх потреб та попиту, потребуватиме системних змін, окреслених у довідковій статті 1. В цьому сенсі аналіз, що міститься в трьох розділах цієї статті, є попереднім по своєму характеру. Очікується, що подальша розбудова системи соціальної статистики забезпечить підґрунтя для розробки більш детальних сценаріїв, які братимуть до уваги: (i) розвиток соціальних послуг на базі громади (як визначено в Законі про соціальні послуги), (ii) сценарії майбутнього **балансу надання соціальних послуг**³, якого необхідно буде досягти шляхом діалогу стосовно політики їх надання, між різними типами соціальних послуг (наприклад, послугами, що надаються в інтернатних закладах та на базі громади, державними на громадськими організаціями) для різних груп населення *наприклад, людей похилого віку, дітей та сімей, інвалідів).

Беручи до уваги все вищезазначене, в цьому розділі головна увага приділятиметься (i) тенденціям використання соціальних послуг, що надаються в інтернатних закладах, в минулому (1998-2004)⁴

¹ Див. Звіт Проекту (2006а) та Бюджетний кодекс України (2001)

² Різниця між потребами та попитом пояснюється у довідковій статті 1.

³ Цит. тв.: Звіт Проекту (2006а)

⁴ Точкою закінчення відліку був вибраний грудень 2004, тому що на момент аналізу не було даних за 2005 рік. Ті дані за 2005 рік, які були, включалися в текст та таблиці. Збирання даних про використання та кількість користувачів соціальних послуг, що перебували в стаціонарних закладах до 1998 року, містять високу вірогідність похибки через виключення. Таким чином, дані до 1998 року не могли бути використані для

виходячи з даних Держкомстату України та фінансових даних Мінфіну; (ii) майбутнім потребам в соціальних послугах виходячи зі стохастичних демографічних прогнозів (як описано у розділі 3 довідкової статті 2). Цей аналіз не містить розгляду поточного використання соціальних послуг, що надаються на базі громади, таких як ті, що надаються територіальними центрами та центрами обслуговування на дому (що підпорядковані Мінпраці), а також центрами для сімей та дітей (що підпорядковані Міністерству зі справ сімей, молоді та спорту). Це в першу чергу пов'язано з трьома факторами політичного середовища: (i) соціальні послуги, що надаються в інтернатних установах, традиційно були домінуючим способом надання соціальних послуг; (ii) попередній характер аналізу за умови, що застосування демографічних прогнозів до сфери соціальних послуг є новим у підході до соціальної політики в Україні; (iii) організаційне та законодавче середовище для розвитку соціальних послуг на базі громади, як визначено законом про соціальні послуги (2004), все ще на етапі розвитку. Спроба сфокусуватись на соціальних послугах на базі громади не буде ефективною, доки спрямованість політики стосовно управління державними коштами, визначення вартості послуг, законодавчої політики та політики надання соціальних послуг, ролі недержавних організацій (НДО) в наданні соціальних послуг та напрямків покращення аудиту та систем контролю якості соціальних послуг⁵ не будуть більш чітко визначені ключовими зацікавленими сторонами Уряду України. Статистичний аналіз, що наводиться в цьому розділі, а також прогноз майбутніх потреб в соціальних послугах, таким чином, базуються на припущенні, що домінуюча роль надання соціальних послуг в стаціонарних інтернатних закладах залишиться незмінною в загальному балансі надання соціальних послуг в найближчому та середньостроковому майбутньому.

Тож в цьому розділі головна увага приділяється наступним моментам:

- Організаційні структури та підпорядковане керівництво наданням соціальних послуг в інтернатних установах;
- Соціальні послуги, що надаються в інтернатних установах, та зміни структури дорослого населення, що перебуває в інтернатних установах;
- Соціальні послуги, що надаються в інтернатних установах, та зміни структури дитячого населення, що перебуває в інтернатних установах;
- Тенденції та динаміка населення, що перебуває в інтернатних установах – прогноз до 2050 року

Структура та підпорядкування соціальних установ інтернатного типу

Систему соціальних установ інтернатного типу в Україні складають інтернатні заклади дев'яти основних видів (в т.ч. п'ять видів закладів для дітей і чотири види закладів для дорослих), які знаходяться у підпорядкуванні трьох міністерств (в табл. 3.1.1 приведений огляд кількості інтернатних установ, кількості клієнтів, що в них перебувають, та структури керівництва та підпорядкування). Всі інтернатні заклади для дорослих є підпорядкованими Міністерству праці та соціальної політики України, у підпорядкуванні цього ж міністерства знаходяться будинки-інтернати для дітей-інвалідів. До системи Міністерства освіти і науки України належать три види інтернатних закладів для дітей: дитячі будинки, загальноосвітні школи-інтернати для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, а також спеціальні школи-інтернати (для дітей, які потребують піклування та допомоги в фізичному та (або) розумовому розвитку). Будинки дитини (для дітей віком 0-3 роки) перебувають у підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я України. Огляд розподілу відповідальності та підпорядкування інтернатних установ для дітей див. на рис. 3.1.1.

перехресного порівняння. Загалом якість даних про соціальні послуги залишається низькою, тому що дані, що надходять від Мінпраці, Міносвіти та Мінзахорони здоров'я дуже різняться між собою.

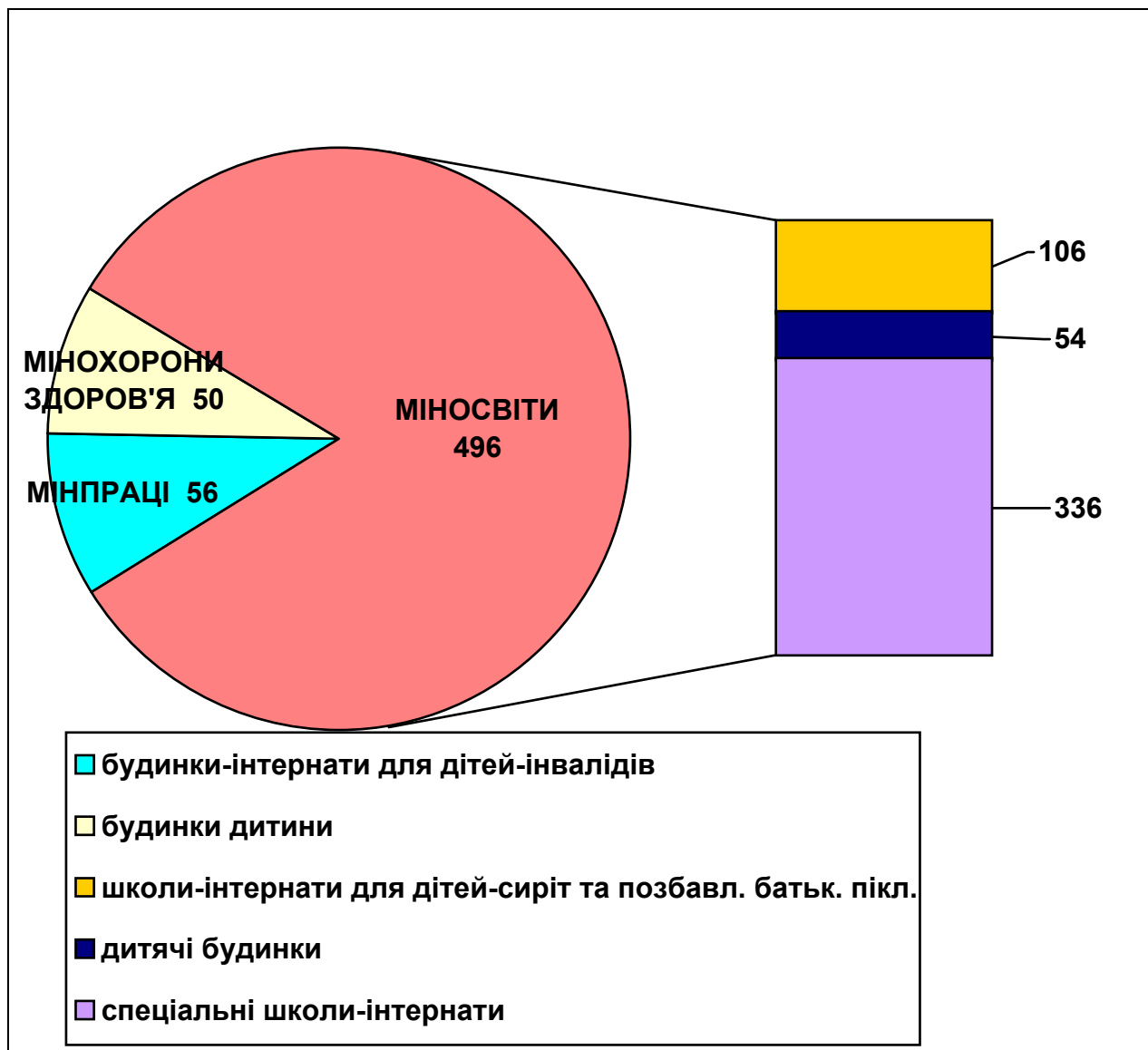
⁵ Див. Звіти Проекту (2006a), (2006b), (2006c), (2006d), (2006e)

Табл. 3.1.1. Кількість інтернатних установ*, кількість клієнтів* та видатки в млн. грн.** за 1998-2004

			1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Міносвіти	Спеціальні будинки-інтернати	Установи	348	н/д	345	344	345	337	336	
		Клієнти	55 437	н/д	54 998	53 979	53 153	51 388	49 687	
		Фінансування, млн. грн.	н/д	н/д	н/д	н/д	57,4	81,6	104,8	
	Школи-інтернати для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування	Установи	40	н/д	44	45	52	53	54	
		Клієнти	11 193	н/д	12 254	12 090	13 173	13 110	12 593	
		Фінансування, млн. грн.	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	
	Дитячі будинки	Установи	57	н/д	83	91	92	101	106	
		Клієнти	4 526	н/д	5 552	5 910	6 116	6 417	6 690	
		Фінансування, млн. грн.	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	
	Мінохоро-ни здоров'я	Будинки дитини	Установи	44	н/д	46	47	48	48	50
			Клієнти	5 049	н/д	4 969	4 775	5 132	5 205	5 387
			Фінансування, млн. грн.	н/д	н/д	н/д	н/д	64,4	82,3	103,8
Мінпраці	Дитячі будинки	Установи	57	58	58	57	56	56	56	
		Клієнти	8 024	7 947	7 977	7 865	7 781	7 856	7 716	
		Фінансування, млн. грн.	33,3	35,9	43,1	55,1	65,8	78,5	88,1	
	Будинки-інтернати для людей похилого віку та інвалідів	Установи	221	218	217	231	258	258	260	
		Клієнти	39 781	39 683	39 740	41 619	42 886	44 575	45 626	
		Фінансування, млн. грн.	138,8	155,9	191,4	243,6	306,4	352,9	396,3	

Примітки. *Джерело: Держкомстат; ** Джерело: Мінфін; н/д = немає даних

Рис. 3.1.1. Розподіл дитячих інтернатних закладів за відомчим підпорядкуванням



Соціальні установи інтернатного типу та зміни у структурі дорослого контингенту

За даними на кінець 2004 р. в Україні нараховувалося 260 *інтернатних закладів для дорослих*, в т.ч. 88 будинків-інтернатів для громадян похилого віку та інвалідів, 23 – для ветеранів війни та праці, 145 психоневрологічних інтернатів і 4 спеціальні будинки інтернати. Соціальні установи інтернатного типу для дорослих є в усіх регіонах України, найбільше їх зосереджено у Хмельницькій області – 30 закладів, наступні місця посідають східні індустріальні області (Луганська – 17, Донецька – 16, Харківська – 15), висока концентрація відповідних установ спостерігається також в областях Центральної України (Черкаська, Полтавська, Київська, Сумська, Кіровоградська). Порівняно з 1994 р. кількість будинків-інтернатів для дорослих збільшилася на 43 одиниці (майже на 20%) перш за все за рахунок значного розширення мережі на Хмельниччині (на 23 одиниці або більш як у 4 рази з 1994 по 2004 р.). Помітне зростання кількості установ відбулося також в Луганській та Херсонській областях – на 5 одиниць, на 1-3 одиниці кількість інтернатних закладів для дорослих збільшилася ще у 9 регіонах, натомість у Дніпропетровській, Закарпатській та Волинській областях мережа будинків-інтернатів для дорослих скоротилася.

В будинках-інтернатах для дорослих станом на 31.12.2004 р. перебувало на піклуванні 45626 осіб. Рівень заповнення цих інтернатних закладів (відношення кількості обслуговуваних осіб до кількості місць у закладах) становить 95,8%. В Запорізькій, Миколаївській та Чернігівській областях кількість місць в установах відповідає кількості осіб, що перебувають на піклуванні. Черкащина є єдиним регіоном, де кількість обслуговуваних осіб перевищує кількість місць у закладах – на 13 осіб (або на

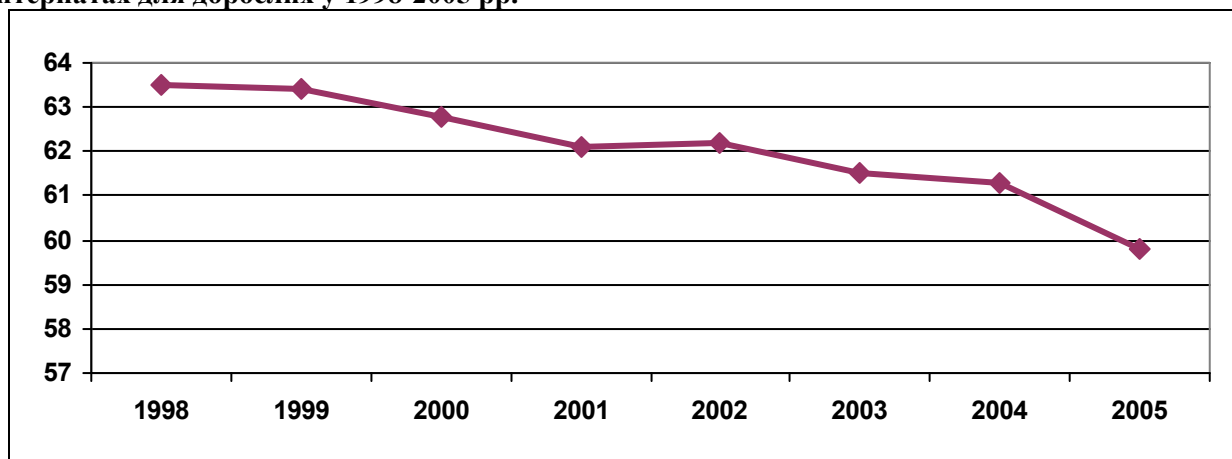
0,6%).

За 1998-2004 р. кількість дорослих, що перебуває на піклуванні в інтернатних закладах, зросла на 14,7%. Особливо значне зростання чисельності обслуговуваних осіб зафіксоване на Хмельниччині (на 88,5%), скорочення контингенту відбулося лише у чотирьох регіонах (Тернопільська, Івано-Франківська, Закарпатська, Вінницька області). Впродовж 2004 р. до інтернатних закладів для дорослих прибуло 8958 осіб, вибуло – 7907 осіб. Вибуття престарілих та інвалідів відбувається майже виключно внаслідок смерті або переведення до інших будинків-інтернатів, кількість працевлаштованих та відрахованих до дому становить лише 9% загальної кількості вибулих або 1,6% чисельності осіб у закладах на початок року. Більш високий рівень працевлаштування та відрахування до дому спостерігається лише на Закарпатті та в Чернівцях.

В середньому на один інтернатний заклад для дорослих припадає 175 обслуговуваних осіб. Показник середньої кількості осіб, що перебувають на піклуванні в таких установах, суттєво варіює по регіонах: від 391 у м. Києві до 57 у Хмельницькій області. Внаслідок переважно невеликого розміру будинків-інтернатів для дорослих на Хмельниччині, ця область, будучи незаперечним лідером за чисельністю відповідних установ, посідає лише 13 місце серед 27 регіонів України за кількістю осіб у таких установах. Серед 15 будинків-інтернатів для дорослих, які зосереджені у Харківській області, один знаходиться в обласному центрі, 3 – в Харківському районі, по 2 – у Вовчанському та Богодухівському районах, по одному – ще в семи районах та двох міськрадах. Найбільшими є заклади для дорослих у Харкові та в Зміївському районі: в кожному з цих двох закладів на піклуванні перебуває більш як по 400 осіб, тоді як у трьох закладах Харківського району – 620.

Із загальної кількості обслуговуваних осіб в будинках-інтернатах для дорослих станом на кінець 2004 р. 55,4% перебували у віці, молодшому, ніж 60 років, 33,3% мали вік 60-79 років, 11,3% - вік 80 років і старше. Враховуючи те, що в складі усього населення співвідношення двох останніх контингентів становить 9:1, слід констатувати, що вірогідність перебування в інтернатних закладах для осіб віком 80 років і старше є утричі більшою, ніж для осіб віком 60-79 років. Протягом останнього десятиліття постійно відбувається зменшення частки жінок в складі контингенту: якщо в кінці 1994 р. жінки становили 66,3% від загалу, то в кінці 2004 р. – 61,3%, в кінці 2005 р. – 59,8% (рис. 3.1.2).

Рис. 3.1.2. Динаміка питомої ваги жінок серед осіб, які перебували на піклуванні в будинках-інтернатах для дорослих у 1998-2005 рр.



Соціальні установи інтернатного типу та зміни у структурі дитячого контингенту

Мінпраці

Дитячі будинки-інтернати системи Мінпраці є соціально-медичними установами для дітей віком від 4 до 18 років з вадами фізичного або розумового розвитку, які потребують побутового і медичного обслуговування. Будинків-інтернатів для дітей-інвалідів у системі Мінпраці в кінці 2004 р. нараховувалося 56 одиниць, в т.ч. 5 – у Дніпропетровській області, по 4 – в Житомирській та Одеській областях, по 1-3 – в усіх інших регіонах, крім Севастопольської міськради. Мережа

інтернатних установ цього виду є досить стабільною: за 10 років (з кінця 1994 р. по кінець 2004 р.) їх кількість зменшилася на 5 одиниць, в тому числі з кінця 1998 р. – на 1 установу. На піклуванні в дитячих будинках-інтернатах системи Мінпраці перебуває на кінець 2005 р. 7394 дитини. На кінець 2004 р. в цих закладах нараховувалося 7716 дітей – в середньому по 138 дітей на один заклад, найменше значення цього показника спостерігалось на Хмельниччині: в єдиному в цій області будинку-інтернаті для дітей-інвалідів обслуговується 57 осіб. Середня кількість обслуговуваних осіб у будинках-інтернатах для дітей варіює по регіонах менш суттєво, ніж відповідний показник для закладів для дорослих: коефіцієнт варіації показника для сукупності дитячих закладів становить 32,2%, а для сукупності закладів для дорослих – 39,2%. Із загальної чисельності вихованців будинків-інтернатів для дітей 95,9% становили розумово відсталі діти (в т.ч. 80,1% фізично здорових та 15,8% ліжково хворих), решта – фізично відсталі. Понад 2/3 обслуговуваних осіб мають вік 7-17 років, понад чверть – 18-24 роки (виховувалися на молодіжних відділеннях) і лише 6,8% – у віці молодше 7 років.

Контингент вихованців будинків-інтернатів істотно відрізняється від решти населення за статтю: в розрахунку на 1000 дівчат, що виховуються в закладах припадає 1565 юнаків, тоді як для усього населення віком 4-24 роки відповідний показник становить 1047. З кінця 1998 р. по кінець 2004 р. чисельність вихованців зменшилася на 3,8%. Рівень заповнення інтернатних закладів для дітей системи Мінпраці становив в кінці 2004 р. 87,2%, повністю заповненими є заклади у Запорізькій, Луганській, Миколаївській, Херсонській і Черкаській областях, натомість установи цього виду в Тернопільській та Волинській областях заповнені лише на 63%. Єдиний заклад на Хмельниччині заповнений на 72,5%, з трьох закладів Харківщини один (у Харківському районі) укомплектований на 66,7%, інший (в Шевченківському районі) – на 84,0%, третій (у Богодухівському районі) – на 93,2%.

Міністерство охорони здоров'я

Будинки дитини є закладами системи Міністерства охорони здоров'я для медико-соціального захисту дітей-сиріт, дітей, які залишилися без піклування батьків, а також дітей з вадами фізичного та розумового розвитку від народження до досягнення 3 років (окремих категорій дітей – до досягнення 4 років). В кінці 2004 р. в Україні нараховувалося 50 будинків дитини, розташованих в усіх 27 регіонах країни (по 5 – в Донецькій, Одеській та Дніпропетровській областях, 4 – в Харківській, 3 – Київській, в інших регіонах – по 1-2 будинки). В 2004 р. В будинках дитини обслуговувалося 5387 дітей, порівняно з 1998 роком їх кількість зросла на 6,7%, при цьому мережа будинків розширилася на 6 одиниць (тобто більш як на 13%).

У 4 будинках дитини, розміщених у Харківській області, на піклуванні в кінці 2004 р. перебувало 437 дітей, з яких 36,9% перебували у віці, меншому, ніж 1 рік, 47,8% мали вік 1-2 повних роки, 15,3% – вік 3 роки і старше. В дитячих будинках, з огляду на специфіку функціонування установ, інтенсивність руху обслуговуваних осіб є значно більшою, ніж в інших дитячих інтернатних закладах: зокрема на Харківщині контингент дитячих будинків протягом 2004 року оновився майже на $\frac{3}{4}$. Чисельність штатних працівників персоналу у цих закладах майже удвічі переважає кількість дітей, що перебуває на піклуванні. Зокрема в середньому на 1 лікаря припадає близько 9 пацієнтів, на 10 осіб середнього медичного персоналу – 13 дітей, на 1 педагогічного працівника – 3 дитини.

Міністерство освіти та науки

На кінець 2004 року в Україні нараховувалося 106 дитячих будинків та 54 шкіл-інтернатів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Ці заклади належать до системи Міністерства освіти і науки України, в них перебувають діти віком від 3 років до здобуття базової чи повної середньої освіти, а в разі необхідності – до повноліття. Майже половину дитячих будинків зосереджено у двох областях – Київській (31 заклад) та Дніпропетровській (15 закладів). Інші розкидані по решті областей. Порівняно з 1998 роком кількість таких закладів збільшилася майже удвічі, причому більше половини загального зростання забезпечило розширення мережі у Київській області. Школи-інтернати для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, більш рівномірно зосереджені по регіонах, більшою є їх кількість в найбільш населених областях України (Дніпропетровська, Донецька – по 5, Харківська, Одеська – по 4). Порівняно з 1998 роком чисельність закладів зросла на 14 одиниць (або на 35%). Школи-інтернати є у 26 регіонах країни (крім м. Севастополя), дитячі будинки – у 25 регіонах (крім Запорізької та Сумської областей). В

міських поселеннях розміщено 73,6% усіх будинків дитини і 85,2% шкіл-інтернатів.

На піклуванні в дитячих будинках знаходиться (станом на кінець 2004 р.) 6690 осіб, в школах-інтернатах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, – 12593 дитини, тобто відповідно 63 і 233 дитини в середньому на заклад. За 1999-2004 рр. кількість обслуговуваних осіб в закладах першого виду збільшилася майже у півтора рази (на 45,8%), в закладах другого виду – на 12,5%.

Вихованці дитячих будинків є значно молодшими за вихованців шкіл-інтернатів: в закладах першого виду діти віком до 6 років становлять 39,2%, особи віком 16 років і старше – 5,3%, в закладах другого виду відповідно 5,0 та 15,3%. В розрахунку на 1000 дівчат у дитячих будинках припадає 1241 юнаків, в школах-інтернатах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, – 1314. Обидва ці показники помітно вищі, ніж серед усього населення відповідного віку, але значно менші, ніж у дитячих-будинках-інтернатах для дітей-інвалідів системи Мініпраці. Це є свідченням меншого рівня інвалідизації серед дівчат, ніж серед юнаків.

Протягом 2004 р. з дитячих будинків вибуло 33,4% від загальної кількості вихованців на початок року, із шкіл-інтернатів – 25,0% від загалу. Причому із дитячих будинків майже половина вибулих вибули під опіку, на всиновлення або до батьків, тоді як серед вибулих із шкіл-інтернатів – лише кожен п'ятий. Найбільш високий рівень вибуття на всиновлення, під опіку та до батьків у 2004 р. зафіксовано у Хмельницькій області – 19,2% від кількості обслуговуваних осіб на початок року, досить високі значення (понад 10%) спостерігаються також у Херсонській, Рівненській, Черкаській, Чернівецькій, Донецькій, Київській та Вінницькій областях.

В дитячих будинках кількість вихованців і працівників є майже однаковою: співвідношення становить 11:10, в школах-інтернатах на кожних 10 працівників припадає 18 вихованців.

Крім дитячих будинків системи Мінісвіти в Україні станом на 31 грудня 2004 р. нараховувалося 127 дитячих будинків сімейного типу, в яких перебувало 1157 дітей (ці типи дитячих будинків часто менші за розміром, ніж традиційні дитячі будинки, і в них створені умови для більш персонального догляду та кращої соціалізації дітей). Найбільше таких будинків на Київщині – 17, в АР Крим та на Дніпропетровщині – по 11, на Закарпатті – 10, на Одещині – 9 закладів.

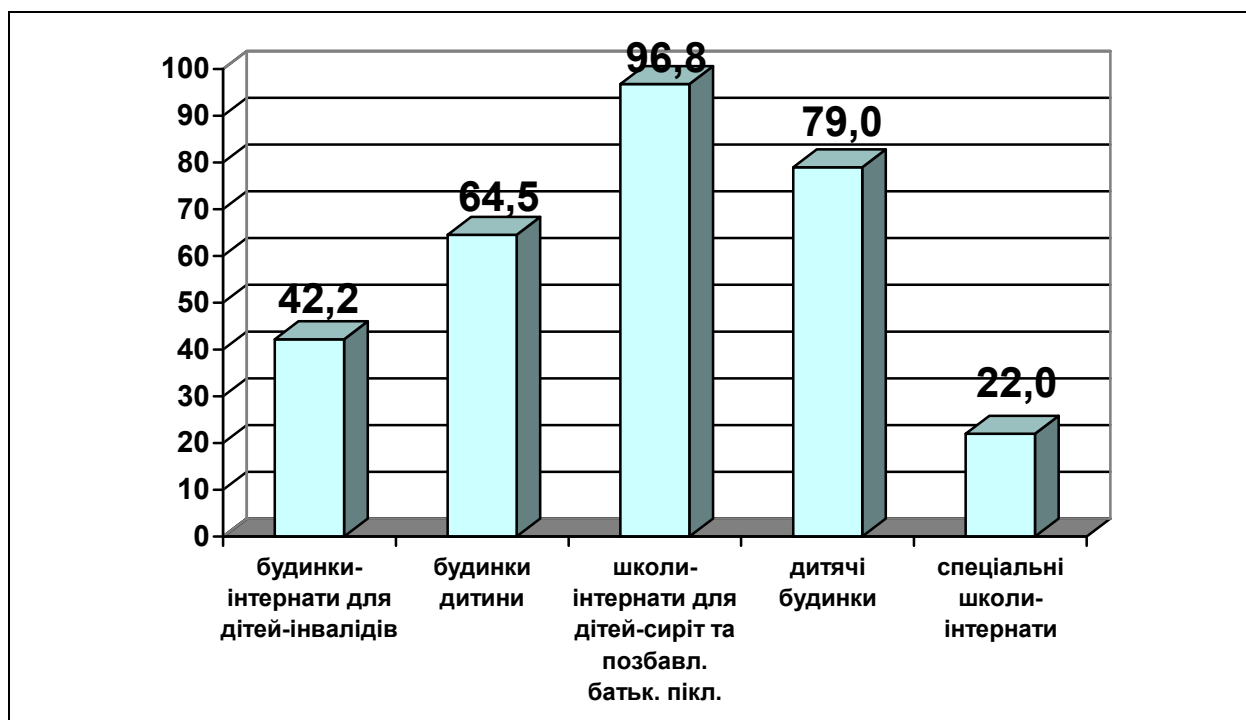
Особливим видом інтернатних закладів є *спеціальні школи-інтернати* (для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку). В 2004 р. в Україні таких нараховувалося 336, в них перебувало 49687 вихованців. Майже 60% від загалу перебували у школах-інтернатах для розумово відсталих, по 6-7% – в школах для дітей зі зниженим зором, зі зниженим слухом, глухих та в школах інтенсивної педагогічної корекції, по 4,0-5,5% – в школах для дітей з тяжкими порушеннями мовлення та дітей з порушенням опорно-рухового апарату, лише 1,7% – в школах для сліпих.

Тенденції й динаміка кількості клієнтів інтернатних установ: прогноз до 2050 р.

Діти

За 1999-2004 рр. кількість дітей у спеціальних школах-інтернатах зменшилася на 10%. Найбільш суттєво зменшилася кількість вихованців у школах для глухих, натомість у школах для дітей зі зниженим зором кількість вихованців зросла майже на 7%. Частка дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, серед вихованців дитячих інтернатних закладів варіює від 96,8% у школах-інтернатах, безпосередньо призначених для цього контингенту, до 22,0% в спеціальних школах-інтернатах (див. рис. 3.1.3). В будинках дитини, а також в школах-інтернатах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, частка цього контингенту серед вихованців є досить стабільною, натомість в будинках-інтернатах для дітей-інвалідів та в спеціальних школах-інтернатах питома вага сиріт постійно зростає, а в дитячих будинках, навпаки, зменшується. Зокрема, загальне зростання кількості обслуговуваних осіб у закладах останнього виду протягом 1999-2004 рр. на 56,2% було забезпечено за рахунок збільшення кількості сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, у цих закладах і на 43,8% – за рахунок збільшення кількості обслуговуваних напівсиріт та дітей, які втратили батьків.

Рис. 3.1.3. Частка дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, серед вихованців дитячих інтернатних закладів



Коректна оцінка динаміки та територіальної диференціації залучення дітей та дорослих до інтернатних закладів вимагає розрахунку відносних показників. **Рівень охоплення** населення інтернатними установами того чи іншого виду розраховується як відношення кількості осіб, які перебувають на піклуванні в інтернатних закладах певного виду, до чисельності тієї вікової групи, з якої головним чином формується контингент обслуговуваних у відповідних закладах осіб. Одиницею виміру при цьому є відсоток (%).

Рівні охоплення дітей чотирма видами закладів: (i) школами-інтернатами для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, (ii) дитячими будинками, (iii) будинками-інтернатами для дітей-інвалідів, а також (iv) спеціальними школами-інтернатами, доцільно вимірювати по відношенню до населення віком 4-17 років, охоплення дітей будинками дитини – по відношенню до населення віком 0-3 роки. Сукупний рівень охоплення дітей інтернатними закладами вимірюється як відношення загальної кількості дітей в інтернатних закладах усіх видів до чисельності усього населення віком 0-17 років. При цьому сукупний рівень охоплення дітей інтернатними закладами *не дорівнює* сумі часткових рівнів. Крім сукупного доцільно вимірювати **груповий рівень** охоплення дітей інтернатними закладами: відношення загальної кількості дітей, які перебувають на піклуванні в школах-інтернатах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, в дитячих будинках, будинках-інтернатах для дітей-інвалідів та в будинках дитини (тобто усіх видів дитячих інтернатних установ, крім спеціальних шкіл-інтернатів) до чисельності населення віком 0-17 років. Важливість розрахунку останнього показника пов'язана зі специфікою публікації даних щодо кількості дітей в інтернатних закладах, зокрема, відсутністю відомостей про розподіл вихованців спеціальних шкіл-інтернатів за регіонами.

Дорослі

Окремою проблемою є обчислення показника охоплення інтернатними закладами **дорослого населення**. В якості знаменника формули не можна використовувати загальну чисельність дорослого населення, оскільки контингент осіб, які перебувають на піклуванні в будинках-інтернатах для дорослих, характеризується підвищеною концентрацією у старших вікових групах. Не дає значимих результатів і використання співвідношення між віковими групами обслуговуваних осіб: вітчизняна статистика надає відомості про вікову структуру контингенту лише в розрізі трьох вікових груп – 18-

59 років, 60-79 років та 80 років і старше. Натомість співвідношення різних вікових груп у складі контингенту осіб віком 18-59 років серед усього населення та серед обслуговуваних в інтернатних закладах осіб суттєво відрізняються. Враховуючи той факт, що (див. вище) вірогідність потрапляння до інтернатного закладу для осіб віком 80 років і старше є утричі більшою, ніж для осіб віком 60-79 років, а наймасовішим у будинках-інтернатах для дорослих є контингент осіб віком молодше 60 років, найдоцільнішим буде співвідносити кількість осіб, які перебувають на піклуванні, з сумою чисельності вікової групи 80 років і старше та половини чисельності вікової групи 60-79 років у складі усього населення. За такого підходу контингент осіб віком 60-79 років "перебирає" на себе вірогідність потрапляння до інтернату дорослих осіб, віком молодше 60 років.

Результати розрахунків показників охоплення населення України інтернатними закладами викладені в табл. 3.1.2. Як бачимо, виходячи з викладеного вище підходу, усі відносні показники протягом 1999-2004 рр. зросли, навіть по тим видам закладів, в яких абсолютна кількість обслуговуваних осіб зменшилася. Особливо стрімко зріс рівень охоплення населення дитячими будинками.

Табл. 3.1.2. Рівні охоплення населення України інтернатними закладами у 1998-2004 рр. (на кінець року) у відсотках

	1998	2000	2001	2002	2003	2004
Рівні охоплення дітей						
школами-інтернатами для дітей-сиріт та позбавл. батьк. пікл.	0,12	0,13	0,14	0,16	0,16	0,17
дитячими будинками	0,05	0,06	0,07	0,07	0,08	0,09
будинками дитини	0,28	0,31	0,31	0,34	0,34	0,34
будинками-інтернатами для дітей-інвалідів	0,08	0,09	0,09	0,09	0,10	0,10
спеціальними школами-інтернатами	0,57	0,60	0,62	0,64	0,65	0,66
груповий рівень охоплення інтернатними закладами	0,25	0,29	0,30	0,33	0,34	0,35
сукупний рівень охоплення інтернатними закладами	0,73	0,80	0,82	0,87	0,88	0,90
Рівень охоплення дорослих будинками-інтернатами	0,71	0,70	0,73	0,76	0,80	0,83

Найвищі рівні охоплення дітей інтернатними закладами на кінець 2004 р. спостерігаються в Київській, Харківській, Дніпропетровській та Одеській областях (табл. 3.1.3). Порівняно з 1998 цей показник зріс в усіх регіонах, крім Івано-Франківщини, тоді як абсолютна кількість вихованців дитячих інтернатних установ чотирьох видів у восьми регіонах зменшилася.

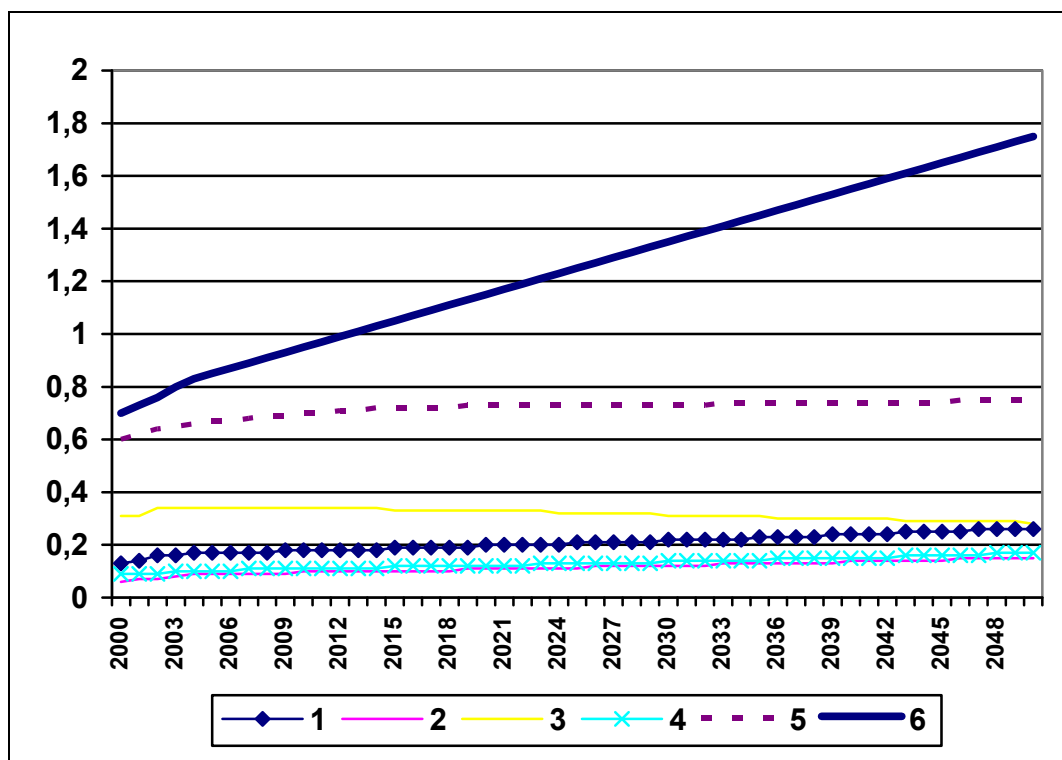
Протягом 2006-2050 рр. очікується подальше швидке збільшення рівня охоплення дорослого населення інтернатними закладами – до кінця прогнозного періоду він зросте удвічі порівняно з сучасним рівнем (рис. 3.1.4). Збільшуватимуться (хоча й повільнішими темпами) рівні залучення дітей до шкіл-інтернатів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, до дитячих будинків та до будинків-інтернатів для дітей-інвалідів. Рівень охоплення дітей спеціальними школами-інтернатами (для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку) найближчими роками дещо зростатиме, а після 2011 р. – стабілізується. Рівень охоплення дітей будинками дитини повільно зменшуватиметься.

Табл. 3.1.3. Рівні охоплення населення регіонів України інтернатними закладами у 2004р. (на кінець року)

Область	Рівні охоплення дітей інтернатними закладами					Рівень охоплення дорослих будинками-інтернатами
	школами-інтернатами для дітей-сиріт та позбавл. батьк. пікл.	дитячими будинками	будинками дитини	будинками-інтернатами для дітей-інвалідів	груповий	
Україна	0,17	0,09	0,34	0,10	0,35	0,83
АР Крим	0,19	0,12	0,31	0,05	0,35	0,81
Вінницька	0,21	0,02	0,25	0,14	0,36	0,64
Волинська	0,30	0,02	0,10	0,03	0,30	0,66
Дніпропетровська	0,15	0,24	0,48	0,12	0,51	0,73
Донецька	0,16	0,09	0,49	0,10	0,37	0,88
Житомирська	0,26	0,04	0,35	0,16	0,44	1,21
Закарпатська	0,10	0,12	0,27	0,16	0,36	0,77
Запорізька	0,21	0,00	0,46	0,15	0,38	0,86
Івано-Франківська	0,08	0,03	0,12	0,12	0,21	0,52
Київська	0,14	0,38	0,52	0,06	0,57	0,80
Кіровоградська	0,20	0,14	0,32	0,15	0,47	1,07
Луганська	0,13	0,03	0,29	0,09	0,26	0,94
Львівська	0,05	0,10	0,17	0,03	0,17	0,54
Миколаївська	0,26	0,04	0,38	0,05	0,35	1,07
Одеська	0,26	0,06	0,64	0,15	0,50	0,54
Полтавська	0,25	0,03	0,33	0,10	0,38	1,04
Рівненська	0,07	0,06	0,21	0,03	0,17	0,83
Сумська	0,25	0,00	0,36	0,11	0,36	1,00
Тернопільська	0,11	0,01	0,13	0,11	0,22	0,45
Харківська	0,26	0,11	0,52	0,14	0,51	0,86
Херсонська	0,14	0,04	0,24	0,20	0,36	1,04
Хмельницька	0,16	0,06	0,20	0,02	0,24	0,96
Черкаська	0,10	0,10	0,35	0,09	0,31	1,10
Чернівецька	0,11	0,04	0,23	0,04	0,19	0,77
Чернігівська	0,28	0,05	0,44	0,15	0,48	0,99
Київ	0,07	0,05	0,13	0,12	0,22	0,83
Севастополь	0,00	0,30	0,73	0,00	0,38	0,41

З огляду на демографічні тенденції (див. розділ 3 довідкової статті 2) кількість вихованців будинків дитини та спеціальних шкіл-інтернатів постійно зменшуватиметься, кількість обслуговуваних осіб в дитячих інтернатних закладах трьох інших видів – коливатиметься із загальною тенденцією до зменшення, кількість осіб, які знаходяться на піклуванні в будинках-інтернатах для дорослих, значно зростає (табл. 3.1.4).

Рис. 3.1.4. Динаміка рівнів охоплення населення інтернатними закладами, 2000-2050



Рівні охоплення:

1 – школами-інтернатами для дітей-сиріт та позбавл. батьк. пікл.; 2 – дитячими будинками; 3 – будинками дитини; 4 – будинками-інтернатами для дітей-інвалідів; 5 – спеціальними школами-інтернатами; 6 – рівень охоплення дорослих будинками-інтернатами

Табл. 3.1.4: Динаміка чисельності обслуговуваних осіб в інтернатних закладах України у 2004-2050 рр. (на кінець кожного року)

Вид закладу	2004	2010	2020	2030	2040	2050
школи-інтернати для дітей-сиріт та позбавл. батьк. пікл.	12593	10688	11581	10847	10482	11189
дитячі будинки	6690	5746	6350	6066	5979	6510
будинки дитини	5387	5985	4800	3879	3662	3077
будинки-інтернати для дітей-інвалідів	7716	6588	7209	6819	6655	7175
спеціальні школи-інтернати	49687	42170	42963	36794	32512	31734
будинки-інтернати для дорослих	45626	51319	62763	69089	78575	88615

Примітка: 2004 р. – фактичні дані, 2010-2050 рр. – прогноз.

Розділ 2. Аналіз соціальної статистики та прогноз фізичної та розумової інвалідності

Огляд

Інвалідність – це складна характеристика здоров'я населення, яка формується під впливом багатьох медичних, соціальних, демографічних, психологічних і економічних чинників та вимагає особливої уваги в контексті реформування політики та систем надання соціальних послуг в контексті застосування Закону про соціальні послуги (2004). Інваліди з фізичними вадами, хронічні хворі та старі люди, які мають обмежені можливості щодо роботи і нормального способу життя, складають постійно зростаючу групу суспільства. Збільшення кількісного складу цієї групи є результатом цілої низки явищ та факторів: (i) природних і техногенних катастроф, зокрема Чорнобильської аварії, наслідки якої здійснюватимуть довгостроковий негативний вплив на майбутні покоління; (ii) минулої афганської війни, до якої були залучені громадяни України, та збройних конфліктів (під егідою СРСР); (iii) несприятливої екологічної ситуації та забруднення навколишнього середовища; (iv) розвитку техніки, який призводить до збільшення кількості тяжких дорожньо-транспортних пригод та випадків професійного травматизму (разом із застарілими заходами щодо забезпечення безпеки та захисту здоров'я для зменшення нещасних випадків); (v) збільшення кількості вроджених вад та хронічних захворювань, (vi) постаріння населення тощо.

Показники інвалідності також підвладні впливу різних суб'єктивних факторів організаційного плану, що не мають безпосереднього відношення до стану здоров'я населення. Наприклад, дані про інвалідність містять помилки через слабкі організаційні процедури та слідування їм¹. Інформація про первинну інвалідність, що узагальнюються в системі охорони здоров'я за результатами роботи медико-соціальних експертних комісій (МСЕК), не є орієнтованою на потреби аналізу особливостей процесу інвалідизації в групах населення, що відрізняються за своїми соціально-демографічними ознаками. В той же час можливості вивчення загальної інвалідності в її демоекономічному аспекті (за матеріалами статистичної звітності органів соціального захисту населення) є доволі обмеженими, оскільки згадані матеріали не містять інформації про низку принципово важливих ознак, необхідних для характеристики контингенту інвалідів (стать, вік, рівень освіти, професія тощо).

На тлі даних загальних спостережень цей розділ зосереджує увагу на таких питаннях:

- тенденції та динаміка інвалідності: первинні фактори та їх вплив;
- доросла інвалідність;
- причини та структура інвалідності;
- дитяча інвалідність;
- інвалідність як наслідок професійних захворювань та травм, отриманих на виробництві;
- прогноз числа інвалідів на національному рівні та в Харківській і Хмельницькій областях;
- аналіз соціальної статистики зареєстрованих випадків проблем з психічним здоров'ям серед населення України: 1989-2004 рр.;
- систематичні та організаційні особливості психічного здоров'я та інвалідності в Україні;
- аналіз статистично зареєстрованих проблем з психічним здоров'ям в Харківській та Хмельницькій областях: 1989-2004 рр.

¹ Детальну класифікацію інвалідності в Україні див. у роботі: Калачова І. [2002] Діти та інвалідність в Україні [Children and Disability in Ukraine], аналітичний звіт MONEE, дослідний центр UNICEF Innocenti, Флоренція, Італія. Група 1 – тяжка інвалідність з високим ступенем обмежень і високою залежністю від сторонньої допомоги; група 2 – інвалідність середнього ступеню з помірним рівнем обмежень і середнім ступенем залежності; група 3 – інвалідність низького ступеню з найменшим рівнем обмежень і залежності.

Тенденції та динаміка інвалідності: первинні фактори та їх вплив

За даними Держкомстату, на початок 2005 року загальна кількість інвалідів в Україні становила 2 млн. 462 тис. осіб, або 52 особи в розрахунку на 1 тис. населення (табл. 3.2.1). Майже половину з них становили інваліди II групи – 1 млн. 154 тис. осіб; дещо менше (34,5%) – інваліди III групи (848,5 тис. осіб). Інваліди I групи становили 13,6% загальної чисельності інвалідів (близько 334 тис. осіб). Крім того, на той час в країні нараховувалось майже 125,5 тис. дітей-інвалідів у віці до 18 років (5% загального числа інвалідів). Протягом 90-х років загальна кількість інвалідів в Україні значно зросла (див. табл. 3.2.1).

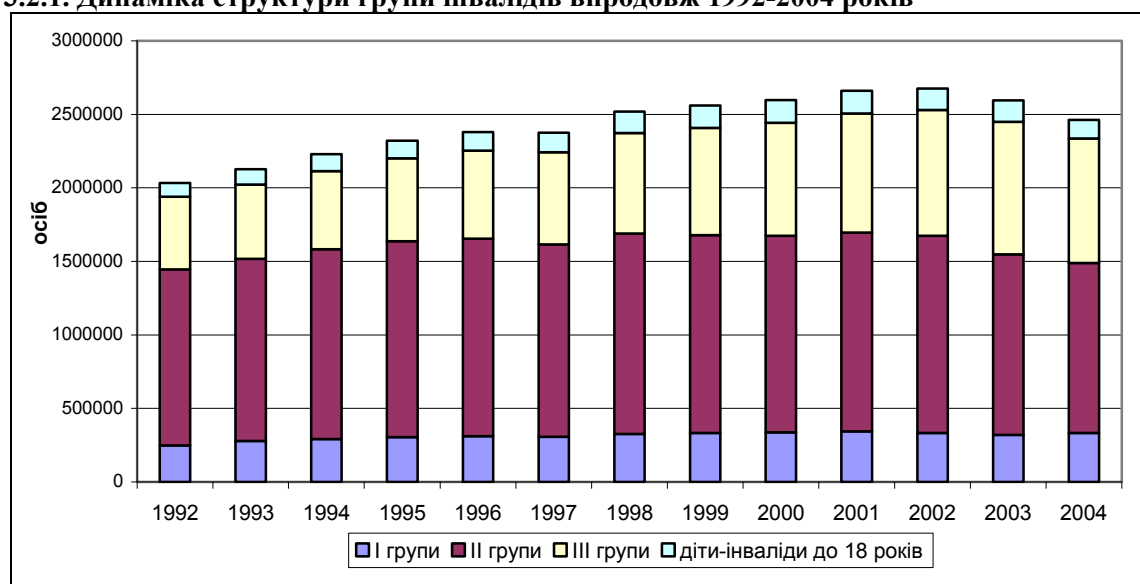
Табл. 3.2.1. Кількість інвалідів в Україні, за різними групами інвалідності (на початок 2005 р.)

	Всього	У тому числі				На 1000 населення
		I група	II група	III група	Дітей-інвалідів до 18 років	
Всього осіб	2 462 244	333 972	1 154 372	848 475	125 425	52
%	100,0	13,6	46,9	34,5	5,1	

Джерело: дані Держкомстату України

Аналізуючи динаміку їх чисельності, необхідно зазначити, що до 2002 року відбувалось стійке зростання їх загального числа (до 2 млн. 676 тис. осіб), пізніше розпочався спад. Основний внесок до зростання загальної кількості інвалідів забезпечують інваліди третьої групи, оскільки їх кількість майже подвоїлась за досліджуваний період (з 495 тис. у 1992 р. до 900 тис. в 2003 р.). Чисельність інвалідів другої групи значно не змінилась, інвалідів першої групи – зросла майже на 100 тис. осіб (з 248 до 333 тис. в 2004 р.). Кількість дітей-інвалідів також збільшилась з 93 тисяч до 125,5 тисяч осіб за той самий період (див. рис. 3.2.1).

Рис. 3.2.1. Динаміка структури групи інвалідів впродовж 1992-2004 років



Джерело: дані Міністерства праці та соціальної політики України

Динаміка інвалідності населення України підтверджує, що існує залежність рівня інвалідизації від соціально-економічних факторів. Однак, це підвищення зумовлене не лише суто об'єктивними чинниками, а й внесенням до законодавства у 1991-92 роках змін щодо запровадження пільг, наприклад шахтарям, металургам, які постраждали на виробництві через шкідливі або небезпечні умови праці, яким раніше втрата здоров'я не відшкодовувалась².

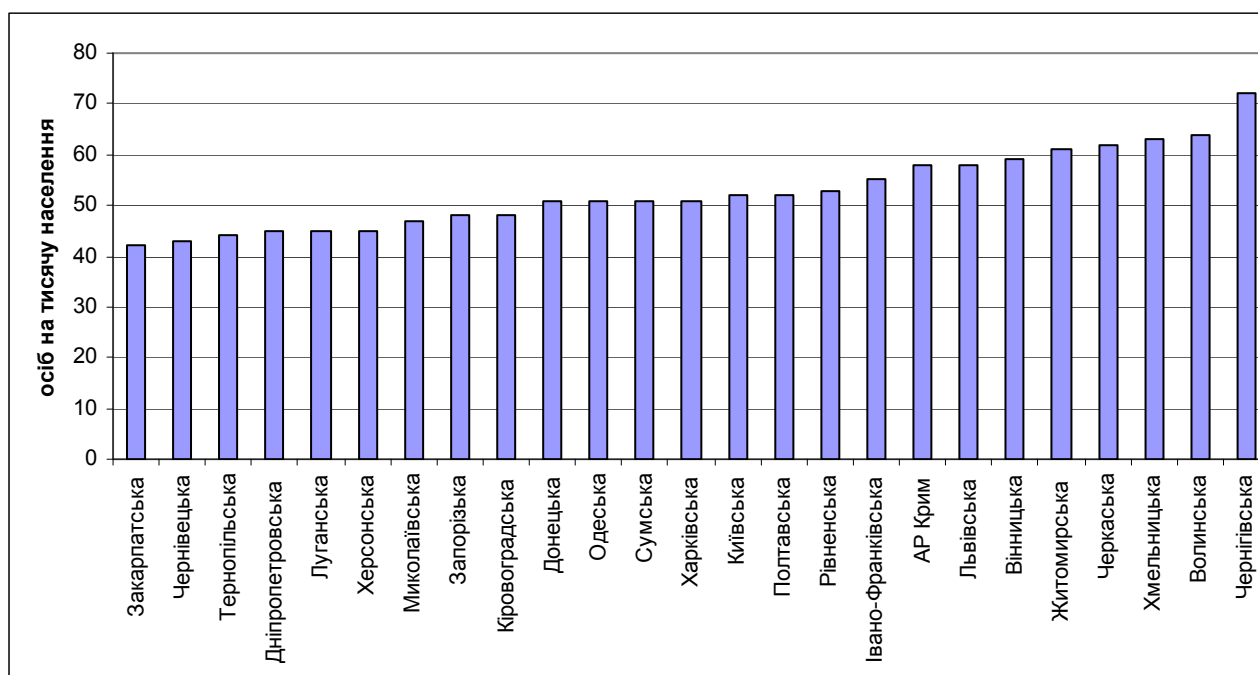
Іншим чинником, який сприяв підвищенню рівня інвалідності, стали зміни ситуації на ринку праці. У 1980-ті роки стримуючим фактором оформлення інвалідності було обмеження можливості

² Державна доповідь "Про становище інвалідів в Україні та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами". - Київ, 2002.

працевлаштування інвалідів другої та першої групи. Усунення цих обмежень в межах перегляду соціальної політики спричинило збільшення чисельності зареєстрованих інвалідів. З іншого боку, обмежене фінансування соціальних програм для інвалідів (не зважаючи на юридичне забезпечення деяких пілг) та певне скорочення соціальних пілг (коли більший пріоритет мали певні професійні категорії зайнятості³) також призвело до зменшення кількості звернень громадян до медико-соціальних експертних комісій в цей період.

Спостерігаються досить значні регіональні відмінності в рівні інвалідації населення країни (рис. 3.2.2). Якщо в окремих західних областях (Закарпатська, Чернівецька, Рівненська) на тисячу населення приходиться 42-44 інваліди, то в Житомирській, Черкаській, Волинській і Хмельницькій – більше 60 інвалідів, а в Чернігівській – навіть 72 інваліди. Харківська область посідає проміжне положення за рівнем інвалідації населення. Станом на початок 2005 року кількість інвалідів тут становила 51 особу на 1000 населення.

Рис. 3.2.2. Регіональні відмінності в кількості інвалідів в розрахунку на 1 тисячу населення, початок 2005 року



Джерело: дані Держкомстату України

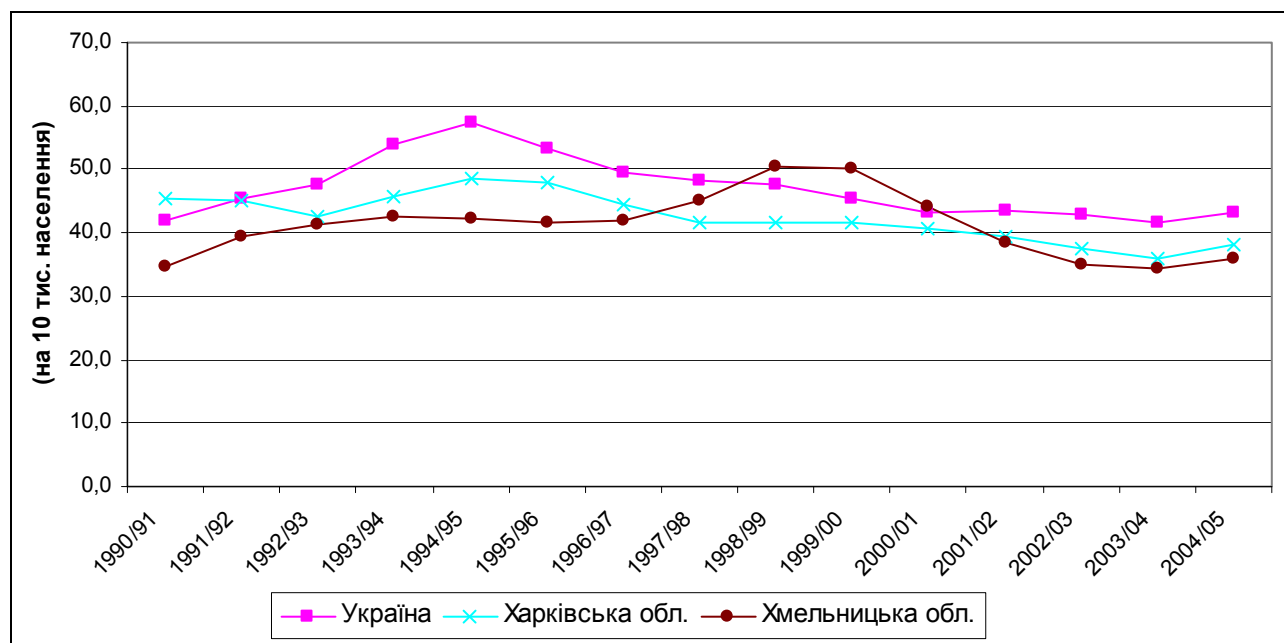
Прискорення темпів зростання первинної інвалідності наприкінці 80-х – початку 90-х років стало чи не найбільш показником погіршення соціальних умов та стану здоров'я населення України, які співпали з початком трансформаційного періоду. Загальний рівень первинної інвалідності населення України за період прискореного його зростання, який охоплює семирічний часовий проміжок 1987-1993 рр., збільшився майже в 1,8 рази (рис. 3.2.3). При цьому лише з 1989 по 1993 рр. рівень інвалідності зріс у півтора рази і досяг 58,5 вперше визнаних інвалідами в розрахунку на 10 тис. населення⁴. Ще в 1994 р. показник інвалідності утримувався на рівні, близькому до "пікового" (56 осіб на тисячу населення), проте потім розпочалось його зниження. В результаті показник 1996 року (49 осіб на тисячу населення) вже був близьким до рівня 1992 р. У 1997-1998 рр. первинна інвалідність становила близько 48 осіб на 10 тис. населення, починаючи з 1999 р. розпочався спад, який тривав до 2003 року, коли було зафіксовано мінімальний рівень первинної інвалідності у 40,9 осіб на 10 тис. населення. Проте, в 2004 році знову відбулось різке підвищення кількості первинно визнаних інвалідів – до 45,6 осіб на тисячу населення.

³ Див: Звіт Проекту (2006с), що містить детальний огляд аналізу цих тенденцій та їх впливу на політику соціальних послуг.

⁴ Показник на 10000 осіб стосується первинної інвалідності; показник на 1000 осіб стосується інвалідності в цілому.

Тенденції первинної інвалідності у Хмельницькій та Харківській областях у загальних рисах повторюють загальноукраїнські тенденції. Починаючи з 1994 року рівень чисельність осіб, які вперше визнані інвалідами, стабільно зменшувалась. Проте, пік інвалідності по Хмельницькій області припадає на 1998 рік, коли її рівень становив 53,3 випадки на 10 тис. населення. По Харківській області цей показник досягає свого найвищого рівня у 1990 та 1994 роках (48,9 та 49,4 відповідно). Найнижчі рівні первинної інвалідності спостерігались в цих регіонах впродовж 2002-2003 років; починаючи з 2004 року знову розпочалось зростання перших випадків інвалідності.

Рис. 3.2.3. Кількість первинно визнаних інвалідами усіх категорій (крім дітей-інвалідів) в Україні та в харківській та Хмельницькій областях, 1989-2004 рр.



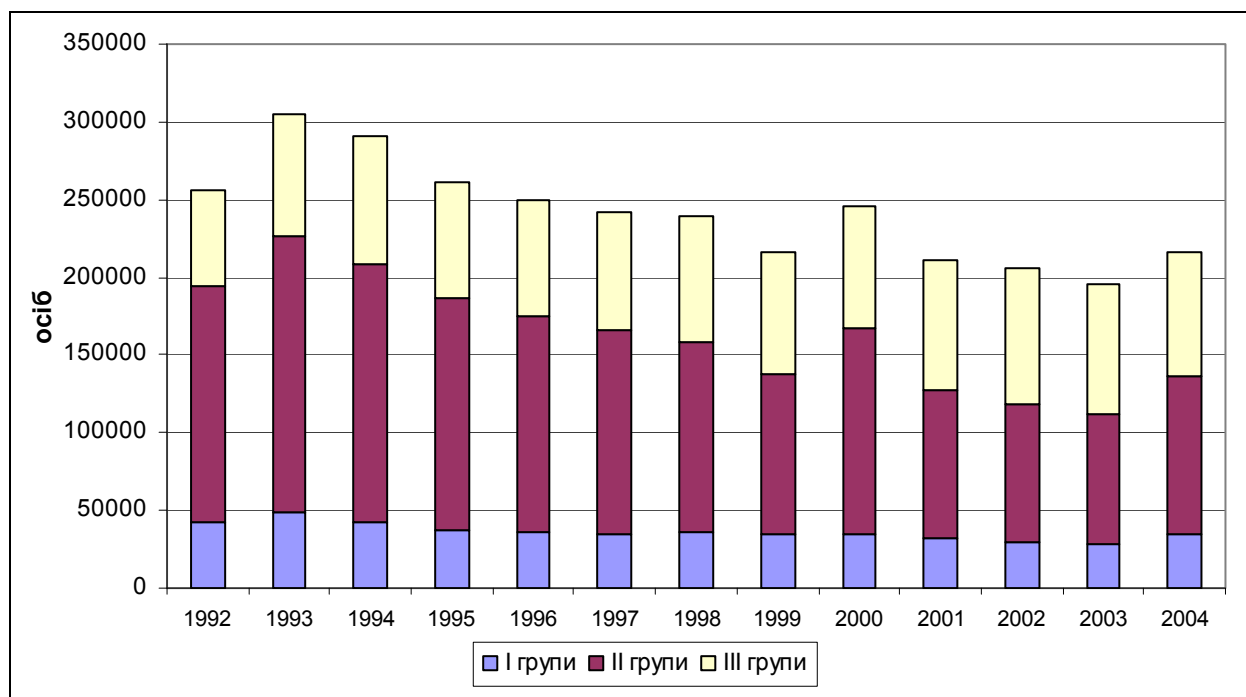
Джерело: дані Міністерства охорони здоров'я України

Таким чином, тенденції первинної інвалідності в Україні мають неоднозначний характер. Якщо надзвичайно високі темпи зростання первинної інвалідності у 1992-1993 роках певною мірою були обумовлені збільшенням звертань до МСЕК хворих для визнання їх статусу інваліда з метою отримати певні пільги та допомоги, тобто "легалізацією" прихованої інвалідності, то в кінці 1990-х років мотивація населення змінилась на протилежну. Це зумовлено загостренням ситуації на ринку праці, за якої зайняте населення прагне за будь-яких умов зберегти свої робочі місця, тому що рівень соціального забезпечення інвалідів був недостатнім для забезпечення життєвих потреб. Наявна статистика непрямо підтверджує, що останніми роками в Україні інвалідизація осіб старше працездатного віку набула прихованих форм: порівняно низькі показники первинної інвалідності в старших вікових групах показують, що далеко не всі літні люди з тяжкими хворобами і явно обмеженими можливостями звертаються за встановленням групи інвалідності. Очевидно, це викликано тим, що розмір пенсій за інвалідністю не перевищує пенсію за віком.

Дорослі та інвалідність

Показники первинної інвалідності дорослого населення та населення працездатного віку повторюють обриси динаміки загального показника за досліджуваний період: високі темпи зростання на початку 1990-х років із досягненням у 1993 р. максимальних значень змінюються зниженням цих показників в середині і, особливо, у другій половині 1990-х років і стабілізацією їх на цьому рівні. Як і в структурі всіх інвалідів, так і у складі первинних інвалідів підвищується частка інвалідів III групи, що є свідченням намагань працездатних за віком інвалідів зберегти роботу з одного боку, а з іншого – віддзеркаленням незадовільних умов і можливостей якісного лікування і реабілітації хворих (рис. 3.2.4). Водночас з 1992 по 2004 рік чисельність (і питома вага) первинних інвалідів, які належать до другої групи, зменшується (в порівнянні з 1992 роком - майже в 1,5 рази). Зменшується чисельність вперше визнаних інвалідами, які віднесені до I групи.

Рис. 3.2.4. Динаміка структури первинних інвалідів в Україні, 1992-2004 рр.



Регіональні особливості первинної інвалідності населення в загальних рисах повторюють варіацію загальної кількості інвалідів (табл. 3.2.2). З огляду на високі значення показників виділяються Чернігівська, Одеська та Миколаївська області, більш сприятлива ситуація спостерігається в Закарпатській, Сумській областях. Проте, порівняння тенденції первинної інвалідності в регіонах виявляє неоднозначні тенденції. В окремих областях за період 1995-2004 років відбувся різкий спад показників первинної інвалідності – зокрема, у Донецькій області кількість осіб, що вперше визнані інвалідами, зменшилась з 32,7 до 23,7 тис. осіб, у Львівській області - з 15,6 до 10,2 тис. осіб, а в Криму – з 14,8 до 10,2 тис. осіб. Аналогічне зниження відбулось і в Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Волинській, Чернівецькій, Черкаській, Хмельницькій, Харківській областях. В інших регіонах, навпаки, відбулось незначне підвищення рівня первинної інвалідності. Серед таких областей - Вінницька, Івано-Франківська, Закарпатська, Миколаївська, Одеська, Чернівецька та Тернопільська, де кількість первинних інвалідів в 2004 році перевищила показники 1995 року. Необхідно зазначити, що у всіх регіонах більшу частину (майже 70%) первинних інвалідів з числа дорослих в Україні становлять мешканці міських поселень. Природно, що особливо значний розрив між містами та селом характерний для регіонів з найбільшими промислово розвиненими містами – Донецької, Дніпропетровської, Одеської, Харківської областей. В порівнянні з 1995 роком, кількість первинно визнаних інвалідів в сільській місцевості зменшилась практично у всіх регіонах (за виключенням західних областей), що відповідає загальноукраїнським тенденціям.

Табл. 3.2.2. Кількість вперше визнаних інвалідами за регіонами (населення у віці 16 років і старше)

	Тис.								На 10 000 населення			
	всього				у тому числі у сільській місцевості				1995	2000	2003	2004
	1995	2000	2003	2004	1995	2000	2003	2004				
Україна	261,2	215,2	195,6	216,1	71,4	62,6	57,1	63,8	65	54	50	55
АР Крим	14,8	13,1	10,2	10,2	4,2	4,0	3,6	3,4	87	77	61	61
Вінницька	8,1	7,6	6,9	8,4	4,0	3,5	3,1	3,9	55	53	48	59
Волинська	6,0	4,7	3,8	3,9	2,5	1,9	1,6	1,7	74	58	46	47
Дніпропетровська	19,7	15,7	14,5	16,6	2,5	2,0	1,9	2,3	64	52	49	56
Донецька	32,7	21,5	22,2	23,7	3,6	2,8	2,7	2,9	78	53	55	59
Житомирська	7,6	7,4	6,0	6,5	3,2	3,0	2,4	2,6	65	65	53	59
Закарпатська	3,5	3,4	3,7	4,4	2,1	2,1	2,5	2,8	37	35	38	45
Запорізька	11,1	8,1	7,2	8,3	1,9	1,6	1,3	1,6	68	50	45	52
Івано-Франківська	4,7	5,7	5,5	5,5	2,3	2,8	2,9	2,9	43	51	50	49
Київська	10,8	7,4	7,1	7,8	4,2	2,8	2,7	2,9	72	50	48	53
Кіровоградська	6,3	4,7	4,4	4,9	2,4	1,7	1,6	1,7	66	51	48	54
Луганська	11,5	9,8	8,5	9,9	2,3	2,0	1,7	2,1	51	45	40	47
Львівська	15,6	13,1	11,7	10,2	4,2	4,6	4,2	3,7	74	61	56	49
Миколаївська	5,0	5,3	5,3	7,0	1,4	1,6	1,4	2,2	48	52	52	69
Одеська	12,6	11,8	10,7	13,0	3,7	4,3	3,8	4,6	62	59	53	65
Полтавська	8,9	7,7	6,3	7,5	3,5	3,1	2,5	3,1	64	57	47	57
Рівненська	6,3	5,5	5,1	4,9	3,3	2,7	2,5	2,4	71	61	56	54
Сумська	7,8	5,6	4,0	4,1	2,6	1,6	1,0	1,2	70	52	38	39
Тернопільська	4,0	3,5	3,8	4,5	2,0	1,7	2,1	2,4	44	38	42	50
Харківська	14,5	12,0	10,0	11,9	2,9	2,2	1,6	2,1	58	49	41	49
Херсонська	6,0	4,6	4,5	4,9	1,8	1,5	1,6	1,8	62	48	48	52
Хмельницька	6,3	6,0	4,9	5,2	2,5	2,5	2,1	2,1	53	51	42	46
Черкаська	7,7	7,0	6,1	6,2	3,0	2,5	2,3	2,3	64	60	53	55
Чернівецька	3,0	3,3	3,1	3,5	1,5	1,6	1,7	1,9	42	45	43	48
Чернігівська	8,9	6,4	6,0	7,5	3,7	2,4	2,2	3,1	81	61	58	75
Київ	16,1	12,5	12,1	13,3	—	—	—	—	78	58	55	59
Севастополь	1,7	1,8	2,0	2,3	0,05	0,1	0,1	0,1	53	57	63	70

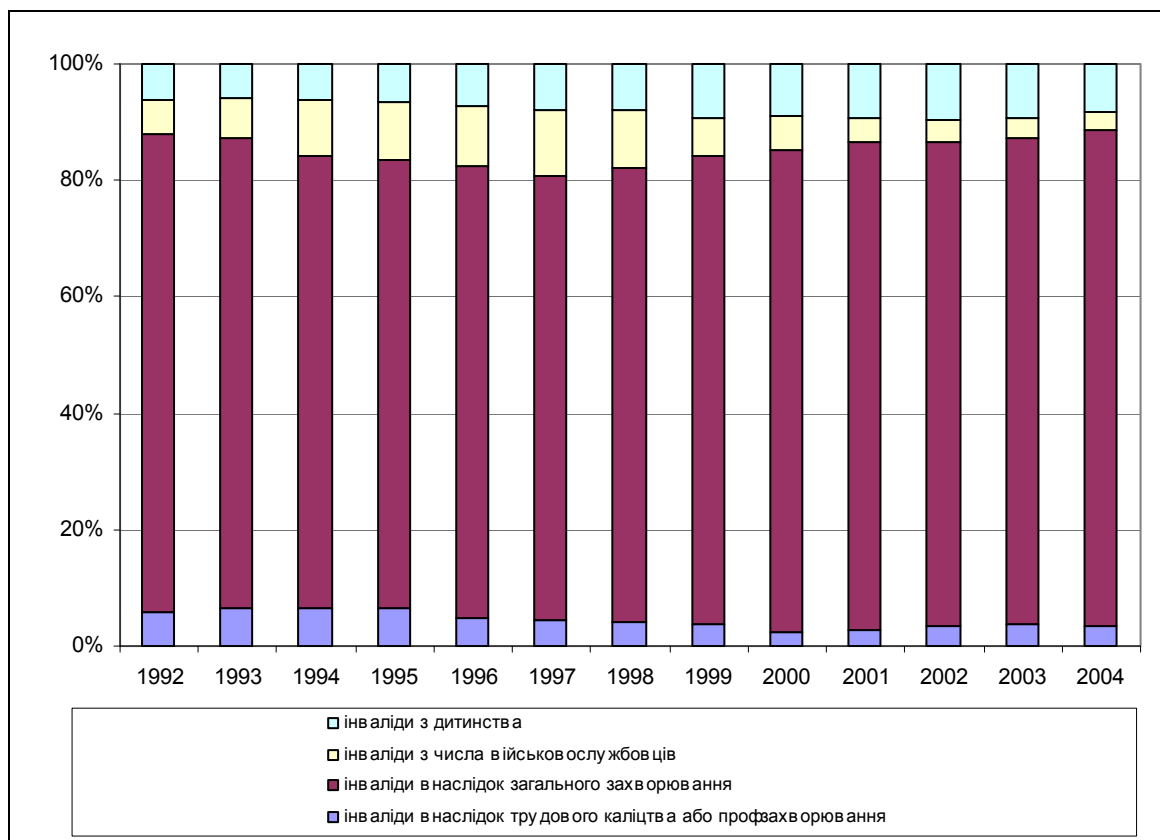
Джерело: дані Держкомстату України

Причина та структура інвалідності

Аналіз структури первинних інвалідів за причинами інвалідності показує, що абсолютна більшість з них є інвалідами внаслідок загального захворювання (рис. 3.2.5). Хоча загальна чисельність осіб, які вперше визнані інвалідами з цієї причини, зменшилась з 211 тисяч до 184,5 тисяч впродовж 1992-2004 років, їх питома вага у складі всіх інвалідів стабільно перевищувала 80% і нині зростає. Незначне зменшення їх частки спостерігалось у 1994-97 роках, в основному внаслідок різкого підвищення числа (і, відповідно, питомої ваги) первинних інвалідів із числа військовослужбовців. В останні роки чисельність первинних інвалідів серед військових значно зменшилась. Значно зменшилась за даний період і чисельність первинних інвалідів внаслідок трудового каліцтва або профзахворювання – з 14,7 до 7,3 тис. випадків. Проте, певний внесок до зменшення чисельності інвалідів від профзахворювань належить і загальному спаду виробництва впродовж 1990-х років. Тому не можна повністю віднести його на рахунок вдосконалення умов праці та технологічного прогресу.

На тлі загального зменшення рівня первинної інвалідності особливо негативно виглядає зростання кількості та питомої ваги інвалідів з дитинства. Хоча "пік" числа вперше зареєстрованих випадків цього типу інвалідності вже позаду (до 19,7 тис. осіб у 1999-2002 рр.), відповідні показники залишаються високими.

Рис. 3.2.5. Динаміка структури групи первинних інвалідів за причинами інвалідності, 1992-2004 рр.



Джерело: дані Міністерства праці та соціальної політики України

Підвищення інвалідності населення наприкінці 80-х – в першій половині 90-х років було пов’язане з високими темпами зростання інвалідності внаслідок найбільш вагомих її причин – хвороб системи кровообігу, новоутворень, захворювань кістково-м’язової системи і сполучної тканини, травм і отруєнь, а також (особливо в 1990-ті роки) – хвороб нервової системи і органів чуттів, хронічних неспецифічних захворювань органів дихання. Найчастіше до інвалідності дорослих призводять захворювання системи кровообігу (понад третина всіх випадків) та новоутворення (16,5% випадків). Традиційно серед вагомих причин первинної інвалідності також травми і отруєння, захворювання кістково-м’язової системи, розлади психіки і поведінки, хвороби нервової системи (табл. 3.2.3).

Соціально-економічна нестабільність в українському суспільстві, поширення бідності, що посилюється нестачею матеріальних та інших соціальних ресурсів, зниженням доступності до необхідних послуг, збільшенням життєвих потреб і звуженням можливостей їх задоволення, створили умови, сприятливі для наступу соціально детермінованих захворювань, які зумовлюють значний внесок до інвалідності населення. В якості прикладу розглянемо захворюваність на туберкульоз та інвалідність внаслідок цієї хвороби.

Табл. 3.2.3. Кількість вперше визнаних інвалідами внаслідок хвороби за класами хвороб у 2004 р.

	Тис.		Відсотків		На 10 000 населення	
	всього* ¹	у тому числі у працездатному віці	всього* ¹	у тому числі у працездатному віці	всього* ¹	у тому числі у працездатному віці* ²
Всього	216,1	147,0	100,0	100,0	55	52
у тому числі через хвороби						
інфекційні й паразитарні	9,3	9,1	4,3	6,2	2	3
новоутворення	35,6	24,8	16,5	16,9	9	9
ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	8,3	6,0	3,8	4,1	2	2
крові та кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму	0,6	0,5	0,3	0,4	0,1	0,2
розлади психіки та поведінки	12,0	11,1	5,6	7,5	3	4
нервової системи	12,3	10,5	5,7	7,1	3	4
ока та його додаткового апарату	7,8	4,7	3,6	3,2	2	2
вуха та соскоподібного відростка	1,5	1,4	0,7	0,9	0,4	0,5
системи кровообігу	68,2	29,0	31,5	19,8	17	10
органів дихання	7,4	5,2	3,4	3,5	2	2
органів травлення	5,3	4,7	2,4	3,2	1	2
сечостатевої системи	2,5	2,3	1,2	1,5	1	1
кістково-м'язової системи та сполучної тканини	19,1	14,4	8,8	9,8	5	6
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	26,2	23,3	12,2	15,9	7	8

Примітки: *¹ Населення у віці 16 років і старшому. *² На працездатне населення.

У сучасний період рівні захворюваності й інвалідності населення від туберкульозу в Україні є ганебно високими. Про це переконливо свідчать різні відмінності у показниках нашої країни та розвинутих європейських держав. Якщо у 1980 р. рівень захворюваності на туберкульоз в Україні перевищував відповідні показники країн Європейського Союзу в 1,7 рази, то у 2003 р. – у 6 разів. Ще більш вражаючим є розрив у рівнях смертності: у 1980 р. в Україні вмирали від туберкульозу утричі частіше, ніж у розвинутих європейських державах, а нині цей розрив сягає 20-21 раз. Нині щорічно від туберкульозу помирає близько 10-11 тис. українців, що становить в середньому 21-23 померлих у розрахунку на 100 тис. населення. Водночас у країнах Європейського Союзу відповідний показник смертності становить близько 1,0-1,1 померлих на 100 тис. осіб.

Суттєве підвищення захворюваності на туберкульоз спостерігається як серед дорослих, так і дітей та підлітків. Щорічно діагноз вперше виявленого активного туберкульозу ставлять близько 40 тис. особам, в тому числі 1,5 тис. дітей та підлітків. Рівень захворюваності на активний туберкульоз підвищився серед всього населення від 34,5 у 1989 р. до 81,2 у 2004 р., серед дітей – від 4,6 до 9,5 відповідно (у розрахунку на 100 тис. осіб). Така тенденція викликає особливу тривогу, оскільки, як відомо, зростання рівня захворюваності серед дітей є вельми несприятливою ознакою з огляду перспектив розвитку епідемічної ситуації в майбутньому. За даними МСЕК станом на 2004 р., в Україні було зареєстровано 8811 первинних інвалідів внаслідок туберкульозу (2,2 випадки в розрахунку на 10 тис. населення), з них 8195 (2,1 на 10 тис. осіб) – внаслідок туберкульозу легень. Причому, переважну більшість цих інвалідів становило працездатне населення (8581 особа).

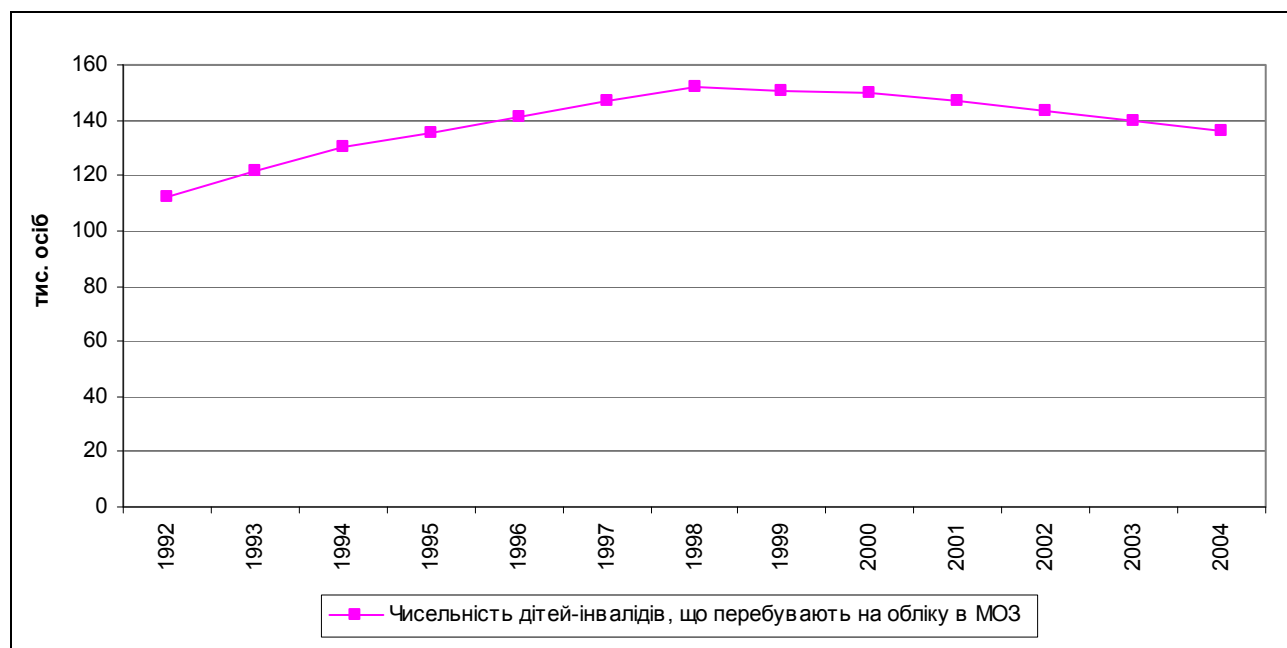
Епідемічна ситуація з туберкульозу є досить неоднорідною у регіональному контексті. Найвищі рівні смертності та інвалідності, обумовлені туберкульозом, спостерігаються у південно-східному і південному регіонах України. Лідерами вже не перший рік є Донецька та Херсонська області, де рівень інвалідності населення внаслідок туберкульозу удвічі перевищує відповідний середньоукраїнський показник: відповідно 4,5 і 4,4 випадки на 10 тис. населення проти 2,2 в цілому по Україні. Найнижчий рівень інвалідності внаслідок туберкульозу спостерігається в Сумській та Черкаській областях (по 0,8 випадків на 10 тис. населення). Рівень інвалідності внаслідок туберкульозу в Харківській області є нижчим за загальний рівень в Україні (1,5 випадки на 10 тис.), а в Хмельницькій – практично дорівнює середньому по країні показнику (2,1 на 10 тис. населення). Ці показники є не лише індикаторами погіршення ситуації у сфері охорони здоров'я, але й відображенням ступеню сприятливості умов, в яких відбувається розвиток населення в цілому. Захворюваність і інвалідність від цих причин є попереджуваною, тобто такою, якої можна уникнути і якій можливо запобігти. Демографічні втрати від них можна звести до мінімуму за умови створення і підтримки середовища, що сприятиме здоров'ю, безпеці і добробуту населення, в тому числі це стосується й соціальних послуг.

Дитяча інвалідність

Дитяча інвалідність, навіть на фоні зниження показника народжуваності, має стійку тенденцію до зростання (рис. 3.2.6). Понад 5% загального контингенту інвалідів становлять діти віком до 18 років (125,5 тис. осіб станом на початок 2005 року). Погіршення здоров'я дітей зумовлюється цілим комплексом соціально-економічних причин, серед яких не в числі останніх недосконалість існуючої системи медичного забезпечення дітей і підлітків, погіршення якості харчування, техногенні перевантаження, зменшення обсягу профілактичних програм в амбулаторно-поліклінічній ланці охорони здоров'я, частіше стресових ситуацій, недосконалість системи психолого-педагогічної підтримки дітей із соціально неблагополучних родин, неефективність освітніх програм для формування в дітей культури здоров'я. Це призводить до високого показника інвалідності. Підвищення інвалідності зумовлене погіршенням стану здоров'я дітей, різким зростанням кількості хронічних захворювань, впливом генетичного та інших факторів. У перехідний період випереджаючими темпами зростала накопичена інвалідність дітей внаслідок вроджених аномалій, туберкульозу, хвороб кістково-м'язової системи і сполучної тканини, сечостатевої системи, а також захворювань крові й кровотворних органів, патологій органів дихання та новоутворень.

За період з 1995 по 2004 рр. загальна чисельність дітей-інвалідів збільшилась з 112 до 135 тис. осіб. "Пік" дитячої інвалідності був зафіксований у 1998 р., пізніше розпочалось зменшення їх числа. Останнім часом загальний контингент дітей-інвалідів трохи зменшився, незначне зниження спостерігається і по первинній інвалідності дітей, хоча рівень накопиченої дитячої інвалідності тенденції до зниження не виявляє (більше того, показник 2002 року перевищує рівень 2000 року на 5%).

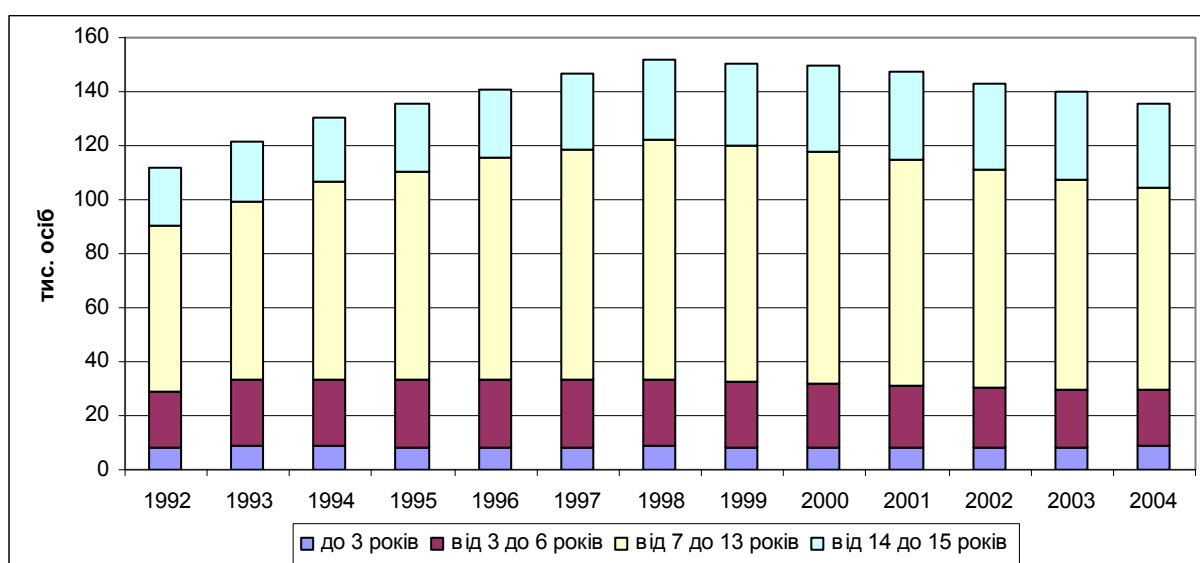
Рис. 3.2.6. Динаміка загальної чисельності дітей-інвалідів (віком до 16 років) в Україні, 1992-2004 рр.



У 2004 році було зареєстровано 135773 дитини-інваліда віком до 16 років, з яких 87487 мешкають у місті, а 48286 – у селі. При чому в 2004 році дітей, які стали інвалідами, нараховувалось майже 15923 дитини, кількість дітей-інвалідів до трьох років становила 9105, від 3-х до 6 років – 20909, від 7 до 13 років – 74492, та у віці 14-15 років – 31267 дітей.

В цілому у віковій структурі дитячої інвалідності основна частина припадає на категорії дітей віком від 7 до 15 років. Прошарок саме цієї вікової категорії дітей переважає практично у всіх групах хвороб причинної структури інвалідності. Більше половини дітей-інвалідів традиційно становлять діти віком 7-13 років, близько 20% - діти віком 14-15 років. Найменшу частку дітей-інвалідів становлять наймолодші групи населення – віком до 3 років. За даними 2004 року вони становили лише 6,7 % всіх дітей-інвалідів (рис. 3.2.7).

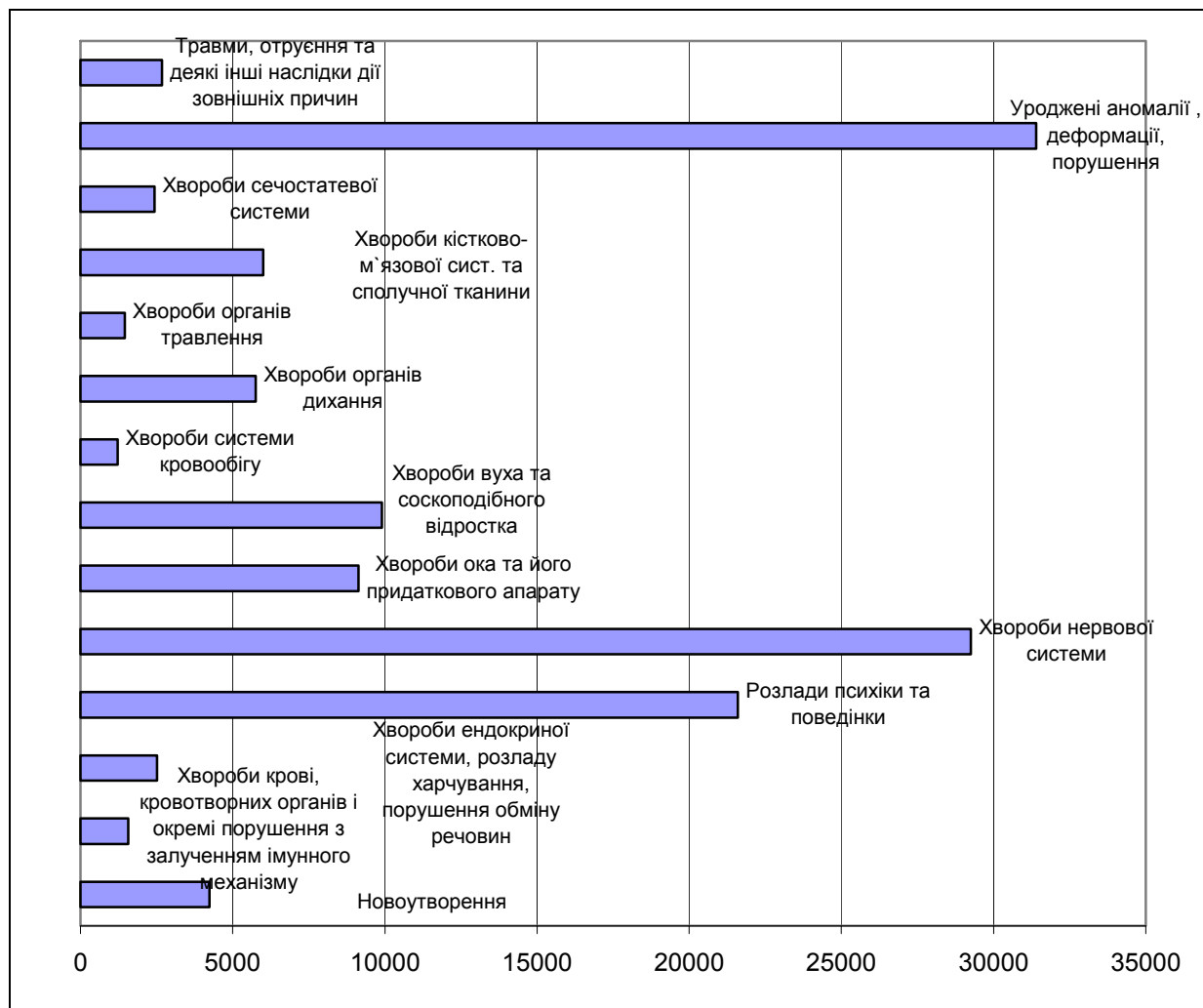
Рис. 3.2.7. Вікова структура дітей-інвалідів впродовж 1992-2004 років



Провідними причинами дитячої інвалідності в Україні нині є хвороби нервової системи (насамперед, дитячий церебральний параліч) – на них припадає близько 1/4 від загального контингенту дітей-

інвалідів та майже 1/5 дітей, які вперше визнаються інвалідами. Наступними за значущістю причинами виступають вроджені аномалії (їх внесок як у загальну, так і у первинну інвалідність дітей становить 21%) та розлади психіки й поведінки (частка цієї причини – 16%). Досить поширеними причинами інвалідизації дітей є також хвороби ока та його додаткового апарату, вуха й соскоподібного відростку, хвороби органів дихання, кістково-м'язової системи і сполучної тканини, захворювання ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин та імунітету⁵ (рис. 3.2.8).

Рис. 3.2.8. Дитяча інвалідність за класами хвороб в Україні, 2004 рік



У **Харківській** області зареєстровано 8132 випадки дитячої інвалідності, з яких 6034 випадки у містах, а 2098 – на селі. Домінує інвалідність внаслідок хвороб нервової системи, у 2004 році вона становила 2033 випадки або 25% від загальної кількості дітей-інвалідів (8132 випадки). На другому місці знаходяться уроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення, що становлять 19% всіх випадків. Але серед дітей, які вперше у 2004 році стали інвалідами, більша частка припадає на уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення – 175 випадків, вже за ними йдуть хвороби нервової системи та розлади психіки та поведінки – 129 та 104 випадки відповідно (рис. 3.2.9).

У **Хмельницькій** області за 2004 рік зареєстровано 4891 дитина-інвалід, з яких 2606 проживає у місті, а 2285 у селі. Вперше у звітному році стали інвалідами 447 дітей, що становить 9% від

⁵ В повіковому розрізі більш за все зареєстровано також випадків дитячої інвалідності за уродженими аномаліями та хворобами нервової системи. За даними Мінохорони здоров'я, щороку в Україні народжується близько 3 тис. дітей з вродженими вадами серця та магістральних судин, які потребують негайних реабілітаційних заходів і кваліфікованого нагляду. Значна доля припадає на хвороби ендокринної системи розлади харчування та порушення обміну речовин.

загальної кількості дітей-інвалідів по області. Більша кількість інвалідів припадає на хвороби нервової системи, які становлять 22% від загальної кількості хвороб, майже 21% дитячої інвалідності зареєстровано у випадках уроджених аномалій, деформації та хромосомних порушеннях. Значне місце посідають також розлади психіки та поведінки - 15% (рис. 3.2.10).

Таким чином, як по Україні в цілому, так і по областях більшість випадків дитячої інвалідності зареєстровано у зв'язку з хворобами нервової системи, розладами психіки та поведінки і уродженими аномаліями (вадами розвитку), деформаціями та хромосомними порушеннями. Але єдиною відмінністю є те, що по областях превалює захворювання на хвороби нервової системи, а по Україні в цілому уроджені аномалії. Кількість вперше зареєстрованих випадків дитячої інвалідності по областях становлять близько 9% від загальної кількості дітей-інвалідів, по Україні цей показник трохи вище і становить близько 12%. У повіковому розрізі ситуація з кількістю дітей-інвалідів майже однакова для областей та в цілому по країні, більш за все інвалідність спостерігається у дітей віком 7-13 років, потім йдуть діти віком 14-15 років, 3-6 років та до 3-х років.

Рис. 3.2.9. Дитяча інвалідність за класами хвороб в Харківській області, 2004 рік

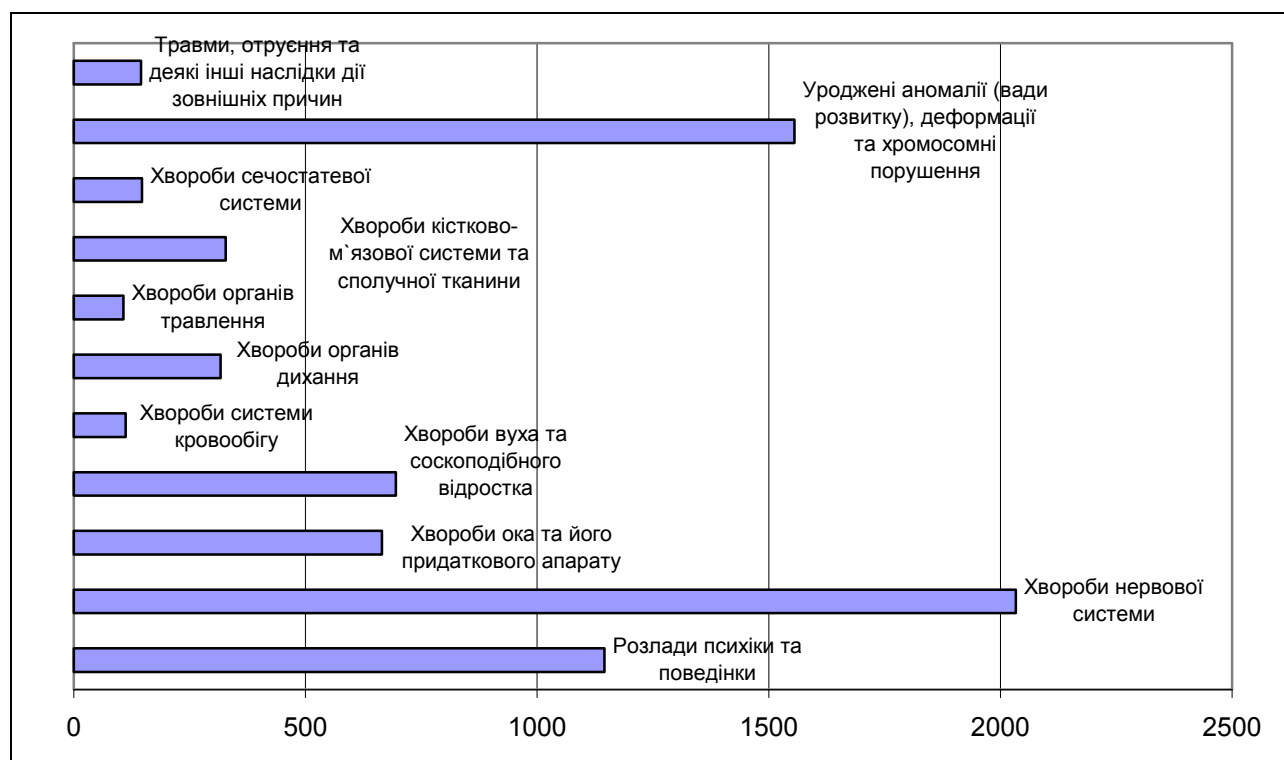
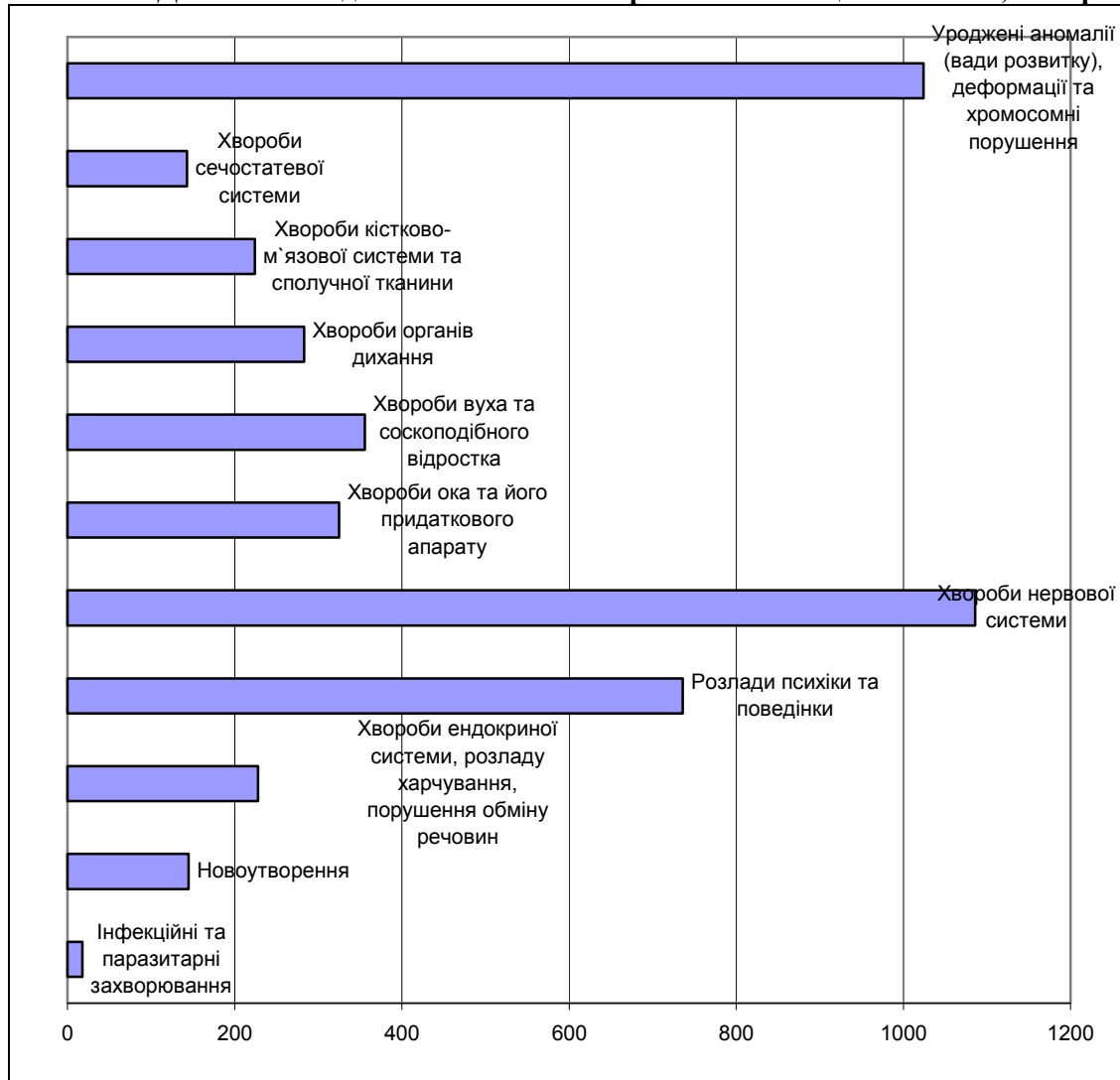


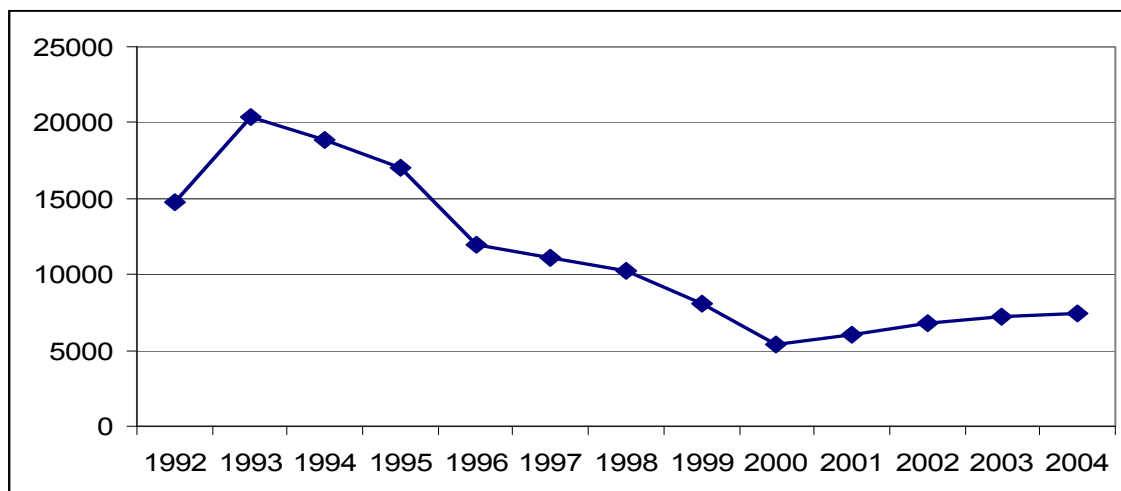
Рис. 3.2.10. Дитяча інвалідність за класами хвороб в Хмельницькій області, 2004 рік



Інвалідність внаслідок трудового каліцтва та профзахворювань

Показники інвалідності внаслідок трудового каліцтва та профзахворювань великою мірою залежать від умов праці на виробництві, та коливань чисельності зайнятих у виробничій сфері. Аналіз даних (рис. 3.2.11) про чисельність вперше визнаних інвалідами внаслідок трудового каліцтва та профзахворювань за 1992-2004 рр. свідчить про її значне скорочення з 1991 по 2000 роки (з 20000 випадків до 5000), що можна пояснити економічним спадом, скороченням обсягів виробництва і як наслідок – скороченням зайнятості у виробничій сфері. Починаючи з 2000 року, що співпадає із поживленням в економіці і активізацією виробничого процесу, спостерігається чітка тенденція до зростання інвалідності. У 2004 році чисельність вперше визнаних інвалідами внаслідок трудового каліцтва та профзахворювань становила близько 7000 осіб.

Рис. 3.2.11. Кількість вперше визнаних інвалідами внаслідок трудового каліцтва та профзахворювань в Україні, 1992-2004 роки



Разом з тим, загальна чисельність інвалідів від професійного захворювання і трудового каліцтва має тенденцію до зниження (табл. 3.2.4), що можна пояснити значним скороченням випадків реєстрації інвалідів у попередній період (див. вище коментарі щодо факторів, що заважали реєстрації).

Табл. 3.2.4. Чисельність та структура групи інвалідів через професійні захворювання і трудове каліцтво (1999-2005 рр.)

	Чисельність, осіб						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Всього інвалідів	113 096	109 783	104 818	101 837	90 920	70 054	57 896
1 групи	8 518	8 172	7 853	7 507	6 282	4 416	3 512
2 групи	32 424	29 864	27 428	25 497	21 056	14 256	10 872
3 групи	72 154	71 747	69 537	68 833	63 528	51 382	43 512

Слід відмітити також тенденцію до зменшення питомої ваги інвалідів більшого ступеню важкості (1 та 2 групи) – див. рис. 3.2.12.

Рис. 3.2.12. Динаміка структури інвалідів внаслідок трудового каліцтва або профзахворювання.



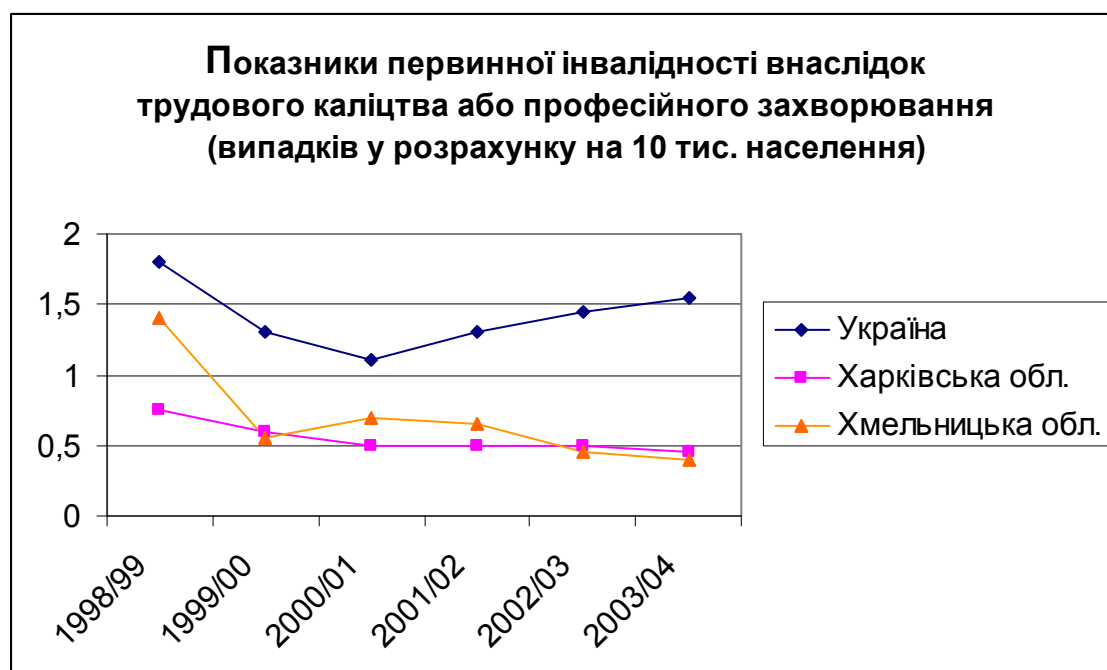
На даний час в Україні зберігається значна кількість осіб, які працюють в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам. Найбільша їх кількість у вугільній промисловості

(питома вага шахтарів серед всіх потерпілих на виробництві у 2004 році склала 52,8%), далі йдуть такі галузі, як чорна металургія, машинобудування, будівництво, промисловість будівельних матеріалів.

Формування професійної патології працюючих осіб в Україні зумовлено участю близько 140 шкідливих факторів. Це різні види виробничого пилу, шум, локальна та загальна вібрація, різні види хімічних речовин, низькі і високі температури, електромагнітні, неіонізуючі та іонізуючі випромінювання. Найбільшу питому вагу у структурі професійної захворюваності, займають пилові захворювання легень, зокрема, пневмоконіоз, хронічний бронхіт, що виникають переважно у робітників вугільних шахт, виробництва промислових будівельних матеріалів та чорної металургії. Друге місце належить вібраційно-шумовій патології. Тенденцією до зростання характеризуються і хронічні професійні захворювання опорно-рухового апарату. Рівень захворюваності хімічного генезу (отруєння, дерматити, катаракта) коливається з року в рік від 2% до 5%. Проблема професійного раку в Україні має значення і в зв'язку з використанням іонізуючого опромінювання, експлуатацією уранових копалень. Серед профзахворювань хімічної етіології особливе місце займає отруєння важкими металами.

На відміну від показників первинної інвалідності внаслідок трудового каліцтва та профзахворювань в цілому по Україні, по **Харківській** та **Хмельницькій** областях цей показник є помітно нижчим і не має тенденції до збільшення останнім часом. Слід відмітити, що і питома вага працівників, які працюють в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам, в цих двох регіонах нижче, ніж в Україні в цілому (в Харківській області цей показник дорівнює 21%, в Хмельницькій – 16%, в цілому по Україні – 27% - див. рис. 3.2.13).

Рис. 3.2.13. Динаміка первинної інвалідності внаслідок трудового каліцтва або професійного захворювання в Україні, 1998-2004 роки (на національному рівні та в Харківській та Хмельницькій областях)



В Харківській області за весь період дослідження спостерігаються достатньо стабільні показники інвалідності. У Хмельницькій області динаміка має більш неоднозначну тенденцію. Так, у 1999 році відбулося зниження показника з 1,3 до 0,5 випадків на 10 тис. населення, далі спостерігається зростання до 0,8 випадки на 10 тис. населення у 2001 році і після цього - зниження та стабілізація у 2003-2004 роках на рівні 0,4 випадки на 10 тис. населення. На сьогоднішній день показники у цих регіонах мають майже однакове значення.

Надалі можна очікувати зниження рівня інвалідності. Зменшенню інвалідності внаслідок трудового каліцтва та профзахворювань у перспективі сприятиме покращання умов праці на виробництві та зменшення чисельності зайнятих в умовах, які не відповідають санітарно-гігієнічним нормам.

Прогноз чисельності інвалідів в Україні, Харківській та Хмельницькій областях

Демографічний прогноз зазвичай будується за умови відсутності будь-яких непрогнозованих катастрофічних подій, які можуть суттєво вплинути на показники природного та міграційного руху населення протягом прогнозного періоду. Навіть у більшій мірі таке припущення доцільне при прогнозі кількості інвалідів. Очевидно, що чисельність інвалідів може бути різко змінена внаслідок великої аварії на виробництві чи у комунальному господарстві, веденні воєнних дій на території країни або її широкою участі в конфліктах за кордоном, в разі епідемії або поширення СНІДу тощо. Деталізований за віком розподіл інвалідів отримати не вдалося, хоча, вочевидь, має існувати залежність частки інвалідів від особливостей вікової структури населення. Тому прогнозні гіпотези ґрунтуються на досить грубих припущеннях. Останні роки демонструють загалом позитивну тенденцію зниження питомої ваги інвалідів, як дітей (до 18 років), так і дорослих (18 і старше). Зокрема, частка дітей-інвалідів серед усіх дітей того ж віку знизилась із 1,44% в 2001 р. до 1,37% в 2004. Питома вага інвалідів I, II та III груп серед дорослого населення змінила своє значення з 6,44 до 6,15% за ті ж роки.

Перспективну кількість інвалідів обчислено, виходячи з гіпотези про поступове зменшення їх питомої ваги в населенні. Частка інвалідів серед дітей до 18 років скоротиться до 1,18%, а частка інвалідів I, II та III груп серед дорослих знизиться до 5,20%. Скорочення відсотку інвалідизації населення України та її областей пов'язується з кількома гіпотезами, що діятимуть сукупно і поступово у напрямку зниження цього показника:

- (i) Певна частка сучасних інвалідів отримала статус незаконно з метою уникнення строкової служби в армії, отриманні певних видів пільг тощо. Перехід до професійної армії та ретельний контроль отримання статусу інваліда сприятимуть скороченню чисельності окремих контингентів інвалідів.
- (ii) Успіхи медицини в розпізнаванні генетичних та інших захворювань на стадії розвитку плоду сприятимуть зниженню народжуваності дітей із уродженими вадами розвитку тощо, які можуть призвести до інвалідності.
- (iii) Уже зараз прийняті і діють, а також розробляються і очікують свого впровадження державні та національні програми, частина заходів яких спрямована саме на зниження інвалідизації населення, як-от: "Дитяча онкологія" (на 2006-10 рр.), Державна цільова програма "Репродуктивне здоров'я нації" (на 2006-15 рр.), Програма попередження серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань, спрямована на зниження передчасної смертності та інвалідності в Україні на 2005 - 2010 роки.

Загальна кількість інвалідів змінюватиметься також під впливом зміни структурних вікових співвідношень. Таким чином, прогнозами, представленими на рис. 3.2.14, а також порівняльними даними, представленими в табл. 3.2.5, на рис. 3.2.15 та 3.2.16 стосовно Харкова та Хмельницького, передбачається зниження чисельності інвалідів як у результаті їх природного вимирання, так і скорочення числа вперше визнаних інвалідами внаслідок загального покращення здоров'я населення.

Рис. 3.2.14. Прогнозна оцінка чисельності інвалідів в Україні до 2051 року

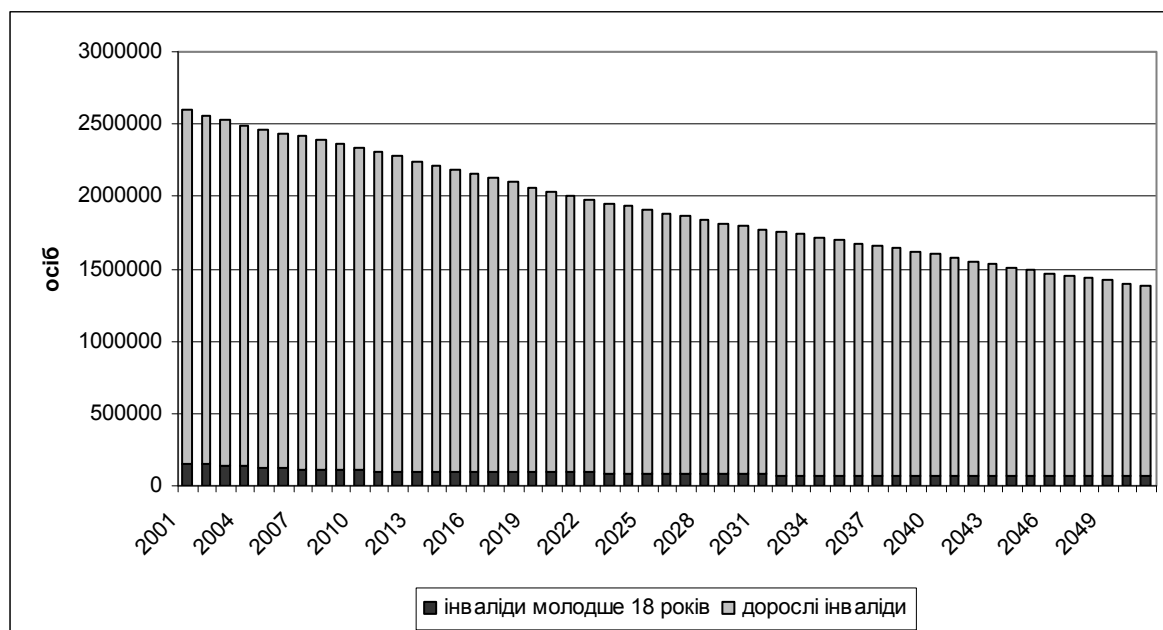


Табл. 3.2.5. Прогнозні оцінки чисельності інвалідів в Україні, Хмельницькій та Харківській областях до 2050 року

	<i>тис. осіб</i>									
	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Україна	2462,2	2335,2	2183,3	2036,4	1907,1	1793,9	1699,5	1597,0	1489,9	1401,3
інваліди молодше 18 років	125,4	105,5	96,9	93,6	86,4	77,6	71,0	67,4	65,5	63,4
дорослі інваліди	2336,8	2229,7	2086,4	1942,9	1820,7	1716,3	1628,4	1529,6	1424,5	1337,9
Хмельницька область	87,6	81,3	74,5	67,4	61,0	55,2	50,9	46,6	42,4	39,6
інваліди молодше 18 років	4,6	3,8	3,3	3,1	2,8	2,4	2,1	1,9	1,9	1,8
дорослі інваліди	83,0	77,6	71,2	64,3	58,2	52,8	48,7	44,6	40,5	37,8
Харківська область	145,6	141,8	136,6	129,0	122,6	117,7	113,9	109,5	104,7	101,2
інваліди молодше 18 років	6,9	5,7	5,6	5,6	5,4	4,8	4,5	4,4	4,4	4,4
дорослі інваліди	138,7	136,1	131,1	123,3	117,2	112,9	109,5	105,1	100,3	96,9

Аналогічні тенденції будуть спостерігатись і в пілотних регіонах даного дослідження – в Хмельницькій та Харківській областях.

Рис. 3.2.15. Прогнозна оцінка чисельності інвалідів в Хмельницькій області до 2051 р.

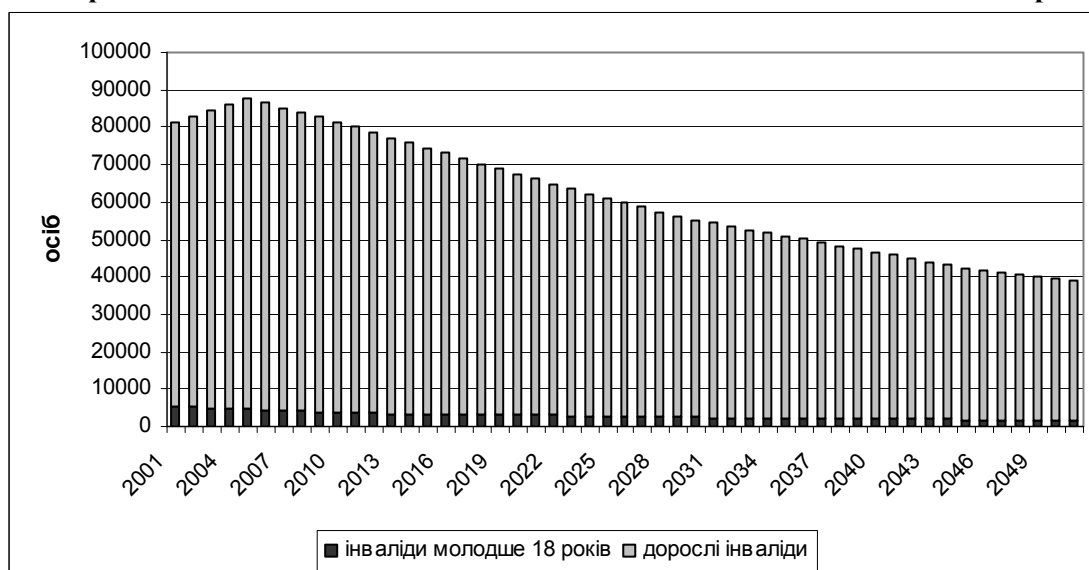
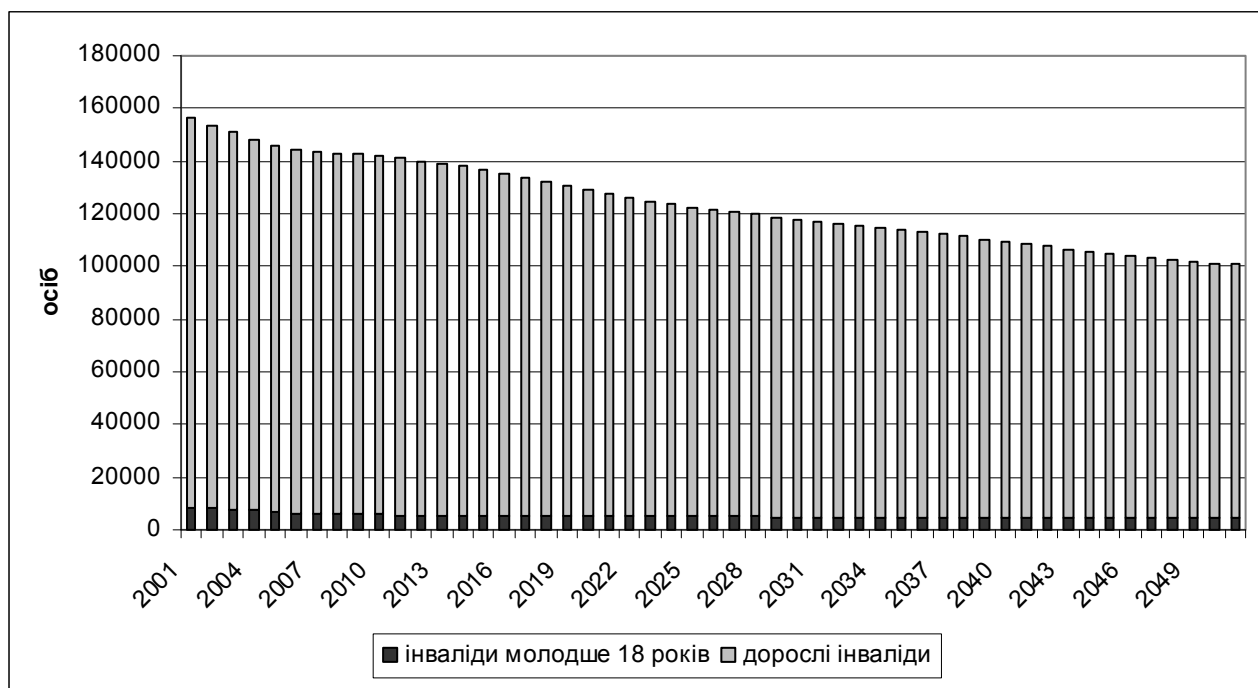


Рис. 3.2.16. Прогнозна оцінка чисельності інвалідів в Харківській області до 2051 року



Аналіз статистики зареєстрованих випадків розумових захворювань в Україні за період 1989-2004 рр.

Важливу роль у формуванні демографічного потенціалу відіграє стан психічного здоров'я населення. Нажаль, в Україні простежується тенденція до його погіршення. Негативний вплив на психіку людини спричиняють погіршення екологічної ситуації, збільшення кількості соціально зумовлених стресогенних чинників, а також зростання й розширення масштабів техногенних аварій та природних катастроф, які мають серйозні віддалені медико-соціальні наслідки. Аналіз захворюваності свідчить про збільшення в останні роки кількості психогенних за походженням соматизованих і психосоматичних порушень із хронічним перебігом на тлі практично незмінного рівня захворюваності на психози. При цьому відмічається також виражений патоморфоз клінічної структури психогеній. Масова невротизація населення проявляється у різних варіантах: розвиток невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів; поява масових порушень психіки і поведінки релігійно-містичного та окультного змісту у вигляді пасивно-оборонних і агресивно-деструктивних форм; домінування дебютантних форм ендогенних психозів.

Вивчення структури зареєстрованих випадків проблем психічного розвитку серед населення вимагає перед усім розчленування її на три основні складові: кількість хворих на розлади психіки, що становлять психотичну групу нагляду, кількість хворих, що становлять непсихотичну групу, та населення з розумовою відсталістю. На основі такого групування можна пояснити склад категорії населення з розладами психіки, а також зміни в ній, тобто структуру і структурні зрушення. Уявлення про питому вагу окремих груп розладів психіки за 1989-1993, 1994-1998 та 1999-2004 рр. та їх зміну протягом цих періодів дають дані табл. 3.2.6. та рис. 3.2.17.

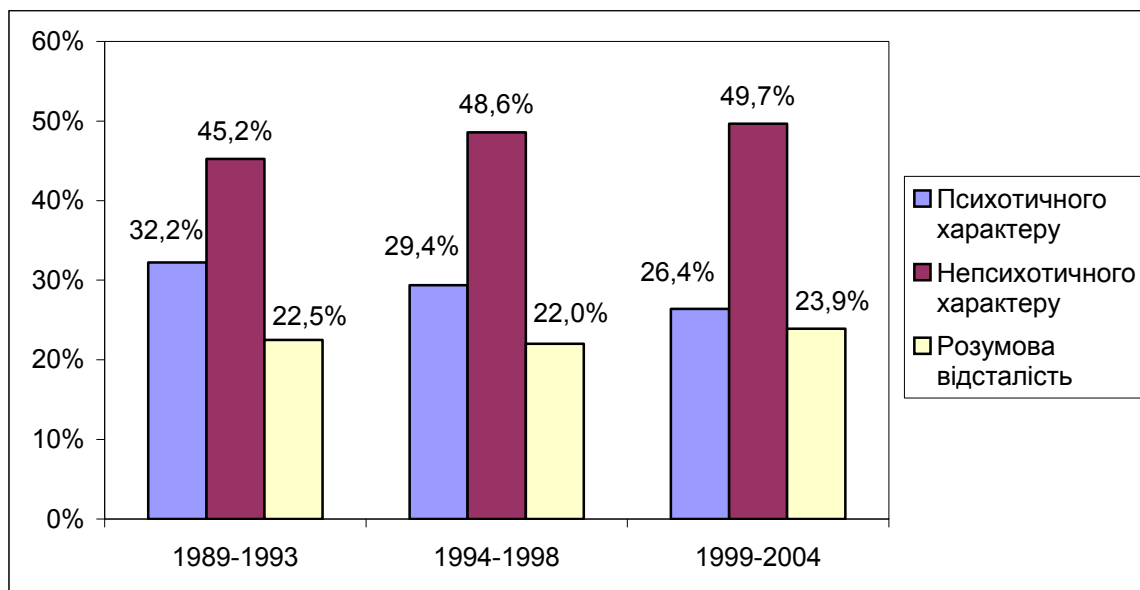
Табл. 3.2.6. Структура і структурні зрушення поширеності розладів психіки та поведінки за характером розладу, Україна, 1989-2004 роки

Розлади психіки	Кількість хворих, осіб на 100 000 населення (в середньому за рік)			Питома вага хворих (у середньому за рік)			Показники структурних зрушень			
	1989-1993	1994-1998	1999-2004	1989-1993	1994-1998	1999-2004	абсолютні, в.п.		відносні, %	
	y_1	y_2	y_3	d_1	d_2	d_3	(d_3-d_1)	(d_3-d_2)	d_3/d_1	d_3/d_2
Психотичного характеру	667,7	680,0	645,0	0,322	0,294	0,264	-0,058	-0,030	0,819	0,899
Непсихотичного характеру	936,9	1 124,2	1 222,4	0,452	0,486	0,497	0,044	0,011	1,098	1,022
Розумова відсталість	466,3	509,1	588,6	0,225	0,220	0,239	0,014	0,019	1,062	1,087

* Розраховано Проектом за даними Міністерства охорони здоров'я України

З рис. 3.2.17 видно, що нині основною групою психічних розладів в Україні є непсихотичні (тобто соціально детерміновані) розлади. Аналіз даних показує, що питома вага цієї групи має стійку тенденцію до зростання. Якщо в середньому за період 1989-1993 рр. її частка становила 45,2%, то в середньому за період 1999-2004 питома вага розладів непсихотичного характеру зросла до 49,7% або на 9,8%

Рис. 3.2.17. Структура поширеності розладів психіки та поведінки в Україні, 1989-2004 рр.



Дещо подібна тенденція простежується серед хворих з розумовою відсталістю. У середньому за період 1999-2004 роки порівняно з попередніми періодами відбулося зростання, питома вага цієї групи збільшилася до 23,9 відсотків, або на 6,2% порівняно з середнім значенням за період 1989-1993 рр. На противагу цьому відбулося зниження питомої ваги поширеності розладів психотичного характеру з 32,2 до 26 відсотків у 1999-2004 рр. порівняно з 1989-1993 рр., або на 18,1 відсоток. Слід зазначити, що в період 1989-1991 рр. у розрізі по категоріям маємо дані лише про хворих, які знаходилися в диспансерній групі нагляду, тобто реальне число захворювань могло перевищувати приведені. З цього слідує, що зростання питомої ваги розладів непсихотичного характеру та розумової відсталості могло бути менш суттєвим, тоді як зменшення психотичної групи - більш

інтенсивним. Для загальної характеристики інтенсивності зміни питомої ваги всіх груп психічних розладів розрахуємо зведені абсолютні і відносні квадратичні коефіцієнти структурних зрушень.

Квадратичний коефіцієнт "абсолютних" структурних зрушень за 1999-2004 рр. порівняно з 1989-1993

рр. становитиме:
$$\sigma_a = \sqrt{\frac{\sum_1^m (d_{j3} - d_{j1})^2}{n}} = \sqrt{\frac{1489,78}{3}} = 0,0447 \text{ в.п.}$$
 і свідчить, що питомі ваги різних категорій психічного розладу у середньому відхиляються на 0,0447 в.п.

Квадратичний коефіцієнт "абсолютних" структурних зрушень за 1999-2004 рр. порівняно з 1994-1998

рр. становитиме:
$$\sigma_a = \sqrt{\frac{\sum_1^m (d_{j3} - d_{j2})^2}{n}} = \sqrt{\frac{0,001}{3}} = 0,0183 \text{ в.п.}$$
 і свідчить, що питомі ваги різних категорій психічного розладу у середньому відхиляються на 0,0183 в.п.

Отже за період 1999-2004 рр. порівняно з 1989-1993 рр. структурні зрушення відбувалися швидше, ніж за період 1999-2004 рр. порівняно з 1994-1998 рр.

Проаналізувавши швидкість змін, проаналізуємо їх інтенсивність.

Квадратичний коефіцієнт "відносних" структурних зрушень за 1999-2004 рр. порівняно з 1989-1993

рр.:
$$\sigma_b = \sqrt{\sum \frac{(d_{j3} - d_{j1})^2}{d_{j1}}} = \sqrt{0,0158} = 0,1255\%$$
, що вказує на незначну інтенсивність змін у структурі розладів психіки та поведінки по категоріям.

Квадратичний коефіцієнт "відносних" структурних зрушень за 1999-2004 рр. порівняно з 1994-1998

рр.:
$$\sigma_b = \sqrt{\sum \frac{(d_{j3} - d_{j2})^2}{d_{j2}}} = \sqrt{0,0049} = 0,0701\%$$
.

Аналіз розрахованих величин відносних квадратичних коефіцієнтів структурних зрушень свідчить, що в Україні спостерігається тенденція до зменшення інтенсивності зміни структури поширеності розладів психіки (табл. 3.2.7). Темп накопичення розладів психіки та поведінки серед населення України відображає динаміка захворюваності. Для того, щоб повністю зрозуміти структуру і динаміку захворюваності на розлади психіки на Україні, було б доцільно доповнити аналіз структури поширеності описом інтенсивності захворювання, тобто розглядом динамічних рядів кількості осіб з уперше в житті встановленим діагнозом про психічний розлад, які взяті під диспансерний і консультативний нагляд психоневрологічними закладами. Протягом 1990–2000 рр. захворюваність населення на психотичні розлади збільшилася на 5% і складала в 2000 р. 260,7 на 100 тисяч населення (1990 р. — 248,0) Пік зростання захворюваності припадає на 1997–1998 рр. (відповідно 281,0–289,0 на 100 000 населення). 2001 та 2002 рр. характеризуються скороченням захворюваності до значень, які були характерні для психіатричної служби на початку 90-х рр. (відповідно 252,9–248,7 на 100 000 населення). Це відбулося за рахунок зменшення захворюваності на непсихотичні розлади (1990 р. — 182,0; 1995р. — 189,0; 1998 р. — 204,0; 2001 р. — 178,2; 2004 р. — 173,8).

Табл. 3.2.7. Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки за характером розладу, Україна, 1989-2004 роки

Розлади психіки	Кількість уперше в житті зареєстрованих випадків, осіб на 100 000 населення (у середньому за рік)			Питома вага (у середньому за рік)		
	1989-1993	1994-1998	1999-2004	1989-1993	1994-1998	1999-2004
	y_1	y_2	y_3	d_1	d_2	d_3
Психотичного характеру	35,2	44,6	41,7	0,167	0,166	0,165
Непсихотичного характеру	149,3	194,6	179,0	0,710	0,722	0,709
Розумова відсталість	25,8	30,2	31,6	0,123	0,112	0,125

* Розраховано Проектом за даними Міністерства охорони здоров'я України

Висока частка непсихотичної групи в структурі захворюваності (близько 70%) пояснює велику питому вагу проблем даного характеру в структурі поширеності (близько 50%). Різниця у цих значеннях може бути обґрунтована тим, що непсихотичні розлади психіки піддаються медичному лікуванню і не носять хронічного характеру, хоча зростання питомої ваги хворих в загальній чисельності населення (рис. 3.2.18) свідчить про масштабність і актуальність цієї проблеми для України. Відхилення непсихотичного характеру серед населення викликані групою факторів, а саме: соціально-політичною нестабільністю, економічними перетвореннями та незадовільним функціонуванням системи охорони здоров'я (рис. 3.2.18).

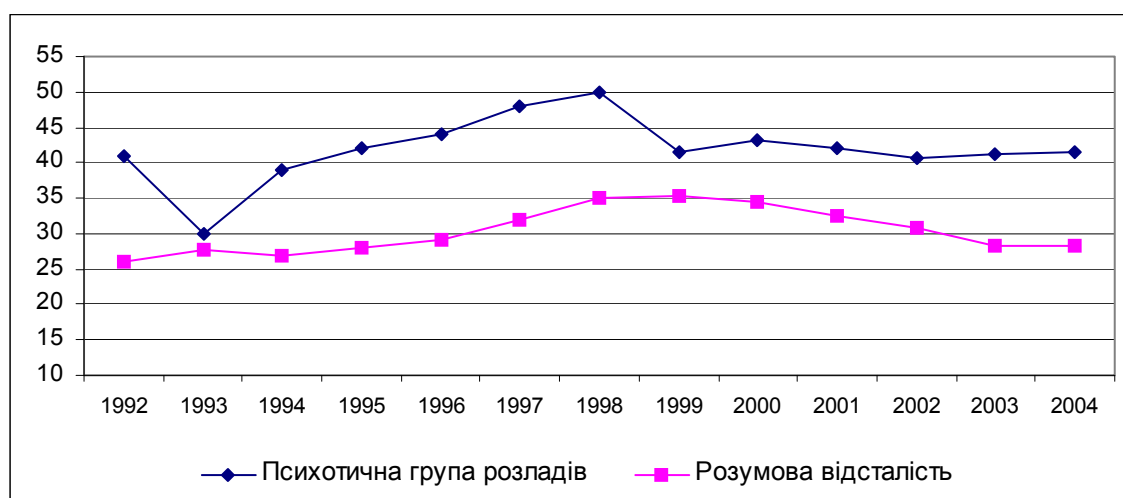
Рис. 3.2.18. Динаміка захворювань психіки непсихотичного характеру, Україна, 1992-2004 рр.



Аналізуючи динаміку психотичних розладів та розумової відсталості можна виділити три періоди: період коливань (1989-1994 роки), період різкого зростання (1994-1998 роки) та поступового зниження (1999-2004 роки), як зображено на рис. 3.2.19. Такі тенденції є не випадковими і можуть бути асоційованими з загальними тенденціями в країні. Низькі рівні в більш ранній період можуть бути наслідками антиалкогольної кампанії, яка мала місце в 1985-1986 роках. Різке зростання, починаючи з 1994 року, обумовлене характером психотичних порушень, які в значній мірі формуються під впливом соціально-психологічної атмосфери в суспільстві, екстремальних подій, асоційованих з перехідним періодом. Психогенні шкідливі фактори часто поєднуються з фізичними травмами, хімічними та радіаційними впливами, що спричиняє формування складних психічних,

поведінкових та соматоневрологічних розладів. Починаючи з 1999 року можна побачити тенденцію на зниження, хоча кількість зареєстрованих випадків у 2004 році все ще вище рівнів 1994 року (рис. 3.2.19).

Рис. 3.2.19. Динаміка розладів психіки психотичного характеру та розумової відсталості, Україна, 1992-2004 рр.



Для того, щоб підсумувати зміни рівнів даних рядів динаміки, розрахуємо ланцюгові абсолютні та відносні прирости та на їх основі узагальнюючі показники динаміки (табл. 3.2.8). Використано значення за 1992-2004 роки, так як за попередні роки не було співставних статистичних даних.

Табл. 3.2.8. Динаміка захворюваності на розлади психіки та поведінки, Україна, 1992-2004 роки (кількість захворювань на 100 000 населення)

Роки	психотична група	непсихотична група	розумова відсталість	психотична група	непсихотична група	розумова відсталість	психотична група	непсихотична група	розумова відсталість
1992	40,9	190,3	25,9	Абсолютний приріст			Темп зростання		
1993	30,0	193,1	27,6	-10,9	2,8	1,7	0,733	1,015	1,066
1994	39,0	189,0	27,0	9,0	-4,1	-0,6	1,300	0,979	0,978
1995	42,0	193,0	28,0	3,0	4,0	1,0	1,077	1,021	1,037
1996	44,0	187,0	29,0	2,0	-6,0	1,0	1,048	0,969	1,036
1997	48,0	200,0	32,0	4,0	13,0	3,0	1,091	1,070	1,103
1998	50,0	204,0	35,0	2,0	4,0	3,0	1,042	1,020	1,094
1999	41,5	188,9	35,4	-8,5	-15,1	0,4	0,830	0,926	1,011
2000	43,2	183,0	34,5	1,7	-5,9	-0,9	1,041	0,969	0,975
2001	42,2	178,2	32,5	-1,0	-4,8	-2,0	0,977	0,974	0,942
2002	40,7	177,2	30,8	-1,5	-1,0	-1,7	0,964	0,994	0,948
2003	41,2	172,9	28,3	0,5	-4,3	-2,5	1,012	0,976	0,919
2004	41,4	173,8	28,2	0,2	0,9	-0,1	1,005	1,005	0,996

Джерело: розраховано Проектом за даними Міністерства охорони здоров'я України.

Як видно з табл. 3.2.8, найбільше одночасне зростання по усім категоріям відбулося в 1997 році (на 9,1%, 7% та 10,3% відповідно по психотичній, непсихотичній групі та групі захворювань на розумову відсталість), після чого в 1999 з'явилася тенденція на зниження. Суттєве зниження відбулося по психотичній і непсихотичній групі на 17 та 7,4 відсотки відповідно. В той самий час кількість

випадків з розумовою відсталістю на 100000 населення зроста на 1,1 відсоток. У 2001 та 2002 роках почалося плавне зниження в усіх групах психічних розладів.

Узагальнюючими характеристиками інтенсивності динаміки є середній абсолютний приріст $\bar{\Delta}$ та середній темп зростання \bar{K} . Розрахуємо середній абсолютний приріст за формулою: $\bar{\Delta} = \frac{\sum_{i=1}^n \Delta_i}{n} =$

$\frac{1}{n} \sum (y_t - y_{t-1})$, де n – число ланцюгових абсолютних приростів. Середній темп зростання

розраховують за формулою середньої геометричної: $K = \sqrt[n]{K_1 \cdot K_2 \cdot \dots \cdot K_n} = \sqrt[n]{\frac{Y_n}{Y_0}}$, де n – число ланцюгових темпів зростання. Отримані значення наведені в табл. 3.2.9.

Табл. 3.2.9. Узагальнюючі середні показники зміни захворюваності на розлади психіки, Україна, 1992-2004 рр.

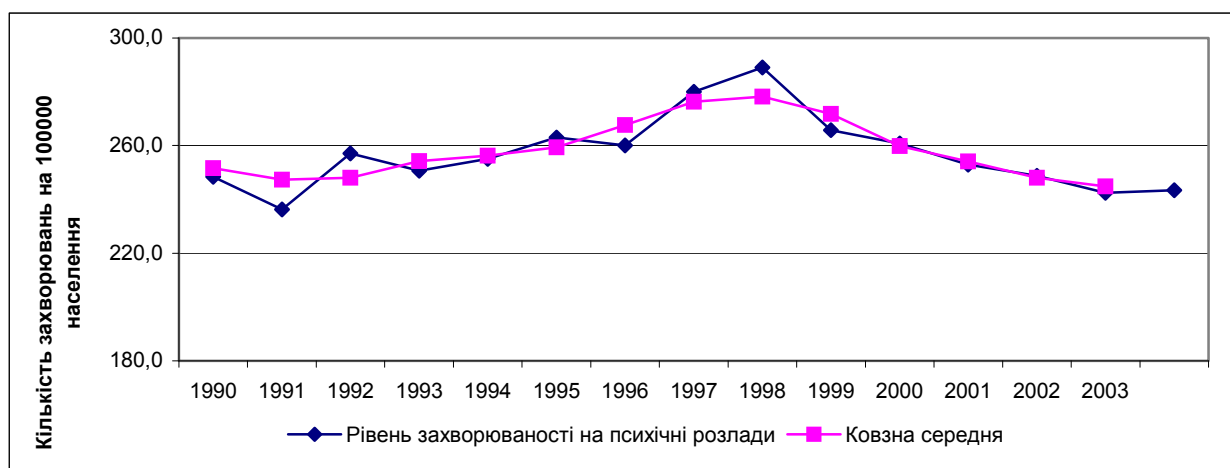
Розлади психіки	Середній абсолютний приріст, захворювань на 100 000 населення	Середній темп зростання
психотична група	0,04	1,001
непсихотична група	-1,38	0,992
розумова відсталість	0,19	1,007

Розраховано Проектом за даними Міністерства охорони здоров'я України

Як видно з табл. 3.2.9, в середньому за даний період зменшилась кількість захворювань лише по непсихотичній групі на 1,38 випадків на 100 000 населення або на 0,8%, проте зроста захворюваність по іншим групам психічних розладів. Становище хворих непсихотичної групи розладів викликає занепокоєння. Проблеми такого характеру є найбільш поширеними і становлять основну масу усіх психічних захворювань. Із проведеного аналізу можна побачити, що в той самий час коли в середньому зменшується кількість вперше в житті зареєстрованих випадків, зростає питома вага цієї групи в загальній сукупності психічних захворювань. Це свідчить про те, що хвороби набувають хронічного характеру і значно впливають переважно на молодь.

Для того, щоб передбачити можливі рівні захворюваності на майбутнє в існуючому динамічному ряді зареєстрованих випадків на психічні розлади за 1989-2004 роки, необхідно спочатку згладити рівні ряду, щоб його можна було більш адекватно описати рівнянням регресії. Для згладжування застосуємо метод ковзних середніх (рис. 3.2.20).

Рис. 3.2.20. Згладжування динамічного ряду захворювань на психічні розлади, Україна, 1990-2004 рр.



Наступним кроком є згладжування, використовуючи 3-х річний інтервал. Результати представлені в табл. 3.2.10.

Табл. 3.2.10. Розрахунок ковзних середніх динамічного ряду рівня захворюваності на психічні розлади, Україна, 1990-2004 роки

Роки	Рівень захворюваності, на 100 000 населення	Ковзна середня, осіб на 100 000 населення	Розрахунок ковзної середньої
1990	248,4	251,6	$(270,0+248,4+236,3):3=251,6$
1991	236,3	247,3	$251,6+(257,1-270,0):3=247,3$
1992	257,1	248,0	$247,3+(250,7-248,4):3=248,0$
1993	250,7	254,3	$248,0+(255,0-236,3):3=254,3$
1994	255,0	256,2	$254,3+(263,0-257,1):3=256,2$
1995	263,0	259,3	$256,2+(260,1-250,7):3=259,3$
1996	260,0	267,7	$259,3+(280,0-255,0):3=267,7$
1997	280,0	276,3	$267,7+(289,0-263,0):3=276,3$
1998	289,0	278,3	$276,3+(265,8-260,0):3=278,3$
1999	265,8	271,8	$278,3+(260,7-280,0):3=271,8$
2000	260,7	259,8	$271,8+(260,7-280,0):3=259,8$
2001	252,9	254,1	$259,8+(252,9-289,0):3=254,1$
2002	248,7	248,0	$254,1+(248,7-265,8):3=248,0$
2003	242,4	244,8	$248,0+(242,4-260,7):3=244,8$
2004	243,4		

Розраховано Проектом за даними Міністерства охорони здоров'я України

На основі існуючих згладжених рівнів ряду можна спрогнозувати тенденції розвитку даного явища на майбутнє, а саме до 2050 року. Для того, щоб найточніше описати коливання даного ряду, можна використати параболічне рівняння регресії. Проте, парабола не зможе точно спрогнозувати значення на значний період. З цією метою краще застосувати такі рівняння регресії, які мають асимптоти, тобто обмеження на значне зростання, так як захворювання на психічні розлади в Україні відбуваються хвилеподібно і, звичайно, мають свою максимальну межу. Отже, застосуємо логарифмічне рівняння регресії: $y = 4,3092\text{Ln}(x) + 250,6$, де y - кількість вперше зареєстрованих випадків проблем психічного розвитку, а x - часова змінна. Тоді, в 2050 році $y=4,3092\text{Ln}(60)+250,6=267,231$ випадків на 100 000 населення. Табл. 3.2.11 містить прогноз рівня захворюваності на психічні розлади до 2050 р.

Табл. 3.2.11. Прогнозовані рівні захворюваності на психічні розлади, Україна, на 100 000 населення

Роки	x	y
2010	20	263,549
2015	25	264,511
2020	30	265,296
2025	35	265,961
2030	40	266,536
2035	45	267,044
2040	50	267,498
2045	55	267,908
2050	60	268,283

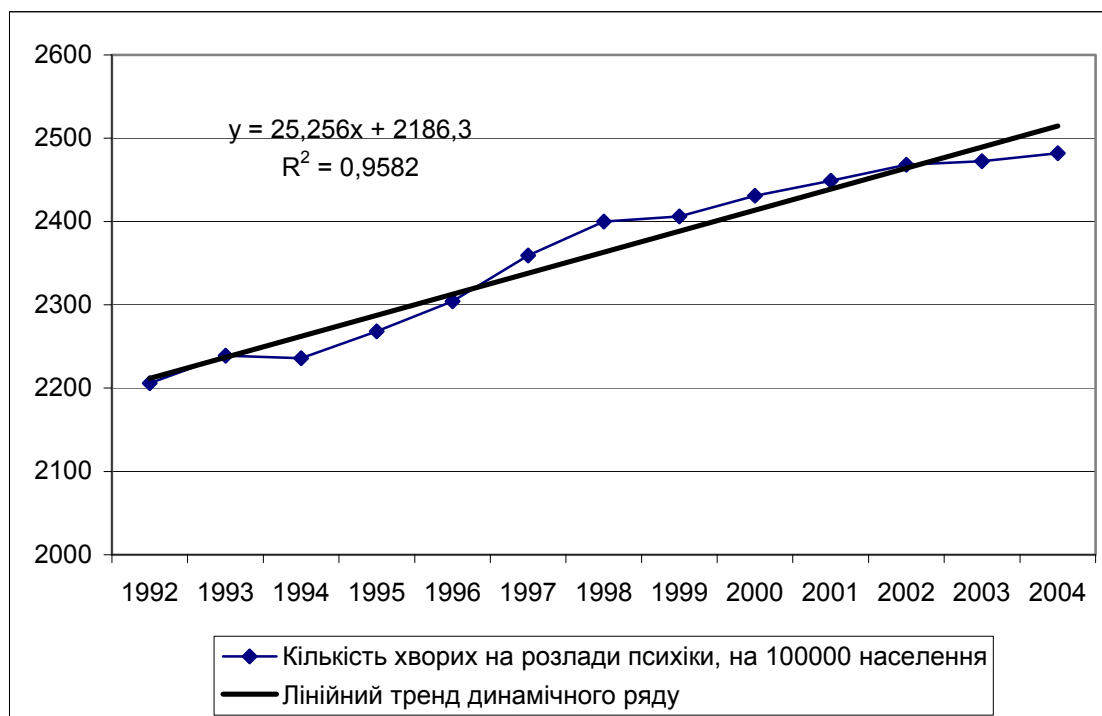
В середньому кількість випадків вперше зареєстрованих проблем психічних розладів може зрости у майбутньому за умови збереження існуючого середнього темпу зростання. В той самий час, в абсолютному виразі кількість випадків захворювання може зменшитися, хоча по відношенню до середньорічного населення, коефіцієнти захворюваності будуть високими. Проте, існує багато інших факторів, які мають вагомий вплив на процеси психічної захворюваності і значно обмежують можливість використання математичних методів. Тож корисно буде проаналізувати поширеність психічних розладів у населенні України (табл. 3.2.12).

Табл. 3.2.12. Структура поширеності розладів психіки та поведінки населення в Україні (на 100 000 осіб населення)

Розлади психіки	1995		2000		2004	
	абс. числа	показник	абс. числа	показник	абс. числа	показник
Разом	1168846	2268,0	1202227	2430,0	1177487	2481,9
Психотичного характеру	348940	677,0	320135	647,3	311154	655,9
Непсихотичного характеру	564607	1096,0	603861	1221,0	581770	1226,3
Розумова відсталість (усі ступені)	255299	495,0	278253	562,6	284563	599,8

Розраховано Проектом за даними Міністерства охорони здоров'я України

Рис. 3.2.21. Кількість хворих на розлади психіки, які знаходяться під диспансерним і консультативним наглядом у психоневрологічних закладах наглядом на кінець року, Україна, 1992-2004, на 100 000 населення



Загальна поширеність розладів психіки та поведінки найбільш зростала в період 1992–1998 рр., в 1999–2000 рр. абсолютні показники практично не змінювались (відповідно 1 194 614,0 — 1 206 114,0 — 1 199 344,0 — 1 202 227,0), а в 2001-2003 році вони дещо стабілізувались. Зростання поширеності відбулося здебільшого за рахунок непсихотичних розладів, в той час як кількість тяжких психотичних розладів протягом вже значного часу залишається майже незмінною (рис. 3.2.21).

Так само, як динаміку захворюваності, можна описати динаміку поширеності, використовуючи рівняння регресії. У табл. 3.2.13 наведені теоретичні прогнозовані точкові значення поширеності психічних розладів до 2050 року. Існуючу тенденцію зростання кількості випадків по відношенню до населення можна описати лінійним трендом з достатньо високим коефіцієнтом детермінації 95,82%.

Табл. 3.2.13. Кількість хворих на розлади психіки, які знаходяться під диспансерним і консультативним наглядом у психоневрологічних закладах нагляду на кінець року, Україна, 2010-2050, на 100 000 населення.

Рік	x	y (теоретичний)
2010	19	2666.2
2015	24	2792.4
2020	29	2918.7
2025	34	3045.0
2030	39	3171.3
2035	44	3297.6
2040	49	3423.8
2045	54	3550.1
2050	59	3676.4

Розраховано Проектом за даними Міністерства охорони здоров'я України

Таким чином, питома вага захворювань в загальній кількості населення буде плавно зростати за умови збереження впливу усіх наявних факторів.

Характеристики поширення розумових захворювань та склад психіатричних закладів в Україні

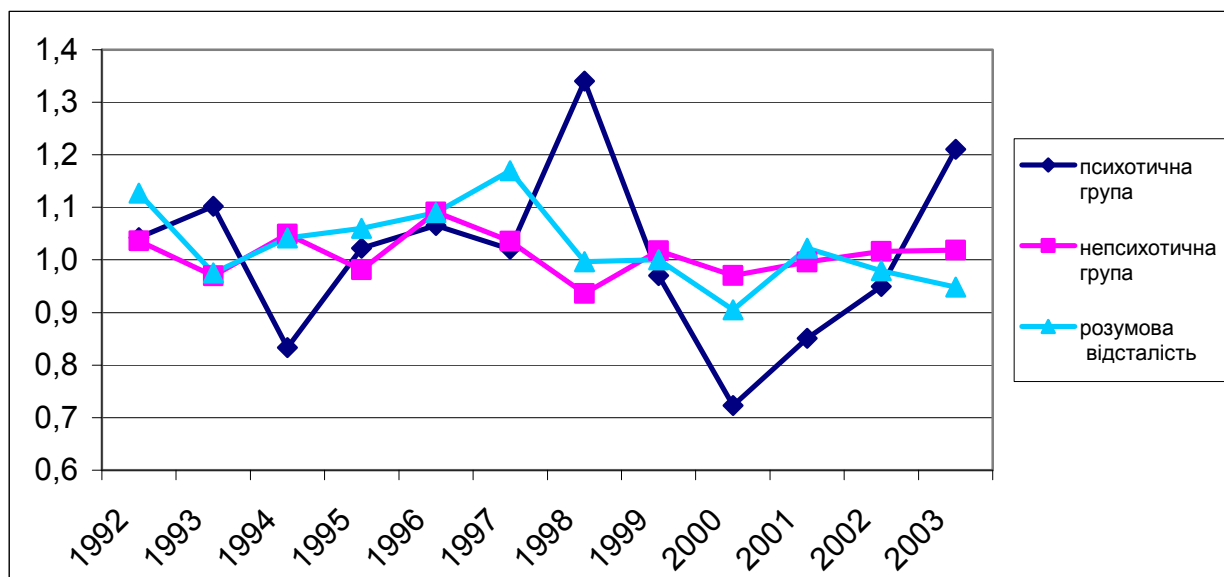
Вкрай важливими є також проблеми вікової психіатрії. Поширеність захворюваності на розлади психіки та поведінки серед дітей та підлітків за останні 10 років зросла більш помітно, ніж серед дорослого населення. За даними Міністерства охорони здоров'я в середньому за 1989-2004 роки приблизно 74,5 відсотків дітей у дитячому населенні, що приходили на прийом до медичних установ, мали порушення психіки неспихотичного характеру, тоді як з розумовою відсталістю налічувалося близько 24 відсотки і лише 1,5 відсотків дітей з психотичними розладами. В той самий час структура хворих з уперше в житті встановленим діагнозом в середньому за 1989-2002рр. приблизно така сама: 82,5 відсотків дітей з порушення психіки неспихотичного характеру, 16,2%- з розумовою відсталістю і 1,3 відсотків дітей з психотичними розладами. Зміни в динаміці захворювань на розлади психіки серед дітей можна простежити за допомогою табл. 3.2.14. Розглянувши ланцюгові абсолютні прирости (рис. 3.2.22), можна побачити, що з 1992 по 2004 рік по кожній категорії порівняно з попереднім роком зростання відбулося 7 разів, а спад - 5 разів у різний період часу. Тобто захворюваність носить коливний характер, причому неспихотичні розлади психіки випереджають психотичні з лагом на 1-2 роки. Найгірша ситуація спостерігалась в 1997-1999 роках, коли відбулося найсуттєвіше зростання по усім групам. Кількість захворювань неспихотичного характеру зросла на 9,1% у 1997 році, на розумову відсталість - на 17% у 1998 році і психотичного характеру – на 34% у 1999 році порівняно з попереднім роком. В наступних роках відбулося відповідне зниження.

Табл. 3.2.14. Динаміка захворюваності на розлади психіки та поведінки серед дітей, Україна, 1992-2004 роки (кількість захворювань на 100 000 населення)

Роки	психотична група	непсихотична група	розумова відсталість	психотична група	непсихотична група	розумова відсталість	психотична група	непсихотична група	розумова відсталість
1992	4,7	374,7	61,4	Абсолютний приріст			Темп зростання		
1993	4,9	388,3	69,2	0,2	13,6	7,8	1,043	1,036	1,127
1994	5,4	376,6	67,5	0,5	-11,7	-1,7	1,102	0,970	0,975
1995	4,5	395,0	70,3	-0,9	18,4	2,8	0,833	1,049	1,041
1996	4,6	387,7	74,5	0,1	-7,3	4,2	1,022	0,982	1,060
1997	4,9	422,9	81,2	0,3	35,2	6,7	1,065	1,091	1,090
1998	5,0	438,0	95,0	0,1	15,1	13,8	1,020	1,036	1,170
1999	6,7	410,1	94,7	1,7	-27,9	-0,3	1,340	0,936	0,997
2000	6,5	417,2	94,7	-0,2	7,1	0,0	0,970	1,017	1,000
2001	4,7	404,9	85,7	-1,8	-12,3	-9,0	0,723	0,971	0,905
2002	4,0	403,4	87,6	-0,7	-1,5	1,9	0,851	0,996	1,022
2003	3,8	410,0	85,8	-0,2	6,6	-1,8	0,950	1,016	0,979
2004	4,6	417,5	81,4	0,8	7,5	-4,4	1,211	1,018	0,949

Розраховано Проектом за даними Міністерства охорони здоров'я України

Рис. 3.2.22. Ланцюгові темпи зростання кількості психічних захворювань по основним категоріям психічних розладів серед дітей, Україна, 1992-2004 рр.



З табл. 3.2.15 видно, що не дивлячись на суттєві коливання, в середньому кількість захворювань психотичної групи за період 1992-2004 рр. зменшилась на 0,2%; на 0,9% та 2,4% відповідно збільшилась кількість вперше зареєстрованих випадків (на 100000 дитячого населення) непсихотичного характеру і розумової відсталості.

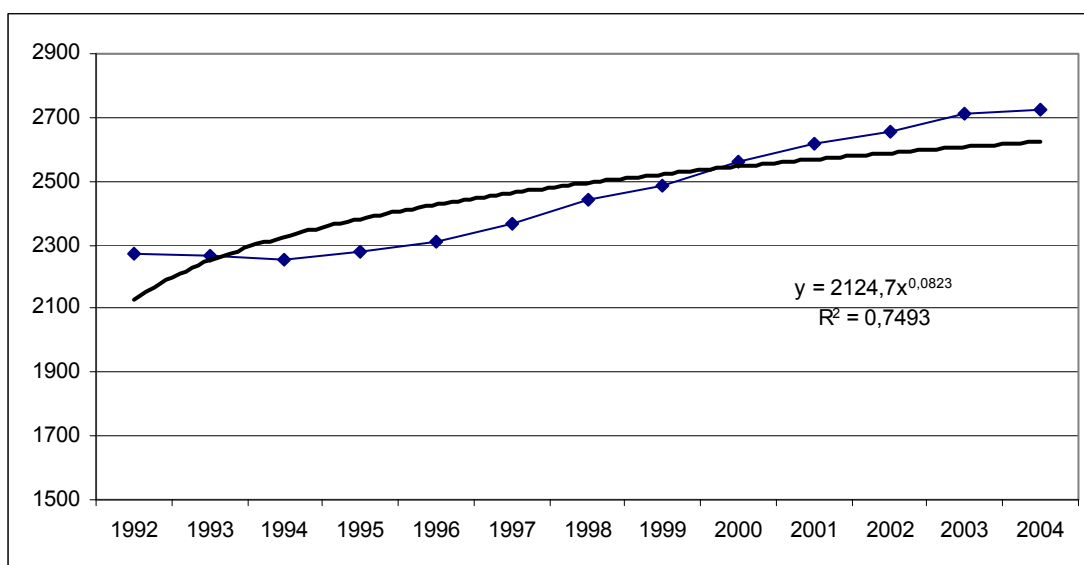
Табл. 3.2.15. Узагальнюючі середні показники зміни захворюваності на розлади психіки серед дітей, Україна, 1992-2004 рр.

Розлади психіки	Середній абсолютний приріст, захворювань на 100 000 населення	Середній темп зростання
психотична група	-0.01	0.998
непсихотична група	3.57	1.009
розумова відсталість	1.67	1.024

Розраховано Проектом за даними Міністерства охорони здоров'я України

Для того, щоб спрогнозувати поширеність психічних розладів серед дитячого населення України, було використано метод екстраполяції. Застосувавши степеневу функцію, було знайдено теоретичні рівні кількості хворих дітей на 100000 дитячого населення у майбутньому. При цьому, коефіцієнт детермінації становить 74,93 відсотки (рис. 3.2.23).

Рис. 3.2.23. Кількість хворих дітей на розлади психіки, які знаходяться під диспансерним і консультативним наглядом у психоневрологічних закладах нагляду на кінець року, Україна, 1992-2004 рр., на 100 000 населення



З існуючого рівняння тренду (рис. 3.2.23) можна зробити висновок, що аналогічно тенденціям для загального населення України, поширеність психічних розладів серед дітей буде зростати за умови збереження існуючих темпів зростання (табл. 3.2.16).

Отже, тенденції до зростання поширеності психічних розладів притаманні як усьому населенню, так і молодшим поколінням. Така ситуація є негативною, характерною в більшій мірі для 1990 років та початку 21 століття і може мати небезпечні наслідки якщо наявні тенденції збережуться у майбутньому. Абсолютна кількість інвалідів по психічному захворюванню на кінець 2000 року дорівнювала 247 454 осіб (у порівнянні з 1990 р. — 208 425 осіб), серед них первинно визнаних інвалідами у 2000 р. — 13 486 осіб. На кінець 2000 р. серед психічно хворих відсоток інвалідів дорівнював 20,6 (табл. 3.2.17).

Така динаміка вищезазначених показників в Україні загалом відповідає тенденціям в інших країнах. Протягом 1990–2000 рр. ліжковий фонд психіатричних закладів скоротився на 31%, у тому числі дитячих психіатричних ліжок — на 32%. Психосоматичні ліжка та місця в денних стаціонарах теж зазнали скорочення (табл. 3.2.18), що викликає занепокоєння.

Табл. 3.2.16. Кількість хворих дітей на розлади психіки, які знаходяться під диспансерним і консультативним наглядом у психоневрологічних закладах нагляду на кінець року, Україна, 1992-2050 рр., на 100 000 населення

Рік	x	y (теоретичний)	Рік	x	y (теоретичний)
1992	1	2124,7	2008	17	2682,6
1993	2	2249,4	2009	18	2695,3
1994	3	2325,8	2010	19	2707,3
1995	4	2381,5	2011	20	2718,8
1996	5	2425,6	2012	21	2729,7
1997	6	2462,3	2013	22	2740,2
1998	7	2493,7	2014	23	2750,2
1999	8	2521,3	2015	24	2759,9
2000	9	2545,8	2020	29	2803,2
2001	10	2568,0	2025	34	2840,1
2002	11	2588,2	2030	39	2872,4
2003	12	2606,8	2035	44	2901,0
2004	13	2624,1	2040	49	2926,9
2005	14	2640,1	2045	54	2950,4
2006	15	2655,2	2050	59	2971,9
2007	16	2669,3			

Розраховано Проектом за даними Міністерства охорони здоров'я України

Табл. 3.2.17. Поширеність інвалідності за психічними захворюваннями в Україні

	1990	1995	2000
всього:			
абс. числа	208425,00	232269,00	247454,00
на 100 тис. населення	402,00	450,70	500,35
в т. ч. дітей:			
абс. числа	23511,00	23644,00	21816,00
на 100 тис. населення	213,00	224,50	247,20

Джерело: дані Міністерства охорони здоров'я України

Табл. 3.2.18. Мережа психіатричних закладів в Україні та кількість місць: 1990-2000 рр.

Лікарні / ліжка	1990	1995	2000
Кількість психіатричних лікарень	90,0	89,0	88,0
• в них ліжок	65650,0	59025,0	46144,0
Кількість денних стаціонарів	—	104,0	104,0
• в них ліжок	6096,0	6031,0	5545,0
Кількість диспансерів:	35,0	35,0	34,0
• з них мають стаціонари	25,0	23,0	22,0
• в них ліжок	3655,0	3530	2923

Дані Міністерства охорони здоров'я України

Протягом 1990–2000 рр. відбулося скорочення зайнятих посад лікарів-психіатрів. Сьогодні (2005) в Україні працює 4028 (8,3 на 100 000 населення) психіатрів та близько 500 психотерапевтів. Гостра нестача медичних психологів і соціальних працівників, нормативно-правова незабезпеченість їх

діяльності призводять до практичної відсутності у державі соціально-психологічної та соціально-реабілітаційної служб у галузі охорони психічного здоров'я. У три останні роки проведена значна робота щодо створення умов для ліквідації дефіциту кількості медичних психологів, але проблема підготовки кадрів із соціальної психіатрії ще не вирішена (див. табл. 3.2.19, в якій наведено дані про кількість ключових спеціалістів-психіатрів в 1990-2000 роках).

Табл. 3.2.19. Чисельність посад лікарів-психіатрів в Україні

Показник	1990	1995	2000
Штатні посади			
абс. числа	не передбачено звітністю	5177,50	4317,75
на 100 тис. населення		10,00	8,70
Зайняті посади			
абс. числа	4803,00	4779,00	4141,30
на 100 тис. населення	9,30	9,00	8,30

Джерело: дані Міністерства охорони здоров'я України

Відповідно скороченню ліжкового фонду зросли показники навантаження на ліжко в психіатричних стаціонарах: середнє число днів роботи ліжка в 1999 р. складало 339 днів. Оберт ліжка збільшився за той же період на 42,5% і у 1999 р. року досягав 5,7. На 10,1% зменшилась середня тривалість перебування хворого на психіатричному ліжку. Дуже важливою медичною та соціальною проблемою сучасності є також проблема алкогольної та наркотичної залежності. Неблагополучною є наркологічна ситуація. В Україні зареєстровано понад 700 000 хворих з алкогольною і близько 70 000 осіб з наркотичною залежністю, кожний другий чоловік і кожна п'ята жінка нікотинозалежні. У 2000 р. захворюваність внаслідок вживання наркотичних речовин в Україні становила 21,6 на 100 000 населення (у 1990р. — 6,2), а внаслідок токсикоманії за 10 років — зросла на 57%. Все більше поширюються "важкі" наркотики, реєструються випадки нових видів наркотичної залежності, що призводить до швидкої інвалідизації та загибелі хворих (табл. 3.2.20).

Табл. 3.2.20. Захворюваність на наркологічні розлади в Україні за 1990–2000 рр. (на 100 000 населення)

	1990 р.	1995 р.	1999 р.	2000 р.
Хронічний алкоголізм	118,9	101,2	84,4	82,6
Алкогольні психози	8,5	22,2	18,8	19,1
Наркоманія	6,2	23,6	20,8	21,6

Джерело: Дані Міністерства охорони здоров'я України

За даними Національного координаційного комітету по боротьбі з наркоманією при Кабміні України майже 90% хворих на наркоманію — це підлітки та молоді люди віком від 12 до 27 років, а питома вага хворих особливо висока в індустріальних областях України — у 3 рази вище, ніж у сільських. Тому проблеми вивчення зловживання психоактивними речовинами, реабілітації та соціально-психологічної адаптації цього контингенту є першочерговими.

Аналіз статистики зареєстрованих випадків розумових захворювань серед населення Харківської та Хмельницької областей за період 1989-2004 рр.

Певна диференціація в структурі захворювань існує між адміністративно-територіальними одиницями, так як захворювання психічного характеру значно залежать від умов життя населення, соціально-психологічної атмосфери, безпеки праці і життєдіяльності людей.

Графік кількості захворювань серед населення досліджуваних областей (рис. 3.2.24) описує приблизно однакову криву як і для населення в цілому по Україні. Проте, поширеність розладів психіки в Харківській області дещо вища, ніж в Хмельницькій, що може бути зумовлене промисловою спрямованістю регіону, незадовільного становища виробничого обладнання, небезпечними умовами праці, забрудненістю, шкідливим способом життя тощо. Значні розбіжності характерні для 1997-1999 років, після яких коефіцієнти поширеності майже співпали в 2004 році.

Такий збіг є наслідком певного зниження в Харківській області за одночасного зростання питомої ваги хворих у населенні Хмельницької області. Структура поширеності психічних розладів співпадає з динамікою захворюваності. Починаючи з 1999 року в Харківській області спостерігається різке зниження кількості уперше в житті встановлених діагнозів про психічний розлад, що становило значно нижчі рівні захворюваності ніж в середньому по Україні. В Хмельницькій області уперше після значного зростання рівні захворюваності знизилися у 1998 році, проте далі зниження відбувалося повільними темпами.

Рис. 3.2.24. Поширеність розладів психіки та поведінки в Харківській і Хмельницькій областях, 1989-2004рр, на 100 000 населення

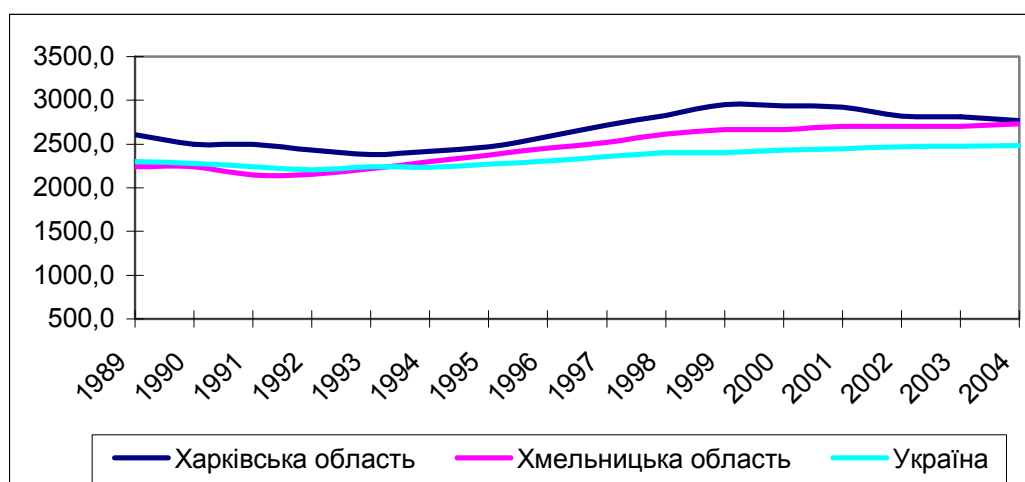
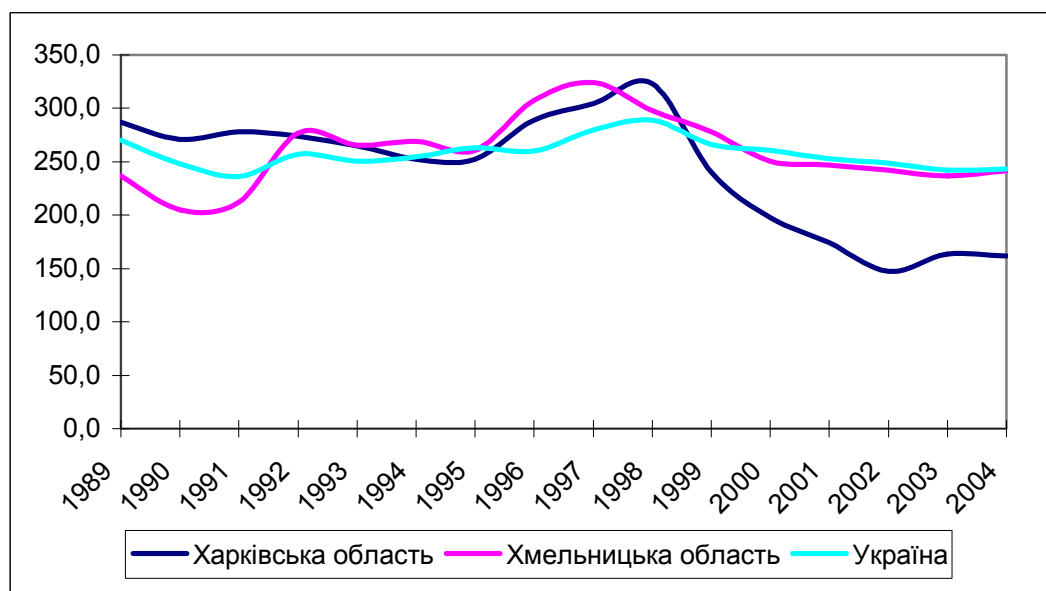
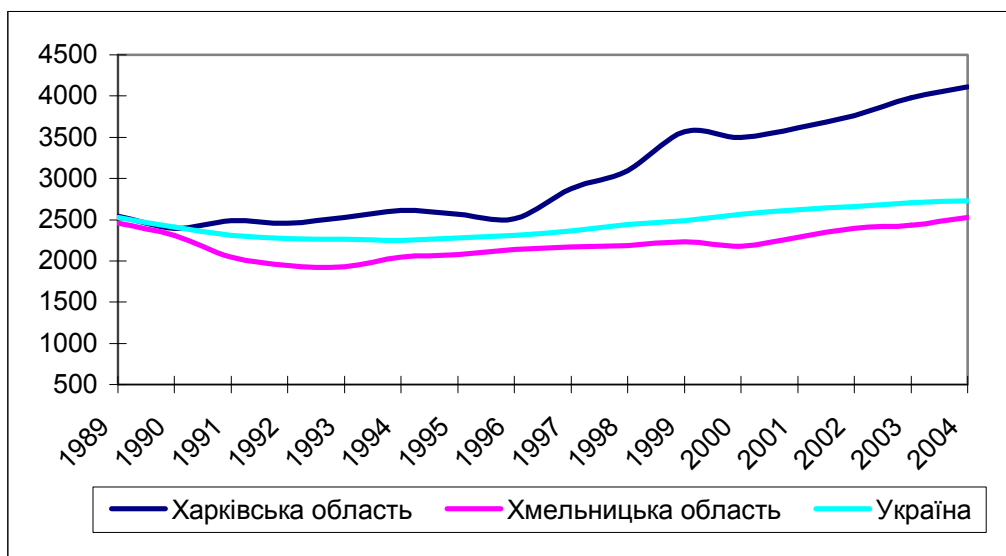


Рис. 3.2.25. Захворюваність на розлади психіки та поведінки в Харківській і Хмельницькій областях, 1989-2004 рр., на 100000 населення



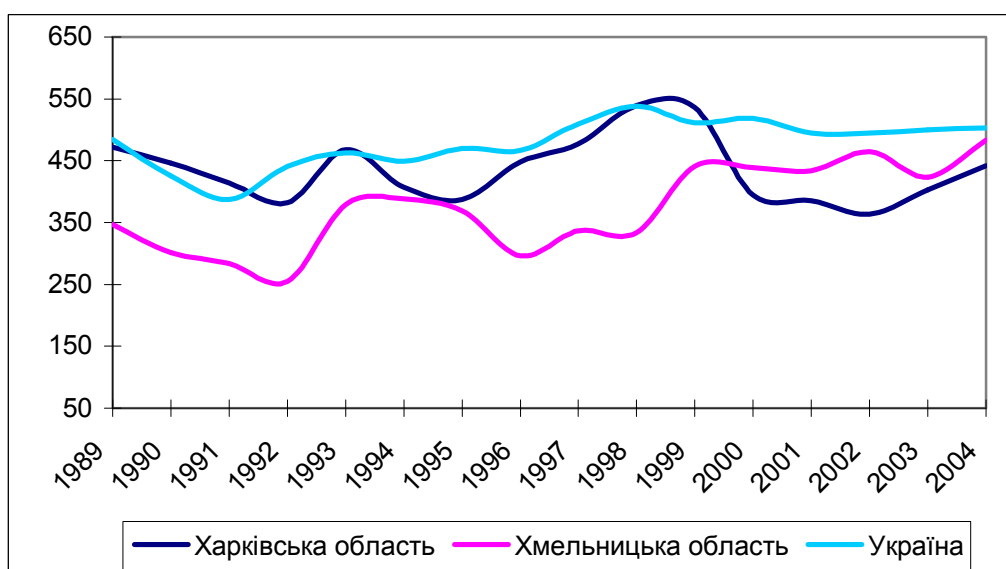
Протилежна ситуація спостерігається серед дитячого населення даних областей (рис. 3.2.26). Різко зростає питома вага кількості захворювань в дитячому населенні в Харківській області, в той час коли в Хмельницькій області рівень поширеності розладів психіки був нижче загальноукраїнського протягом усього періоду дослідження. Це свідчить про те, що основну масу хворих Хмельницької області становить доросле населення, і можливо, старше працездатного віку, так як тривалість життя населення даної області є відносно високою.

Рис. 3.2.26. Поширеність розладів психіки та поведінки серед дітей Харківської і Хмельницької областей, 1989-2004 рр., на 100 000 дитячого населення



В той самий час, кількість уперше зареєстрованих випадків психічних розладів серед дитячого населення даних областей є нижчою ніж в середньому по Україні і відносно сталою на протязі 1999-2004 років порівняно з попередніми роками (рис. 3.2.27).

Рис. 3.2.27. Захворюваність на розлади психіки та поведінки серед дітей Харківської і Хмельницької областей, 1989-2004 рр., на 100 000 дитячого населення.



Розділ 3. Аналіз державного та приватного¹ фінансування соціальних установ інтернатного типу: рр. 2004-2015

Огляд

Фінансування соціальних послуг має багато питань. Скільки людей похилого віку, інвалідів та родин та дітей потребуватимуть цих послуг в наступні десять років? Скільки коштуватимуть ці послуги? Чи буде вартість державних коштів такою, яку можна собі дозволити? Чи мають користувачі сплачувати за деякі типи послуг? Як треба поділити фінансування послуг між державним та приватним джерелами фінансування? Як треба структурувати взаємодію замовника та постачальника послуг? Як збалансувати надання послуг різного типу в стаціонарних закладах інтернатного типу та на базі громади? Щоб дати відповідь на ці запитання, необхідно розробити довгострокові прогнози майбутніх потреб та попиту на соціальні послуги, а також майбутніх витрат. Ці питання є новими для сфери планування соціальних послуг в Україні, хоча *Закон про соціальні послуги* ("ЗСП") (2004), *Закон про соціальну підтримку інвалідів* (2004), *Закон про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування* (2005), *Закон про соціальну роботу з дітьми та молоддю* (2005) та *Закон про реабілітацію інвалідів в Україні* (2005) вказують на те, що вищезазначені питання вважаються законодавцями надзвичайно важливими для вирішення питання про домінування надання соціальних послуг в стаціонарних закладах інтернатного типу, яке викликає занепокоєння, а також для середньострокової та довгострокової еволюції політики в сфері соціальних послуг та надання соціальних послуг.

Дебати про фінансування соціальних послуг обов'язково мають охоплювати також механізми отримання доходів та їх розподілу. Методи розподілу ресурсів, особливо процеси мікро розподілу, пов'язані з оцінкою індивідуальних потреб та заохочень, що мають відношення до менш дорогих видів соціальних послуг (в тому числі тих, що надаються в стаціонарних закладах інтернатного типу, на базі громади та неформально), мають безпосередній вплив на власний капітал, ефективність та врешті стабільність будь-якої системи. Саме беручи до уваги ці особливості в цьому розділі розглянуто такі питання:

- Організаційна структура та фінансування соціальних послуг, що надаються в стаціонарних закладах інтернатного типу;
- Системи фінансування стаціонарних закладів інтернатного типу, що підпорядковані Міністерству праці та соціальної політики (Мінпраці);
- Системи фінансування стаціонарних закладів інтернатного типу, що підпорядковані Міністерству охорони здоров'я;
- Системи фінансування стаціонарних закладів інтернатного типу, що підпорядковані Міністерству освіти та науки (Міносвіти);
- Прогнозна оцінка (демографічна та економічна) майбутніх фінансових потреб стаціонарних закладів інтернатного типу;
- Макроекономічні прогнози на період до 2015;
- Потенційні потреби в соціальних послугах на період до 2015 на основі прогнозування кількості населення;
- Прогнозна оцінка всіх "приватних" витрат з Пенсійного Фонду, спрямованих у стаціонарні заклади інтернатного типу для людей похилого віку;
- Прогнозна оцінка кількості клієнтів, що перебувають в стаціонарних установах інтернатного типу, та її вплив на державні видатки – варіанти 1 і 2.
- Економічна структура витрат на соціальні послуги.

Структура та фінансування соціальних установ інтернатного типу

Бюджетний кодекс України (2001)² передбачає чітке розмежування державних видатків між бюджетами різного рівня³. Фінансування соціальних послуг, які безпосередньо споживає населення,

¹ Під приватним фінансуванням розуміють відрахування від державних пенсій літніх осіб на відшкодування витрат, пов'язаних з їхнім перебуванням в установах інтернатного типу (див. нижче).

² Уряд України (2001) *Бюджетний Кодекс України*, № 2542-III, 21 червня 2001 р., Верховна Рада, Київ.

в основному здійснюється за рахунок місцевих бюджетів. Як показують звіти Держказначейства про виконання бюджетів різного рівня, у місцевих бюджетах концентрується до 70% видатків на освіту, 80% видатків на охорону здоров'я, близько половини видатків на соціальний захист і соціальне забезпечення. Згідно з розділом 14 Бюджетного кодексу, видатки на утримання інтернатних закладів для дорослих та дітей здійснюються з бюджетів місцевого рівня - бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів, бюджетів міст районного та обласного значення. Виключення становлять інтернатні заклади, засновані на державній формі власності, фінансування яких здійснюється за рахунок видатків Державного бюджету⁴. Механізм фінансування програм соціального захисту місцевими бюджетами базується на системі вирівнювання шляхом трансфертів від центрального уряду, які мають гарантувати, що кожен місцевий бюджет матиме достатньо ресурсів для виконання рівнів видатків, визначених нормами.⁵

Як зазначено в розділі 1, мережа соціальних закладів інтернатного типу є підпорядкованою трьом урядовим структурам: Міністерству праці та соціальної політики, Міністерству освіти та науки і Міністерству охорони здоров'я – див. рис. 3.3.1, на якому наведено огляд призначення та кількості інтернатних установ, які адміністративно та юридично підпорядковані кожному з цих міністерств. Відповідно, фінансування видатків на утримання різних типів інтернатних закладів здійснюється різними розпорядниками бюджетних коштів (тобто, через різні шаблі центральної влади). Тому аналіз і прогнозування рівня державних видатків, що асигновані на потреби соціальних закладів інтернатного типу, та прогнозу оцінку потреби у відповідних коштах доцільно здійснювати для окремих міністерств, які виступають розпорядниками бюджетних коштів по відношенню до певного типу інтернатних закладів. Статистичні дані про видатки на фінансування інтернатів за окремими розпорядниками коштів (звітність Держказначейства), які використані в даному дослідженні, обмежуються періодом до 2004 року⁶. Нажаль, відповідні статистичні дані не доступні в розрізі окремих областей, тому аналіз проведено за сукупними даними про видатки місцевих бюджетів в Україні.

Аналіз приділяє основну увагу виключно державним видаткам на утримання стаціонарних установ інтернатного типу за умови, що ця форма надання соціальних послуг є домінуючою у порівнянні з альтернативними формами надання соціальних послуг, такими як територіальні центри та центри догляду на дому, а ще тому, що майбутня політика та фінансова стабільність соціальних послуг, що надаються на базі громади, ще необхідно повністю визначити.

Практика оцінки різних типів державних видатків у відсотках ВВП є широко поширеною (наприклад, при оцінці державних видатків на охорону здоров'я, освіту тощо). Однак, приватні видатки (крім відрахувань з державних пенсій на надання послуг літнім людям в інтернатних установах) українських домогосподарств на надання соціальних послуг в стаціонарних закладах є дуже незначними; крім того, немає офіційних та порівняльних даних відповідних витрат на цю сферу з боку благодійних організацій та НДО. Беручи до уваги ці обмеження, фінансовий аналіз приділятиме головну увагу прогнозній оцінці витрат кожного міністерства на стаціонарні установи інтернатного типу, а також аналізу приблизного обсягу фінансування за рахунок Пенсійного фонду у вигляді відрахувань та спільних платежів з пенсій літніх людей, які знаходяться в стаціонарних закладах інтернатного типу.

Рис. 3.3.1. Мережа установ інтернатного типу України за органом підпорядкування

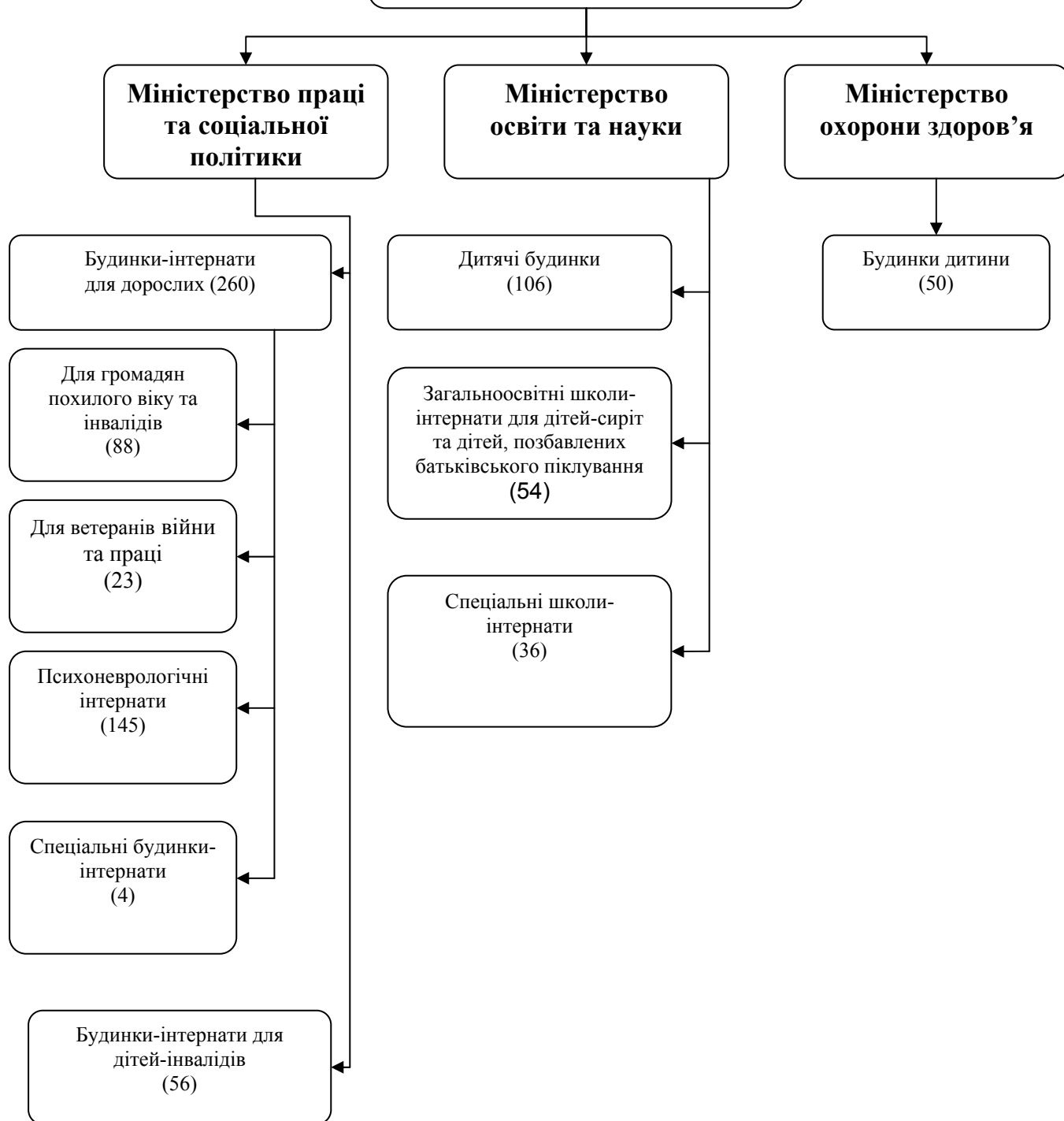
³ Про передачу бюджетних функцій, пов'язаних з фінансуванням соціальних послуг, нижчим шаблям влади див.: звіт Проекту (2006а).

⁴ Згідно статті 87 глави 14 Бюджетного кодексу, до видатків на освіту, що здійснюються з Державного бюджету України, належать видатки на спеціалізовані середні школи (в тому числі школи-інтернати), засновані на державній формі власності.

⁵ Цит. тв.: звіт Проекту (2006а).

⁶ Показники видатків 2005 року на момент оцінки Проектом перебували в стадії обробки та узагальнення.

Інтернатні заклади України у 2004 році



Фінансування інтернатних установ системи Міністерства праці та соціальної політики України

Згідно з Конституцією⁷, одним із видів соціального захисту людей похилого віку та інвалідів є надання їм різних видів соціальних послуг. Для цього в Україні створено розвинуту мережу інтернатних установ, територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян, відділень соціальної допомоги вдома. Інтернатна мережа Міністерства праці та соціальної політики включає будинки-інтернати для дорослих (інтернати для громадян похилого віку та інвалідів, для ветеранів праці та війни, психоневрологічні інтернати та спеціальні будинки-інтернати) та для дітей-інвалідів. Станом на кінець 2004 року, в Україні нараховувалось 316 будинків-інтернатів цього типу, з них - 260 для дорослих та 56 для дітей-інвалідів

Загальний рівень фінансування мережі інтернатних закладів цього типу дозволяє оцінити звітність Міністерства праці та соціальної політики (табл. 3.3.1). Упродовж останніх років асигнування на цю мету значно збільшились. Якщо у 2000 році на утримання цих закладів було передбачено 233,9 тис. гривень, то в 2005 році – вже понад 637 тис. грн. Більш того, зріс і рівень забезпечення запланованих видатків: за результатами 2005 року було профінансовано 98,1% запланованих видатків (проти 92,8% виконання плану у 2000 р.)

Табл. 3.3.1 Фінансування витрат на утримання інтернатних установ системи праці та соціального захисту населення (в тис. грн.)

Рік	План	Фактично профінансовано з бюджету та інших джерел	Відсоток від запланованого фінансування	Кредиторська заборгованість
2000	233 900	217 100	92,8	12,4
2001	271 330	259 520	98,9	13,0
2002	431 459	362 800	98,1	4581,6
2003	369 827	362 901	98,1	4851,6
2004	428 051	420 377	98,2	1888,0
2005	637 041	540 177	98,1	800,0

Примітка: * Заплановано

Джерело інформації: Міністерство праці та соціальної політики

Про зростання обсягів фінансування інтернатних закладів свідчать і наступні дані. Законом України "Про Державний бюджет України на 2004 рік" на утримання будинків-інтернатів для престарілих, інвалідів, дітей-інвалідів та навчання інвалідів було передбачено 389,7 млн. гривень, а на утримання територіальних центрів та відділень соціальної допомоги вдома – 257,1 млн. гривень⁸. Проектом Державного бюджету України на 2005 рік видатки на утримання будинків-інтернатів для престарілих, інвалідів збільшено на 65,3 млн. гривень і вони становитимуть 455 млн. гривень; на 67,1 млн. гривень збільшено видатки на утримання територіальних центрів і відділень соціальної допомоги вдома, що дорівнює 324,3 млн. гривень.

Звіти Державного казначейства про виконання місцевих бюджетів дозволяють оцінити рівень фінансування окремих типів інтернатних закладів (див. табл. 3.3.2). За умови, що інтернатні заклади, підпорядковані Мінпраці, фінансуються виключно з місцевих бюджетів, ці таблиці також характеризують загальні державні видатки на цей тип установ (тобто вони дорівнюють відповідним видаткам зі Зведеного бюджету⁹). З огляду на більшу кількість інтернатів для дорослих, закономірно, що на них традиційно приходиться основна частина державних видатків – більше 80% сукупного

⁷ Див. звіт Проекту (2006b)

⁸ За офіційними даними веб-сайту Міністерства фінансів України.

⁹ В якості джерела даних було взято звіти Державного казначейства про виконання місцевих бюджетів, тому що вони містять детальну інформацію про фінансування інтернатних закладів різного типу. Такого детального опису в консолідованому бюджеті немає (є тільки статті "видатки на соціальне забезпечення людей похилого віку, інвалідів, дітей тощо", що містять ці витрати та інші - пенсії, пільги тощо). Тож ці місцеві видатки дорівнюють консолідованим видаткам.

фінансування. Темпи зростання коштів, що спрямовуються на утримання будинків-інтернатів для дорослих, є більш швидкими, ніж зростання видатків на дитячі будинки-інтернати. Впродовж 1998-2004 років фінансування дитячих будинків-інтернатів зросло практично вдвічі (з 33,3 млн.грн. до 88,9 млн. грн.), а фінансування інтернатів для престарілих і інвалідів – в 2,5 рази (з 138,8 до 396,3 млн. грн.).

Табл. 3.3.2. Видатки місцевих бюджетів на фінансування будинків-інтернатів, підпорядкованих Мінпраці, за окремими типами, 1998-2004 рр. (у грн.)

	Дитячі будинки-інтернати	% видатків, що спрямовуються на будинки-інтернати	Будинки-інтернати для престарілих і інвалідів	% видатків, що спрямовуються на будинки-інтернати
2004	88 137 900,0	18,2	396 296 300,0	81,8
2003	78 484 300,0	18,2	352 890 700,0	81,8
2002	65 761 100,0	17,7	306 448 800,0	82,3
2001	55 148 700,0	18,5	243 571 300,0	81,5
2000	43 105 800,0	18,4	191 429 700,0	81,6
1999	35 887 500,0	18,7	155 949 900,0	81,3
1998	33 327 200,0	19,4	138 845 700,0	80,6

Джерело: звіти Держказначейства про видатки місцевих бюджетів.

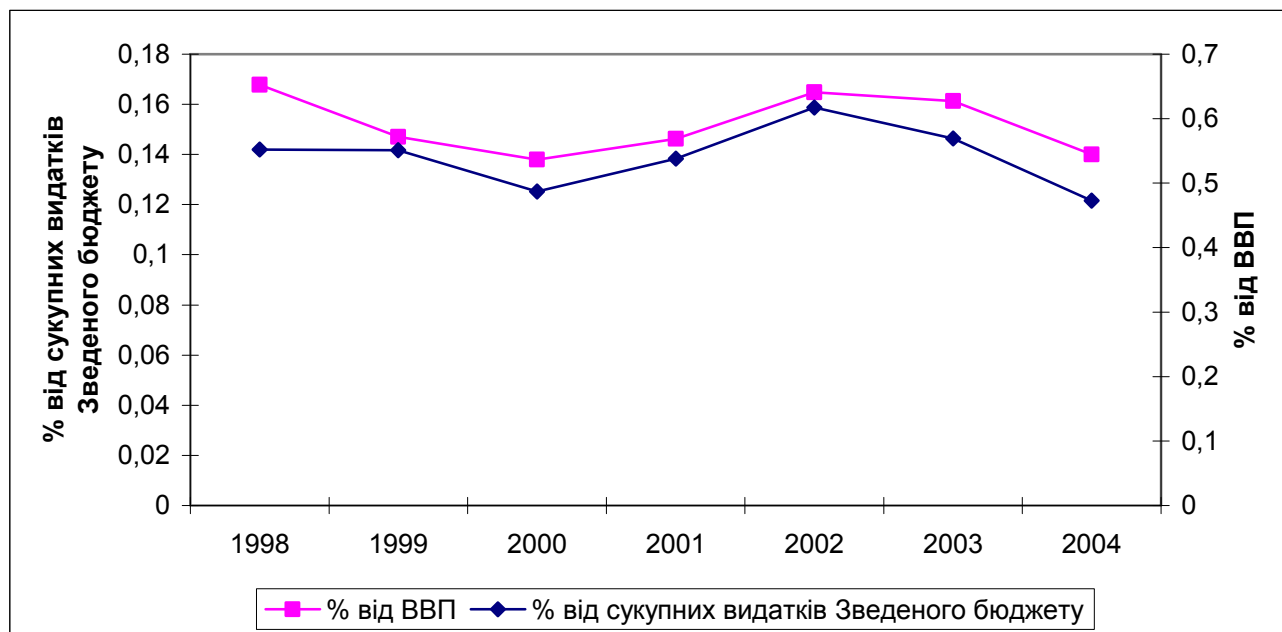
Проте, аналіз відносних показників фінансування інтернатів, підпорядкованих Мінпраці, показує, що їх питома вага значно зменшилась як по відношенню до ВВП, так і до сукупних видатків бюджету (табл. 3.3.3 та рис. 3.3.2). Зокрема, в структурі всіх видатків, що спрямовані на соціальний захист, частка коштів на утримання будинків-інтернатів зменшилась більше, ніж в три рази (з 6,7% у 1998 р. до лише 2,5% у 2004 р.), а в структурі сукупних видатків Зведеного бюджету – відповідно з 0,56 до 0,47%. Так, якщо у 2000 р. соціальні видатки Зведеного бюджету України становили лише 39,6% сукупних видатків (в тому числі видатки на соціальний захист та соціальне забезпечення – 12,4%), то в 2004 р. – 51,8% (відповідно 19,1%).

Табл. 3.3.3. Видатки на інтернатні установи Міністерства праці та соціальної політики по відношенню до ВВП, сукупних видатків Зведеного бюджету та всіх видатків, що спрямовані на соціальний захист

Роки	Видатки на інтернати Мінпраці, млн.грн.	% видатків на фінансування соціального захисту зі Зведеного бюджету	% видатків від ВВП	% сукупних видатків Зведеного бюджету
1998	172,2	6,660	0,168	0,552
1999	191,8	4,626	0,147	0,551
2000	234,5	3,919	0,138	0,487
2001	298,7	3,585	0,146	0,538
2002	372,2	2,944	0,165	0,617
2003	431,4	3,330	0,161	0,569
2004	484,4	2,510	0,140	0,473

Джерело: звіти Держказначейства про видатки Зведеного та місцевих бюджетів, дані Держкомстату про ВВП.

Рис. 3.3.2. Динаміка видатків на інтернатні заклади Міністерства праці та соціальної політики по відношенню до ВВП та сукупних видатків Зведеного бюджету України



Крім видатків місцевих бюджетів, суттєвою підтримкою у роботі будинків-інтернатів щодо забезпечення належних умов утримання підопічних є надходження коштів від Пенсійного фонду України (до 75% пенсій підопічних). Зокрема, за даними Київської обласної державної адміністрації, у 2004 році до обласних будинків-інтернатів надійшло 2444,0 тис.грн. таких коштів на утримання підопічних області (що на 90% більше ніж у 2003 році), з яких на поліпшення харчування підопічних направлено 928,7 тис.грн., на придбання ліків – 298,9 тис.грн., на придбання одягу, взуття, білизни – 224,2 тис. гривень. Для порівняння: обласним бюджетом на 2004 рік на утримання будинків-інтернатів було передбачено 25,2 млн.грн., профінансовано 20,6 млн.грн. (81,6 %). Тобто, кошти Пенсійного Фонду склали близько 12% всіх фактичних витрат. Аналогічна ситуація спостерігається і в інших регіонах України.

Фінансування інтернатних установ системи охорони здоров'я

Окрім загальних психіатричних стаціонарних установ (які не розглядаються в цій фінансовій оцінці – див. розділ 2.2 довідкової статті 3) Міністерству охорони здоров'я України підпорядкований окремий тип інтернатних закладів - будинки дитини. На кінець 2004 року в Україні налічувалось 50 таких закладів. Звіти Держказначейства дозволяють оцінити загальні видатки місцевих бюджетів, які спрямовані на фінансування будинків дитини впродовж 2002-2004 років. Якщо в 2002 році на утримання будинків дитини було призначено 64,4 млн. грн., то в 2004 – 103,8 млн. грн. Проте, хоча абсолютний рівень фінансування цих закладів зріс на 26%, питома вага цих видатків у структурі сукупних видатків на охорону здоров'я залишається практично незмінною (на рівні 0,85-0,86%). І хоча в структурі Зведеного бюджету питома вага цих видатків дещо зменшилась (що можна пояснити загальним зменшенням питомої ваги видатків на охорону здоров'я у видатках Зведеного бюджету 2004 року: якщо в 2002 р. на охорону здоров'я було спрямовано 12,5% видаткової частини бюджету, в 2003 р. – 12,8%, то в 2004 р. – лише 12%), по відношенню до ВВП їх питома вага незначно зросла (див. табл. 3.3.4).

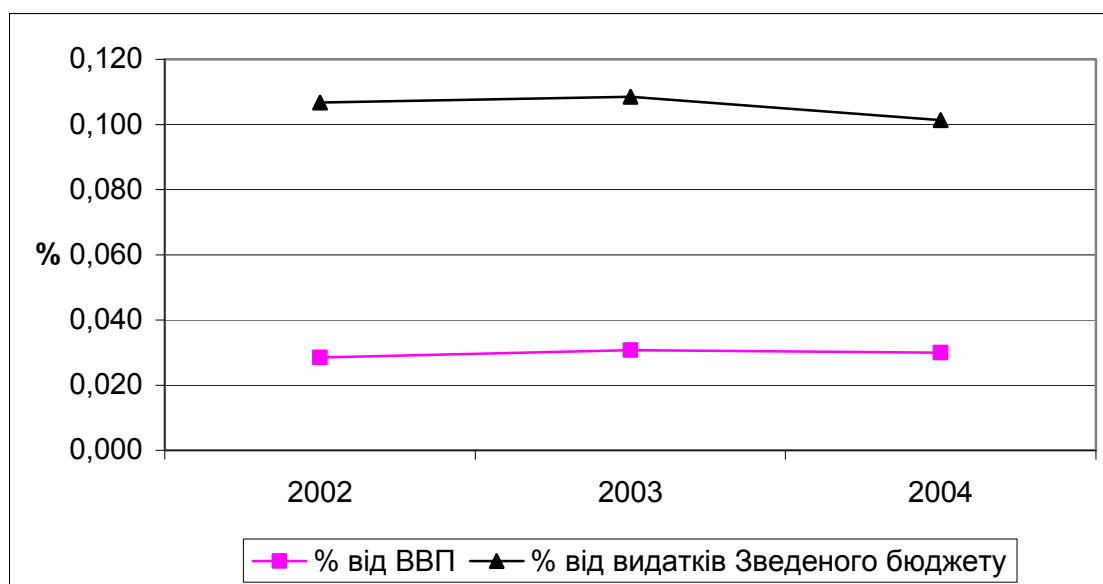
Табл. 3.3.4. Видатки місцевих бюджетів на фінансування будинків дитини в Україні, 2002-2004 рр.

Рік	Видатки, грн.	% сукупних видатків на охорону здоров'я Зведеного бюджету	% від ВВП	% сукупних видатків Зведеного бюджету
2002	64 397 194,0	0,85	0,029	0,107
2003	82 263 070,0	0,85	0,031	0,109
2004	103 751 179,0	0,86	0,030	0,101

Джерело: звіти Держказначейства про видатки Зведеного та місцевих бюджетів, дані Держкомстату про ВВП.

Матеріально-грошове забезпечення та нормативи утримання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, регулюються постановами Кабінету Міністрів України, наказами та листами міністерств та відомств. Як наслідок - не в повній мірі гарантується соціальна захищеність таких дітей від інфляційних процесів. За даними Міністерства охорони здоров'я, рівень фінансування будинків дитини по регіонах різний, він становить від 5 тисяч до 15 тисяч в рік. При цьому на день на харчування дитини віком до шести місяців обласним бюджетом виділяється 3 грн. 74 коп., від шести місяців до року — 4,96, від року до трьох — 5,71, від трьох і старшим — 7,23. За даними Мінохорони здоров'я, по більшості будинків дитини рівень фінансування становить в середньому лише 70 відсотків від потреби. Проблема недостатнього фінансування ускладнюється також тим, що сьогодні не існує єдиних соціальних стандартів утримання дітей в будинках дитини та інтернатних закладах (див. рис. 3.3.3).

Рис. 3.3.3. Динаміка видатків на інтернатні заклади Міністерства охорони здоров'я (будинки дитини) по відношенню до ВВП та сукупних видатків Зведеного бюджету України



Фінансування інтернатних установ, підпорядкованих Міністерству освіти та науки України

Станом на кінець 2004 року мережа інтернатних установ системи освіти, що підпорядкована Міністерству освіти та науки України, включала 196 закладів для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування дошкільного і шкільного віку. Ці заклади мають статус так званих "сирітських" (хоча їх також називають "школами"). До їх числа належать - 54 загальноосвітні школи-інтернати, 36 спеціальних шкіл-інтернатів, де утримуються діти-сироти з вадами психофізичного розвитку, переважно з порушеннями інтелектуальної сфери; 106 дитячих будинків, де утримуються діти з трьохрічного віку. У переважній більшості областей (Київська, Дніпропетровська, Донецька,

Львівська, Кіровоградська, Харківська) зростає мережа як альтернативу великим інтернатам створено розгалужену мережу дитячих будинків (до 100 дітей, у тому числі братів і сестер різного віку)¹¹.

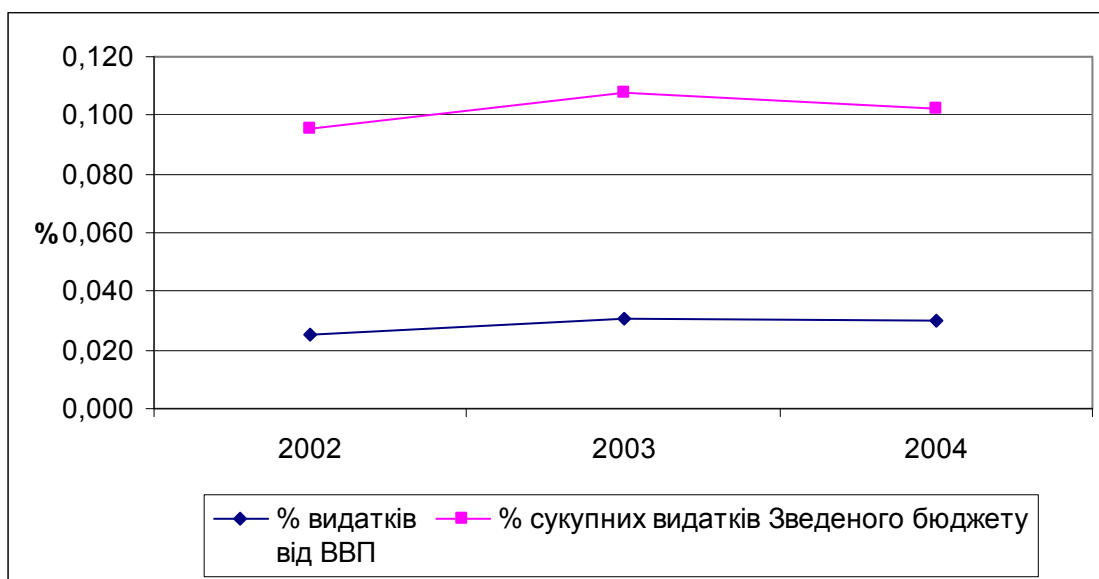
Період аналізу видатків на інтернати системи освіти охоплює лише 2002-2004 роки, тому що на відміну від закладів соціального забезпечення, підпорядкованих Мінпраці та Мінохорони здоров'я, видатки на інтернатні заклади, підпорядковані міністерству освіти та науки, фінансуються як з Держбюджету, так і з місцевих бюджетів. Загальні видатки (зі Зведеного бюджету) базуються на загальних надходженнях з цих двох джерел (див. табл. 3.3.5). Згідно звітності Держказначейства України, видатки Державного бюджету України на утримання загальноосвітніх спеціалізованих шкіл-інтернатів в 2004 році становили 35,89 млн. грн., що в 2,6 разів більше, ніж в 2001 р. (табл. 3.3.5). Видатки місцевих бюджетів та Зведеного бюджету України також подвоїлись за цей період. Проте, хоча рівень фінансового забезпечення шкіл-інтернатів в абсолютному вимірі зростає, питома вага цих видатків у структурі сукупних видатків на освіту впродовж останніх років залишається незмінною (на рівні 0,5-0,6%) – див. рис. 3.3.4.

Табл. 3.3.5. Фінансування загальноосвітніх спеціалізованих шкіл-інтернатів мережі Міністерства освіти та науки України

Роки	видатки на школи-інтернати зі Зведеного бюджету, млн.грн.	% сукупних видатків на фінансування освіти зі Зведеного бюджету	% від ВВП	% сукупних видатків Зведеного бюджету
2002	57,4	0,47	0,025	0,095
2003	81,6	0,54	0,031	0,108
2004	104,8	0,57	0,030	0,102

Джерело: звіти Держказначейства про видатки Зведеного та місцевих бюджетів, дані Держкомстату про ВВП.

Рис. 3.3.4. Динаміка видатків на інтернатні заклади Міністерства освіти (спеціалізовані школи-інтернати) по відношенню до ВВП та сукупних видатків Зведеного бюджету України



Основну частину фінансування будинків-інтернатів системи освіти забезпечують місцеві бюджети (на рівні 65-70% впродовж 2002-2004 рр.). Проте внесок Державного бюджету дещо зростає: якщо в 2002 р. видатки Державного бюджету становили 31% коштів, що спрямовуються державою на загальноосвітні спеціалізовані школи-інтернати, то в 2004 – 34,2% (табл.3.3.6)

¹¹ Ці менші заклади – як вказано в попередніх розділах – створено для того, щоб значно поліпшити умови утримання та забезпечити своєчасний захист прав вихованців. Перевагами таких закладів є уникнення соціальної ізоляваності, оскільки діти навчаються у звичайних школах.

Табл. 3.3.6. Джерела фінансування загальноосвітніх спеціалізованих шкіл-інтернатів мережі Міністерства освіти та науки України (в грн.)

	Державний бюджет	%	Місцеві бюджети	%	Зведений бюджет	%
2004	35 888 336,0	34,2	68 896 564,0	65,8	104 784 900,0	100
2003	24 105 320,0	29,5	57 505 637,0	70,5	81 610 957,0	100
2002	17 806 879,0	31,0	39 613 703,0	69,0	57 420 582,0	100

Джерело: звіти Держказначейства про видатки Зведеного та місцевих бюджетів, дані Держкомстату про ВВП.

В період з вересня 2004 до жовтня 2005 Міністерством освіти і науки України спільно з Міністерством у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерством юстиції, Міністерством внутрішніх справ, Генеральною прокуратурою України вивчалася діяльність вищезазначених закладів з питань соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, стану фінансового, матеріального-технічного забезпечення, організації навчально-виховного процесу тощо. Висновки за результатами обстеження показали, що фінансування інтернатних закладів для дітей-сиріт покращилося у порівнянні з минулими роками. Зокрема, за даними Міністерства освіти та науки, утримання одного вихованця у загальноосвітніх школах-інтернатах для дітей-сиріт у 2004 році становило 9,130 тис. грн. на рік. Стовідсотково забезпечувались видатки на оплату праці, комунальні послуги, харчування, соціальні виплати дітям-сиротам (кишенькові витрати, одноразова допомога та м'який інвентар випускникам).

Незважаючи на те, що останні три роки спостерігається тенденція до збільшення фінансування закладів (у порівнянні з 2002 роком у 1,8-2,0 рази), це не справляє вирішального впливу на реальний стан належного утримання та розвитку матеріально-технічної бази. Вивчення діяльності інтернатних закладів комісією виявило, що кошторисні призначення, передбачені на створення матеріально-технічної бази навчальних закладів, недостатні, бо лише на 80-90 відсотків забезпечують відповідні мінімальні потреби. Забезпеченість вихованців інтернатних закладів одягом і взуттям, засобами особистої гігієни становить близько 80 відсотків від потреб. Ці потреби дітей-сиріт в основному забезпечуються адміністрацією закладів за рахунок спонсорських коштів комерційних підприємств та благодійних організацій.

Згідно матеріалів Рішення Колегії Міністерства освіти та науки України¹² натеper залишаються невирішеними питання утримання; газифікації; заміни технологічного і медичного обладнання, систем водопостачання, опалювальних систем; капітальних ремонтів будівель, приміщень, майстерень у переважній більшості закладів, побудованих у 60-70 х роках минулого століття; забезпечення меблями навчальних та спальних кімнат (Чернігівська, Луганська, Львівська, Кіровоградська області та інші); заміни морально й фізично зношеної старої сільськогосподарської техніки для роботи в підсобних господарствах (Чернігівська обл.) та побудови теплиці для вирощування овочів (м. Київ, школа-інтернат № 21); придбання автотранспорту (Запорізька, Дніпропетровська, Закарпатська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Полтавська, Рівненська обл., Автономна Республіка Крим); реконструкції спальних корпусів, спортивних залів та майданчиків (школа-інтернат № 3, м. Київ, школа-інтернат № 9, м. Кривий Ріг та інші); ремонту приміщення майстерень Вільнянської школи-інтернату Запорізької області; оновлення навчальної бази для здобуття допрофесійної підготовки; забезпечення інтернатних закладів сучасними інформаційними технологіями для ефективного використання комп'ютерної техніки в навчальній та корекційно-розвитковій роботі.

Викладені вище проблеми менше відчутні в регіонах, де впроваджуються близькі до родинних державні форми утримання дітей-сиріт (Дніпропетровська, Львівська, Закарпатська, Київська області), і там, де керівники залучають позабюджетні кошти¹³. В цілому інтернатна система

¹² "Про освіту дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування" від 01.12.2005 р.

¹³ Дитячі будинки м. Севастополя співпрацюють з 20 благодійними фондами, бізнесовими та державними структурами (податкова адміністрація, Севастопольська митниця), які забезпечують вихованців стипендіями, вносять благодійні внески на особисті рахунки дітей, сприяють їх працевлаштуванню та забезпеченню житлом. У тих областях, де заклади отримують благодійну допомогу та інші позабюджетні надходження, збільшення фінансування витрат на харчування на 20-25 відсотків дає можливість забезпечувати натуральні норми.

утримання і виховання дітей-сиріт, при всіх її недоліках, продовжує займати чільне місце в системі державної опіки та захисту прав дітей-сиріт за рахунок своєї розгалуженості, чіткої регламентованості діяльності та зручності в частині процедури термінованого влаштування дітей.

Кабінетом міністрів України поставлено завдання щодо збільшення видатків з Державного бюджету на утримання дітей-сиріт та дітей позбавлених батьківського піклування в дитячих закладах соціального захисту. Продовжується подальше удосконалення законодавчої бази. Так, на виконання Указу Президента України розробляється Концепція реформування інтернатних закладів для дітей-сиріт та відповідна державна програма, удосконалюються механізми фінансування утримання дітей-сиріт за принципом "гроші йдуть за дитиною", що гарантуватиме нормативне державне забезпечення незалежно від місця її перебування

Прогнозна оцінка (демографічна та економічна) майбутніх фінансових потреб інтернатних закладів в Україні

Прогнозна оцінка майбутніх потреб у державних асигнуваннях на потреби інтернатних закладів базується на **демографічному прогнозі**, який дозволяє оцінити потенційні контингенти користувачів соціальних послуг, та **макроекономічному прогнозі**, який є основою для побудови прогнозів бюджетних витрат на соціальну сферу: освіту, охорону здоров'я, соціальний захист населення тощо. При розрахунку сукупних потреб у фінансуванні використані наступні вхідні дані:

- кількість населення, яке перебуває на утриманні в інтернатних закладах стаціонарного типу, і відповідні рівні охоплення стаціонарними закладами основних демографічних контингентів (за окремими розпорядниками бюджетних коштів);
- фактичні дані про сукупні обсяги державних видатків на утримання інтернатних закладів за окремими розпорядниками бюджетних коштів як відсоток від ВВП;
- фактичні дані про державні видатки на інтернатні заклади за окремими розпорядниками в розрахунку на одну особу;
- прогнозна оцінка рівня інфляції;
- прогнозна оцінка росту реального ВВП.

Алгоритм прогнозу включає такі аспекти:

- оцінка потенційних контингентів населення, яке користуватиметься послугами інтернатних закладів, із врахування структурних змін у чисельності відповідних соціально-демографічних груп. Передбачається два варіанти оцінки: 1) за умови незмінного рівня охоплення стаціонарами відповідних контингентів населення; 2) на основі припущень про зміни рівня охоплення різних контингентів населення мережею інтернатних закладів;
- оцінка державних видатків, що приходяться на одну особу в інтернатних закладах різних типів, шляхом індексації на прогнозні рівні інфляції;
- розрахунок сукупних видатків кожного з розпорядників бюджетних коштів (різні міністерства) шляхом множення прогнозної чисельності утриманців та розміру видатків на одну особу;
- співставлення прогнозованих сукупних видатків із прогнозованими обсягами ВВП для виявлення дефіциту або надлишку прогнозованого ВВП і відповідного резерву підвищення видатків на інтернати.

Крім того, береться до уваги загальна сума видатків Пенсійного фонду, спрямованих на фінансування стаціонарних інтернатних установ, на основі прогнозу відповідної кількості людей похилого віку та прогнозової оцінки мінімального розміру пенсії.

Макроекономічний прогноз на період до 2015 р.

Довгострокова економічна та політична життєздатність фінансування соціальних послуг є важливою, тому що вона сприяє гідності та захисту дітей, інвалідів та людей похилого віку. В плані життєздатності необхідно брати до уваги такі фактори: (і) майбутні демографічні тенденції, особливо швидке зменшення загальної чисельності населення та структурні характеристики демографічних змін; необхідність продовжити активне трудове життя та моделі виходу на пенсію, що змінюються; ці фактори впливатимуть на те, наскільки соціальні послуги на базі громади (як наголошено в цілій низці нещодавно прийнятих законів) впливатимуть на кількість працівників та здатність родин піклуватись про своїх членів в скрутні часи життя. У довгостроковій перспективі економічна (а також, опосередковано, політична) життєздатність залежить від загальної економічної ефективності та конкурентного попиту на державні кошти. Активна роль центрального уряду є ключовою для забезпечення економічної стабільності соціальних послуг в довгостроковій перспективі. Активна участь урядовців центрального рівня, які мають довгостроковий погляд на надання соціальних послуг як на звичайний життєвий ризик, розширює масштаби спільного сприйняття на себе ризику як багатими, так і бідними, людьми різних поколінь та тих, хто знаходиться на різних етапах життєвого циклу. Одним з дуже важливих способів, яким центральний уряд може посилити надання соціальних послуг, є демографічне та економічне прогнозування, яке допомагає законодавцям та громадянам приймати рішення щодо найкращого способу забезпечення політичної законності колективного фінансування. Саме беручи до уваги ці аспекти даний аналіз містить як демографічні, так і економічні прогнози стосовно майбутнього фінансування соціальних послуг¹⁴.

Макроекономічний прогноз, що був взятий за основу аналізу для визначення основного та оптимістичного прогнозів, базується на моделі, розробленій Світовим Банком в листопаді 2005 р. Методологія макроекономічних прогнозів Світового Банку базується на стандартизованій моделі, яка застосовується до всіх країн. В ідеалі дисконтна ставка є більш надійним виміром фінансових прогнозів, але її не можна застосовувати в цьому випадку, тому що дисконтна ставка не використовується як інструмент монетарної політики України. Тож макроекономічні прогнози в Україні, складені за допомогою робіт фахівців Інституту економічних досліджень (ІЕД) на базі таких факторів, як інвестиції, зовнішній торговельний баланс та поточні прогнозні показники ВВП та індексу споживчих цін, мінімальний рівень заробітної плати та прожитковий мінімум. У табл. 3.3.7 наведено два варіанти (оптимістичний та песимістичний) прогнозний параметрів економічного розвитку України. Надійність довгострокових макроекономічних оцінок видається низькою, тому горизонт прогнозу обмежено періодом до 2015 року.

В якості базового прогнозу в даному дослідженні використано оптимістичний варіант, який передбачає подальше економічне зростання в країні. Передбачено, що темпи зростання реального ВВП перебуватимуть на рівні 4-5% на рік, а рівень інфляція зменшуватиметься і становитиме лише 5% в 2015 р. Інший сценарій економічного розвитку базується на нижчих показниках зростання: темпи росту реального ВВП зменшуватимуться до 2,5% на рік у 2015 році, а індекс споживчих цін залишатиметься на рівні 10-9% на рік

¹⁴ Див. додаток 14 довідкової статті 4, де наведено огляд методики макроекономічного прогнозування.

Табл. 3.3.7. Прогнозні показники економічного розвитку до 2015 року

Песимістичний варіант	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Темп росту реального ВВП	102,4	107,0	103,0	103,0	103,0	103,0	102,5	102,5	102,5	102,5	102,5
Індекс споживчих цін	112,0	111,4	112,0	111,0	110,0	110,0	109,0	109,0	109,0	109,0	109,0
Обсяг ВВП у фактичних цінах, млрд. грн.	419,9	512,5	591,2	675,9	765,8	867,6	969,4	1083,1	1210,0	1351,9	1510,5
Базовий варіант											
Темп росту реального ВВП	102,4	107,0	104,0	105,5	105,0	105,0	105,0	104,5	104,5	104,5	104,5
Індекс споживчих цін	112,0	111,4	110,0	109,0	108,0	107,0	106,0	106,0	105,0	105,0	105,0
Обсяг ВВП у фактичних цінах, млрд. грн.	419,9	512,5	586,3	674,2	764,5	858,9	956,0	1059,0	1162,0	1275,0	1399,0

Прогноз потреб у соціальних послугах до 2015 р. на основі демографічного прогнозу

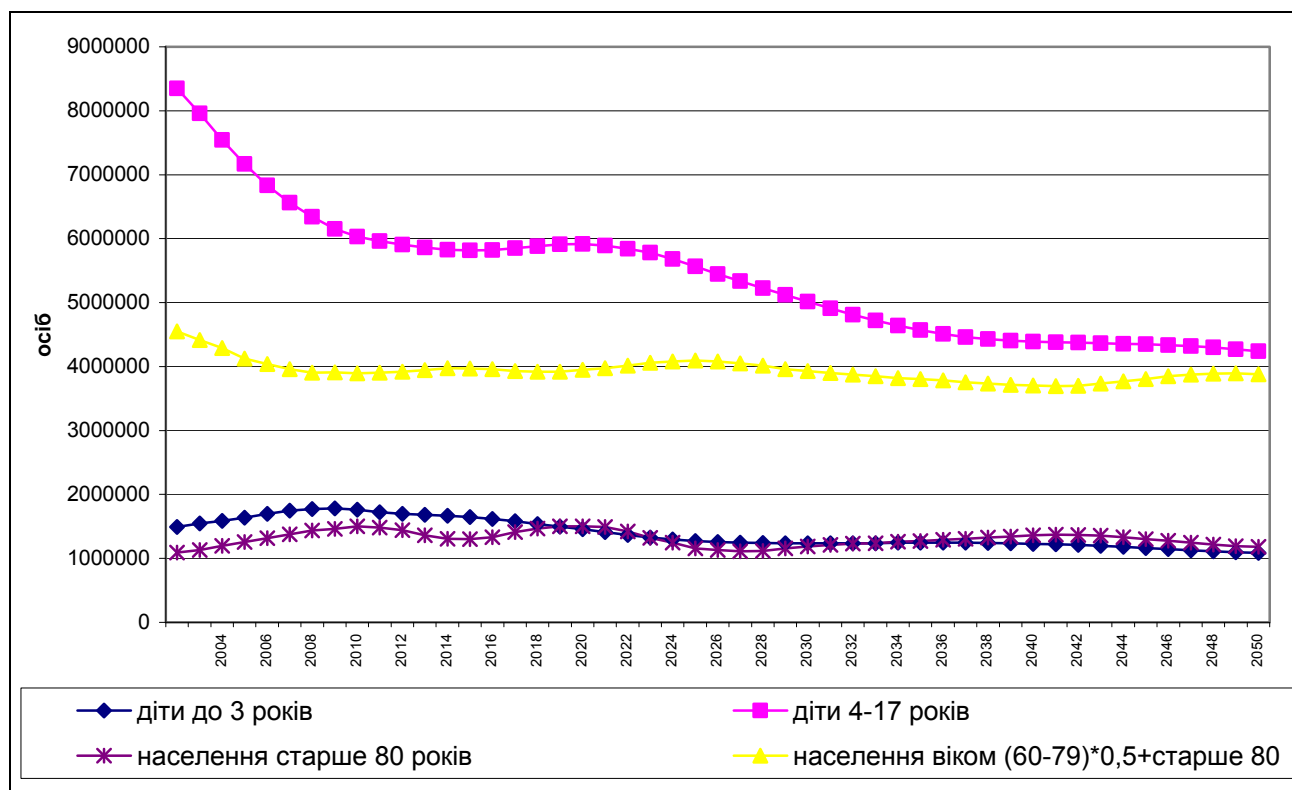
Для оцінки потенційних контингентів користувачів соціальних послуг спрогнозовано динаміку чисельності наступних вікових груп населення:

- діти віком 0-3 роки як потенційні контингенти утриманців інтернатів мережі Мінохорони здоров'я¹⁵;
- діти віком 4-17 років як потенційні контингенти утриманців різних типів дитячих інтернатів мережі Міносвіти та Мінпраці;
- населення похилого віку (базуючись на методі експертної оцінки та даних, описаних у довідковій статті 2, потенційна вікова група розрахована за формулою: чисельність населення 60-79 років*0,5 + населення старше 80 років) як потенційний контингент утриманців будинків-інтернатів для інвалідів та престарілих мережі Мінпраці.

Як свідчать прогнозні оцінки до 2050 року (рис. 3.3.5), загальне зменшення чисельності населення в Україні призведе і до відповідного скорочення потенційних контингентів користувачів соціальних послуг. Незважаючи на незначні коливання чисельності, за прогнозований період загальна кількість дітей віком до 3 років включно зменшиться з 1,54 млн. на початок 2004 р. до 1,08 млн. на початок 2051 р., дітей віком 4-17 років – відповідно з 7,96 до 4,24 млн. осіб, потенційний контингент дорослих інвалідів та престарілих – з 5,55 до 5,06 млн. Розглядаючи останніх, необхідно зазначити, що серед населення старше 80 років відбудеться незначне зростання – з 1,13 до 1,18 млн., решта цього контингенту буде зменшуватися (з 4,4 до 3,88 млн. осіб).

¹⁵ Відповідно до Типового положенні про будинок дитини Мінохорони здоров'я, у будинок дитини приймаються діти від народження до трирічного віку; діти з вадами фізичного та психічного розвитку можуть знаходитись у реабілітаційних групах до чотирирічного віку.

Рис. 3.3.5. Прогнозна оцінка окремих вікових груп населення України як найбільш вірогідних потенційних користувачів соціальних послуг



Якщо порівняти прогнозу динаміку основних потенційних груп користувачів соціальних послуг та темпи росту реального ВВП (табл. 3.3.8), очевидно, що навіть за умов песимістичного макроекономічного прогнозу темпи економічного розвитку значно випереджатимуть збільшення всіх контингентів. Хоча до 2011 року чисельність осіб старше 80 років та дітей до 3 років зростатиме (більш швидкими темпами в порівнянні з песимістичним прогнозом росту ВВП), після цього періоду розпочнеться спад їх чисельності. Таким чином, прогнозоване економічне зростання в Україні в поєднанні із загальним зменшенням абсолютної чисельності користувачів соціальних послуг залишає резерв підвищення рівня державних видатків, спрямованих на ці послуги. А якщо ці ресурси будуть задіяні таким чином, щоб хоча б частково виходити з аналізу та тих рекомендацій стосовно політики, викладених в аналітичній роботі, проведеної Проектом (наприклад, у роботах стосовно управління державними видатками; юридичної та законодавчої бази та політики соціальних послуг; законодавства стосовно НДО та надання соціальних послуг, аудита для покращення ефективності, якості та результатів надання соціальних послуг, а також демографічного та економічного аналізу, викладеного в цьому звіті), то їх можна використовувати для досягнення балансу надання послуг та покращення якості соціальних послуг, що надаються як в інтернатних установах, так і на базі громади.

Табл. 3.3.8. Порівняння прогнозованих темпів економічного розвитку та динаміки потенційних контингентів користувачів соціальних послуг до 2015 р.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
темпи зростання ВВП (базовий)	102,4	107,0	104,0	105,5	105,0	105,0	105,0	104,5	104,5	104,5	104,5
темпи зростання ВВП (песимістичний)	102,4	107,0	103,0	103,0	103,0	103,0	102,5	102,5	102,5	102,5	102,5
темпи змін пенсіонерів 80+	106,0	104,9	104,9	104,5	104,3	102,0	102,6	98,5	97,5	94,3	95,8
темпи змін потенційного контингенту Мінпраці	99,0	98,1	99,5	99,6	100,1	100,7	100,4	99,8	99,6	98,9	99,5
темпи змін дітей 0-3 роки	102,6	103,2	103,7	103,1	101,3	100,6	98,8	97,9	98,4	99,1	99,2
темпи змін дітей віком 4-17 років	94,8	95,0	95,3	96,0	96,7	97,0	98,0	98,8	99,1	99,2	99,4
темпи змін потенційних контингентів	101,1	97,0	97,9	98,3	98,6	98,9	99,1	99,1	99,2	99,1	99,4

Табл. 3.3.9. Прогноз видатків Пенсійного фонду на утримання інтернатних установ для людей похилого віку

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Оціночна кількість людей похилого віку, що перебувають в інтернатних установах	44674	44465	44282	44305	44593	44777	44690	44518	44021	43812	43732
Песимістичний варіант											
Мінімальна пенсія, грн. (фактичні ціни)	332,0	358,5	401,5	445,7	490,3	539,3	587,8	640,7	698,4	761,2	829,8
75% відрахування	249,0	249,0	268,9	301,1	334,3	367,7	404,5	440,9	480,5	523,8	570,9
Загальні видатки Пенсійного фонду на утримання інтернатних установ (млн. грн.)	11,1	11,1	11,9	13,3	14,9	16,5	18,1	19,6	21,2	22,9	25,0
Базовий варіант											
Мінімальна пенсія, грн. (фактичні ціни)	332,0	358,5	394,4	429,8	464,2	496,7	526,5	558,1	586,0	615,3	646,1
75% відрахування	249,0	268,9	295,8	322,4	348,2	372,5	394,9	418,6	439,5	461,5	484,6
Загальні видатки Пенсійного фонду на утримання інтернатних установ (млн. грн.)	11,1	12,0	13,1	14,3	15,5	16,7	17,6	18,6	19,3	20,2	21,2

Прогнозна оцінка загальних "приватних" видатків пенсійного фонду на фінансування інтернатних установ для осіб похилого віку

Беручи до уваги, що з пенсії літніх осіб, що знаходяться в інтернатних установах, відраховують 75%, відносно легко спрогнозувати загальні видатки Пенсійного фонду, які спрямовуватимуться на фінансування цих інтернатних установ. Прогнозна оцінка кількості людей похилого віку, що проживають в інтернатних установах, базується на демографічному прогнозі та поточному рівні покриття відповідних вікових груп послугами, що надаються в інтернатних установах. Прогнозна оцінка мінімальної пенсії базується на макроекономічному прогнозі прожиткового мінімуму для осіб,

які втратили працездатність (тобто пенсіонерів, інвалідів), що дорівнює мінімальній пенсії, починаючи з кінця 2004 р. Два варіанти (песимістичний та базовий) наведено в табл. 3.3.9.

Прогнозна оцінка кількості осіб на утриманні мережі інтернатних закладів та відповідних потреб у державних видатках: варіанти 1 і 2

Варіант 1 (за умови збереження чинного рівня охоплення відповідних контингентів населення інтернатними закладами).

Перший варіант оцінки здійснено на основі припущення, що сучасні рівні охоплення населення інтернатними закладами залишатимуться без змін. Розрахунки проведено окремо для кожного розпорядника бюджетних коштів (Мінпраці, Мінохорони здоров'я, Міносвіти). Станом на 2004 рік, рівень охоплення дітей віком 0-3 роки мережею будинків дитини (підпорядкованих Мінохорони здоров'я) становив 0,34%, рівень охоплення дітей віком 4-17 років мережею будинків-інтернатів для дітей інвалідів (підпорядкованих Мінпраці) – 0,10%, а інтернатними закладами мережі Міністерства освіти та науки – 0,91% (з них 0,66% - спеціальними школами-інтернатами для дітей, які потребують корекції фізичного або розумового розвитку, 0,09% - дитячими будинками, 0,17% - загальноосвітніми школами-інтернатами для дітей-сиріт та позбавлених батьківського піклування).

Прогнозована кількість осіб, які перебувають на утриманні інтернатів різного типу отримані шляхом накладання даних рівнів охоплення на демографічні прогнози відповідних вікових груп населення. Результати розрахунків представлено в табл. 3.3.10. Рівень державних видатків, що приходяться на одну особу, оцінено за даними 2004 року і спроєктовано на перспективу до 2015 р. шляхом індексації на майбутні рівні інфляції.

Згідно **базового варіанту** передбачено, що до 2015 року видатки на одну особу зростуть дещо більше, ніж в 2 рази, а необхідний обсяг коштів на утримання мережі інтернатів, які є предметом даного дослідження, зросте з 693 млн. грн. в 2004 р. до 1449,9 млн.грн. в 2015 р. **Песимістичний варіант** базується на вищих рівнях інфляції, внаслідок яких видатки на одну особу зростуть практично в 3 рази. Відповідно, зростуть і сукупні видатки на утримання мережі інтернатів - до 1862 млн.грн. в 2015 р.

Необхідно зазначити, що впродовж останніх років видатки на інтернатні заклади складають сталий відсоток від ВВП (на рівні 0,22-0,23%). Тому на основі припущення, що їх питома вага залишатиметься фіксованою і для досліджуваного періоду, нами отримано обсяги "мінімально необхідного" ВВП для фінансування сучасної мережі інтернатних закладів. В базовому варіанті закладено незначне підвищення фіксованого відсотку до 0,25%, в песимістичному варіанті використано показник в 0,22%.

Розрахунки показали, що навіть за умов песимістичного макроекономічного прогнозу ВВП залишатиметься "резерв підвищення" державних видатків на інтернатні заклади. Тобто, за умови незмінних рівнів охоплення населення інтернатними закладами існуватиме можливість підвищення рівня фінансування по відношенню до ВВП та державного бюджету. Це дозволить підвищити якість послуг, які надаються к стаціонарних закладах, та дещо розширити їхній діапазон.

Табл. 3.3.10. Прогнозна оцінка держвидатків на утримання інтернатів різних типів до 2015 р.: збереження сучасних рівнів охоплення населення												
ПЕСИМІСТИЧНИЙ ВАРІАНТ	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
індекс споживчих цін	112,30%	112,0%	111,4%	112,0%	111,0%	110,0%	110,0%	109,0%	109,0%	109,0%	109,0%	109,0%
Мінпраці												
кількість дітей в інтернатах	7 716	7 330	6 986	6 709	6 484	6 293	6 169	6 098	6 043	5 994	5 957	5 949
кількість дітей віком 4-17 років	7 544 752	7 167 139	6 831 201	6 559 795	6 340 446	6 153 207	6 032 265	5 962 175	5 909 045	5 861 013	5 824 725	5 817 264
рівень охоплення, %	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	11,4	12,8	14,3	16,0	17,7	19,5	21,4	23,4	25,5	27,8	30,3	33,0
Видатки Мінпраці на дитячі заклади-інтернати, тис.грн.	88 137,9	93 773,784	99 567,562	107 085,11	114 889,83	122 646,74	132 259,72	142 488,03	153 927,94	166 417,62	180 272,13	196 244,9
Кількість осіб в будинках-інтернатах для дорослих	45 626	44 674	44 465	44 282	44 305	44 593	44 777	44 690	44 518	44 021	43 812	43 732
кількість населення віком (60-79)/2+80 ⁺	5 488 651	5 382 370	5 357 197	5 335 210	5 337 910	5 372 704	5 394 766	5 384 382	5 363 640	5 303 732	5 278 533	5 268 941
рівень охоплення, %	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	8,7	9,7	10,8	12,1	13,5	14,8	16,3	17,8	19,4	21,1	23,0	25,1
видатки Мінпраці на будинки-інтернати для дорослих, тис. грн.	396 296,3	434 587,5	481 866,3	537 475,2	596 899,4	660 869,1	729 941,1	794 104,4	862 239,5	929 343,7	1 008 171,7	1 096 910,2
Мінохорони здоров'я												
кількість дітей в будинках дитини	5387	5557	5763	5943	6019	6055	5985	5859	5764	5712	5666	5597
кількість дітей 0-3 роки	1 584 426	1 634 444	1 694 893	1 748 024	1 770 271	1 780 847	1 760 275	1 723 207	1 695 215	1 680 100	1 666 361	1 646 192
рівень охоплення, %	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	19,3	21,3	23,7	26,5	29,5	32,4	35,6	38,8	42,3	46,2	50,3	54,8
Видатки на інтернати Мінохорони здоров'я, тис. грн.	103 751,2	118 183	136 525,0	157 701,3	177 276,3	196 168,9	213 293,1	227 593,7	244 047,3	263 639,8	285 017,3	306 908,8
Міносвіти												
кількість дітей в загальноосвітніх школах-інтернатах	12 593	11 963	11 402	10 949	10 583	10 270	10 068	9 952	9 863	9 783	9 722	9 710
кількість дітей 4-17 років	7 544 752	7 167 139	6 831 201	6 559 795	6 340 446	6 153 207	6 032 265	5 962 175	5 909 045	5 861 013	5 824 725	5 817 264
рівень охоплення, %	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	8,3	10,5	11,7	13,1	14,5	15,9	17,5	19,1	20,8	22,7	24,8	27,0
Видатки на інтернати Міносвіти, тис.грн.	104 784,9	125 198,0	132 933,3	142 970,0	153 390,2	163 746,5	176 580,8	190 236,7	205 510,2	222 185,2	240 682,5	262 007,8
Сукупні видатки на інтернатні заклади, млн. грн.	693,0	771,7	850,9	945,2	1 042,5	1 143,4	1 252,1	1 354,4	1 465,7	1 581,6	1 714,1	1 862,1
Фіксований відсоток видатків від ВВП	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222
"Необхідний" ВВП, млн.	312 148,7	347 631,6	383 284,7	425 780,0	469 574,6	515 059,1	563 997,6	610 100,4	660 236,5	712 426,3	772 136,8	838 771,1
Прогнозований ВВП, млн.грн.		419 900	512 500	591 220	675 942	765 842	867 699	969 437	1 083 103	1 210 097	1 351 981	1 510 501
<i>Резерв підвищення</i>		<i>107 751</i>	<i>164 868</i>	<i>207 935</i>	<i>250 162</i>	<i>296 267</i>	<i>352 640</i>	<i>405 439</i>	<i>473 003</i>	<i>549 861</i>	<i>639 555</i>	<i>738 364</i>

БАЗОВИЙ ВАРІАНТ	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
індекс споживчих цін	112,30%	112,0%	111,4%	110,0%	109,0%	108,0%	107,0%	106,0%	106,0%	105,0%	105,0%	105,0%
Мінпраці												
кількість дітей в інтернатах	7 716	7 330	6 986	6 709	6 484	6 293	6 169	6 098	6 043	5 994	5 957	5 949
кількість дітей віком 4-17 років	7 544 752	7 167 139	6 831 201	6 559 795	6 340 446	6 153 207	6 032 265	5 962 175	5 909 045	5 861 013	5 824 725	5 817 264
рівень охоплення, %	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102	0,102
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	11,4	12,8	14,3	15,7	17,1	18,5	19,7	20,9	22,2	23,3	24,5	25,7
видатки Мінпраці на дитячі заклади-інтернати, тис.грн.	88 137,9	93 773,8	99 567,6	105 172,9	110 805,1	116 135,6	121 822,6	127 631,6	134 083,9	139 643,6	145 718,0	152 807,9
кількість осіб в будинках-інтернатах для дорослих	45 626	44 674	44 465	44 282	44 305	44 593	44 777	44 690	44 518	44 021	43 812	43 732
кількість населення віком (60-79)/2+80 ⁺	5 488 651	5 382 370	5 357 197	5 335 210	5 337 910	5 372 704	5 394 766	5 384 382	5 363 640	5 303 732	5 278 533	5 268 941
рівень охоплення, %	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	8,7	9,7	10,8	11,9	13,0	14,0	15,0	15,9	16,9	17,7	18,6	19,5
видатки Мінпраці на будинки-інтернати для дорослих, тис. грн.	396 296,3	434 587,5	481 866,3	527 877,4	575 677,6	625 784,3	672 338,8	711 307,4	751 081,4	779 826,9	814 927,9	854 119,4
Мінохорони здоров'я												
кількість дітей в будинках дитини	5 387	5 557	5 763	5 943	6 019	6 055	5 985	5 859	5 764	5 712	5 666	5 597
кількість дітей 0-3 роки	1 584 426	1 634 444	1 694 893	1 748 024	1 770 271	1 780 847	1 760 275	1 723 207	1 695 215	1 680 100	1 666 361	1 646 192
рівень охоплення, %	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	19,0	21,3	23,7	26,1	28,4	30,7	32,8	34,8	36,9	38,7	40,7	42,7
Видатки на інтернати Мінохорони здоров'я, тис. грн.	103 751,2	118 182,9	136 525,0	154 885,2	170 973,5	185 754,5	196 461,3	203 863,7	212 585,3	221 224,3	230 385,9	238 977,4
Міносвіти												
кількість дітей в загальноосвітніх школах-інтернатах	12 593	11 963	11 402	10 949	10 583	10 270	10 068	9 952	9 863	9 783	9 722	9 710
кількість дітей 4-17 років	7 544 752	7 167 139	6 831 201	6 559 795	6 340 446	6 153 207	6 032 265	5 962 175	5 909 045	5 861 013	5 824 725	5 817 264
рівень охоплення, %	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	9,3	10,5	11,7	12,8	14,0	15,1	16,2	17,1	18,2	19,1	20,0	21,0
Видатки на інтернати Міносвіти, тис.грн.	104 784,9	125 198,0	132 933,3	140 417,0	147 936,6	155 053,4	162 646,2	170 401,7	179 016,2	186 439,1	194 549,1	204 014,9
Сукупні видатки на інтернатні заклади, млн. грн.	693,0	771,7	850,9	928,4	1 005,4	1 082,7	1 153,3	1 213,2	1 276,8	1 327,1	1 385,6	1 449,9
Фіксований відсоток видатків від ВВП	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250
"Необхідний" ВВП, млн.	277 188,1	308 696,9	340 356,8	371 341,0	402 157,1	433 091,1	461 307,6	485 281,7	510 706,7	530 853,6	554 232,4	579 967,8
Прогнозований ВВП, млн.грн.		419 900	512 500	586 300	674 216	764 561	858 984	956 049	1 059 015	1 162 005	1 275 010	1 399 004
<i>Резерв підвищення</i>		<i>111 203,1</i>	<i>172 143,2</i>	<i>214 959,0</i>	<i>272 058,6</i>	<i>331 469,5</i>	<i>397 676,2</i>	<i>470 767,2</i>	<i>548 308,8</i>	<i>631 151,1</i>	<i>720 777,3</i>	<i>819 036,6</i>

Варіант 2 (за умови змін рівня охоплення відповідних контингентів населення інтернатними закладами).

Другий варіант прогнозу передбачає, що змінюватиметься не лише чисельність демографічних груп населення, які є потенційними контингентами користувачів послуг інтернатних закладів, а й рівні охоплення у відповідних вікових групах. Зокрема, очікується значне зростання рівня охоплення мережею будинків-інтернатів для дорослих (Мінпраці), в першу чергу за рахунок осіб похилого віку. Експертними оцінками передбачено, що даний рівень охоплення зросте з сучасного 0,83% до 1,05%. В основі цього прогнозу лежать не лише тенденції останніх років, а й припущення про підвищення якості послуг, які надаються престарілим в будинках-інтернатах, внаслідок чого в майбутньому зростатиме схильність населення до користування ними.

Що стосується рівня охоплення дітей інтернатними закладами, прогнози є неоднозначними. З одного боку, з огляду на тенденції минулих років, прогнозується незначне скорочення рівнів охоплення дітей віком 4-17 років інтернатними закладами Мінпраці та Міносвіти, з іншого – незначне зростання рівня охоплення інтернатами дітей віком до 3 років (мережею Міністерства охорони здоров'я). Остання тенденція може бути спровокована короткочасним зростанням народжуваності в 2006-2007 роках внаслідок підвищення розміру державної допомоги при народженні дитини і можливим поширенням випадків зловживання цією допомогою і подальших відмов від новонароджених дітей серед маргінальних прошарків населення.

Таким чином, динаміка чисельності населення, яке користується послугами стаціонарних інтернатних закладів, матиме наступні особливості:

- чисельність населення, яке перебуває в будинках-інтернатах для дорослих (Мінпраці) збільшиться з 45,6 тис. до 55,4 тис. осіб;
- чисельність дітей, які перебуває в будинках-інтернатах для інвалідів (Мінпраці) зменшиться з 7,7 до 6,7 тис. осіб;
- чисельність дітей, які перебувають в будинках дитини (Мінохорони здоров'я) зросте з 5,4 до 5,5 тис.;
- чисельність дітей, які перебувають в загальноосвітніх школах-інтернатах (Міносвіти) зменшиться з 12,6 до 10,8 тис. осіб.

Результати розрахунків, проведених аналогічно варіанту 1, представлено в табл. 3.3.16. Згідно **песимістичному варіанту** сукупні видатки на інтернатні заклади становитимуть 2205,3 млн.грн. (фактично на 340 млн. грн. більше, ніж в попередньому варіанті). За **базовим варіантом** розвитку, сукупні видатки на утримання інтернатних закладів становитимуть 1717,2 млн.грн (майже на 270 млн. більше, ніж за попереднім варіантом). Відповідно, зменшиться і "резерв" підвищення державних видатків на інтернати по відношенню до прогнозованого ВВП.

Табл. 3.3.16. Прогнозна оцінка держвидатків на утримання інтернатів різних типів до 2015 р.: зміна рівня охоплення відповідних груп населення												
ПЕСИМІСТИЧНИЙ ВАРІАНТ	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
індекс споживчих цін	112,30%	112,0%	111,4%	112,0%	111,0%	110,0%	110,0%	109,0%	109,0%	109,0%	109,0%	109,0%
Мінпраці												
кількість дітей в інтернатах	7 716	7 410	7 141	6 933	6 774	6 647	6 588	6 583	6 596	6 614	6 646	6 710
кількість дітей віком 4-17 років	7 544 752	7 167 139	6 831 201	6 559 795	6 340 446	6 153 207	6 032 265	5 962 175	5 909 045	5 861 013	5 824 725	5 817 264
рівень охоплення, %	0,102	0,103	0,105	0,106	0,107	0,108	0,109	0,110	0,112	0,113	0,114	0,115
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	11,4	12,8	14,3	16,0	17,7	19,5	21,4	23,4	25,5	27,8	30,3	33,0
видатки Мінпраці на дитячі заклади-інтернати, тис.грн.	88 137,9	94 805,295	101 770,1	110 657,93	120 029,01	129 542,35	141 232,46	153 828,38	168 006,74	183 636,8	201 113	221 340,61
кількість осіб в будинках-інтернатах для дорослих	45 626	45 819	46 676	47 552	48 643	50 035	51 319	52 297	53 169	53 636	54 436	55 391
кількість населення віком 60-79/2+80+	5 488 651	5 382 370	5 357 197	5 335 210	5 337 910	5 372 704	5 394 766	5 384 382	5 363 640	5 303 732	5 278 533	5 268 941
рівень охоплення, %	0,83	0,85	0,87	0,89	0,91	0,93	0,95	0,97	0,99	1,01	1,03	1,05
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	8,7	9,7	10,8	12,1	13,5	14,8	16,3	17,8	19,4	21,1	23,0	25,1
видатки Мінпраці на будинки-інтернати для дорослих, тис. грн.	396 296,3	445 729,2	505 831,3	577 157,0	655 351,6	741 510,2	836 599,6	929 273,3	1 029 782,9	1 132 320,1	1 252 658,1	1 389 347,7
Мінохорони здоров'я												
кількість дітей в будинках дитини	5 387	5 557	5 763	5 943	6 019	6 055	5 985	5 841	5 729	5 661	5 598	5 514
кількість дітей 0-3 роки	1 584 426	1 634 444	1 694 893	1 748 024	1 770 271	1 780 847	1 760 275	1 723 207	1 695 215	1 680 100	1 666 361	1 646 192
рівень охоплення, %	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,33
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	19,3	21,3	23,7	26,5	29,5	32,4	35,6	38,8	42,3	46,2	50,3	54,8
Видатки на інтернати Мінохорони здоров'я, тис. грн.	103 751,2	118 183	136 525,0	157 701,3	177 276,3	196 168,9	213 293,1	226 910,9	242 585,2	261 274,1	281 612,5	302 332,7
Міносвіти												
кількість дітей в загальноосвітніх школах-інтернатах	12 593	12 082	11 631	11 281	11 013	10 794	10 688	10 669	10 680	10 699	10 739	10 833
кількість дітей 4-17 років	7 544 752	7 167 139	6 831 201	6 559 795	6 340 446	6 153 207	6 032 265	5 962 175	5 909 045	5 861 013	5 824 725	5 817 264
рівень охоплення, %	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,19
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	8,3	10,5	11,7	13,1	14,5	15,9	17,5	19,1	20,8	22,7	24,8	27,0
Видатки на інтернати Міносвіти, млн.грн.	104 784,9	126 450,0	135 605,3	147 302,2	159 618,4	172 099,2	187 444,1	203 959,5	222 538,1	243 000,7	265 863,2	292 313,9
Сукупні видатки на інтернатні заклади, млн. грн.	693,0	785,2	879,7	992,8	1 112,3	1 239,3	1 378,6	1 514,0	1 662,9	1 820,2	2 001,2	2 205,3
Фіксований відсоток видатків від ВВП	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222
"Необхідний" ВВП, млн.	312 148,7	353 679,0	396 275,5	447 215,5	501 024,9	558 252,5	620 977,1	681 969,4	749 059,9	819 924,2	901 462,5	993 394,1
Прогнозований ВВП, млн.грн.		419 900	512 500	591 220	675 942	765 842	867 699	969 437	1 083 103	1 210 097	1 351 981	1 510 501
<i>Резерв підвищення</i>		<i>107 751</i>	<i>158 821</i>	<i>194 945</i>	<i>228 726</i>	<i>264 817</i>	<i>309 447</i>	<i>348 460</i>	<i>401 134</i>	<i>461 037</i>	<i>532 057</i>	<i>609 038</i>

БАЗОВИЙ ВАРІАНТ	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
індекс споживчих цін	112,30%	112,0%	111,4%	110,0%	109,0%	108,0%	107,0%	106,0%	106,0%	105,0%	105,0%	105,0%
Мінпраці												
кількість дітей в інтернатах	7 716	7 410	7 141	6 933	6 774	6 647	6 588	6 583	6 596	6 614	6 646	6 710
кількість дітей віком 4-17 років	7 544 752	7 167 139	6 831 201	6 559 795	6 340 446	6 153 207	6 032 265	5 962 175	5 909 045	5 861 013	5 824 725	5 817 264
рівень охоплення, %	0,10	0,10	0,10	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,12
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	11,4	12,8	14,3	15,7	17,1	18,5	19,7	20,9	22,2	23,3	24,5	25,7
видатки Мінпраці на дитячі заклади-інтернати, тис.грн.	88 137,9	94 805,3	101 770,1	108 681,9	115 761,6	122 665,1	130 087,3	137 789,5	146 347,7	154 092,5	162 564,2	172 348,9
кількість осіб в будинках-інтернатах для дорослих	45 626	45 819	46 676	47 552	48 643	50 035	51 319	52 297	53 169	53 636	54 436	55 391
кількість населення віком 60-79/2+80+	5 488 651	5 382 370	5 357 197	5 335 210	5 337 910	5 372 704	5 394 766	5 384 382	5 363 640	5 303 732	5 278 533	5 268 941
рівень охоплення, %	0,83	0,85	0,87	0,89	0,91	0,93	0,95	0,97	0,99	1,01	1,03	1,05
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	8,7	9,7	10,8	11,9	13,0	14,0	15,0	15,9	16,9	17,7	18,6	19,5
видатки Мінпраці на будинки-інтернати для дорослих, тис. грн.	396 296,3	445 729,2	505 831,3	566 850,6	632 051,6	702 144,3	770 580,4	832 383,0	897 025,5	950 147,6	1 012 551,7	1 081 828,6
Мінохорони здоров'я												
кількість дітей в будинках дитини	5 387	5 557	5 763	5 943	6 019	6 055	5 985	5 841	5 729	5 661	5 598	5 514
кількість дітей 0-3 роки	1 584 426	1 634 444	1 694 893	1 748 024	1 770 271	1 780 847	1 760 275	1 723 207	1 695 215	1 680 100	1 666 361	1 646 192
рівень охоплення, %	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34	0,33
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	19,0	21,3	23,7	26,1	28,4	30,7	32,8	34,8	36,9	38,7	40,7	42,7
Видатки на інтернати Мінохорони здоров'я, тис. грн.	103 751,2	118 182,9	136 525,0	154 885,2	170 973,5	185 754,5	196 461,3	203 252,1	211 311,7	219 239,2	227 633,7	235 414,2
Міносвіти												
кількість дітей в загальноосвітніх школах-інтернатах	12 593	12 082	11 631	11 281	11 013	10 794	10 688	10 669	10 680	10 699	10 739	10 833
кількість дітей 4-17 років	7 544 752	7 167 139	6 831 201	6 559 795	6 340 446	6 153 207	6 032 265	5 962 175	5 909 045	5 861 013	5 824 725	5 817 264
рівень охоплення, %	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,19
видатки на 1 особу, тис. грн. (індексовані на темпи зростання інфляції)	9,3	10,5	11,7	12,8	14,0	15,1	16,2	17,1	18,2	19,1	20,0	21,0
Видатки на інтернати Міносвіти, тис.грн.	104 784,9	126 450,0	135 605,3	144 671,8	153 943,4	162 962,6	172 652,2	182 693,7	193 848,9	203 905,7	214 903,2	227 612,9
Сукупні видатки на інтернатні заклади, млн. грн.	693,0	785,2	879,7	975,1	1 072,7	1 173,5	1 269,8	1 356,1	1 448,5	1 527,4	1 617,7	1 717,2
Фіксований відсоток видатків від ВВП	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250	0,250
"Необхідний" ВВП, млн.	277 188,1	314 066,9	351 892,6	390 035,8	429 092,1	469 410,6	507 912,5	542 447,3	579 413,5	610 954,1	647 061,1	686 881,8
Прогнозований ВВП, млн.грн.		419 900	512 500	586 300	674 216	764 561	858 984	956 049	1 059 015	1 162 005	1 275 010	1 399 004
<i>Резерв підвищення</i>		<i>105 833,1</i>	<i>160 607,4</i>	<i>196 264,2</i>	<i>245 123,6</i>	<i>295 150,0</i>	<i>351 071,3</i>	<i>413 601,7</i>	<i>479 602,0</i>	<i>551 050,7</i>	<i>627 948,5</i>	<i>712 122,5</i>

Економічна структура видатків на соціальні послуги

Хоча ситуація із фінансуванням інтернатних закладів виглядає досить сприятливо, оскільки державні видатки складають досить значні суми в розрахунку на одну особу, необхідно враховувати, що ці кошти включають не лише безпосередню вартість послуг, які надаються населенню, а й заробітну плату персоналу інтернатних закладів, утримання будівель та оплату комунальних послуг. Зокрема, у структурі поточних видатків на освіту та охорону здоров'я найбільшу частку складають видатки на виплату заробітної плати та нарахування на неї. Починаючи з 2000 року частка таких видатків поступово збільшується (на освіту - складає у 2000 році 54,4 відсотка, у 2001 році – 58,4 відсотка, у 2002 році – 59,1 відсотка та у 2003 році – 61,3 відсотка, на охорону здоров'я – відповідно 50,7; 52,3; 54,4; 61,3 відсотків), що є відображенням державної політики щодо щорічного підвищення рівня мінімальної заробітної плати. Наведені дані свідчать, що збільшення мінімальної заробітної плати відбувається без урахування наявного фінансового потенціалу, тобто впливу таких видатків на розвиток та надання послуг населенню.

Наступна за обсягом коштів стаття є здійснення розрахунків за спожиті енергоносії та отримані комунальні послуги. Тут частка видатків як по освіті, так і по охороні здоров'я у 2003 році складає 10,2 відсотка. У структурі поточних видатків на соціальний захист та соціальне забезпечення найбільшу частку складають субсидії і поточні трансферти. Їх частка у 2000 році складає 89,1 відсотка, у 2001 році 89,3 відсотка, у 2002 році 85,1 відсотка, у 2003 році 83,6 відсотка. Щодо капітальних видатків, то вони перебувають на досить низькому рівні. У 2003 році їх частка складає 9,1 відсотка на освіту та охорону здоров'я, а на соціальний захист та соціальне забезпечення у 2003 році їх частка складає 6,6 відсотка..

Із наведеного статистичного аналізу очевидно, що хоча видатки на соціальну сферу в цілому і на інтернатні заклади зокрема, збільшуються, зростаюче фінансування направлене на зростання заробітної плати з нарахуваннями (внаслідок інфляційних процесів) та оплату комунальних послуг, ціни на які зростають. Водночас на якість послуг, що надаються в цих закладах (включаючи закупівлю необхідного обладнання, медичних препаратів, продуктів харчування тощо) підвищення фінансування може не вплинути. Це зумовлює необхідність оцінки урядом України вартості одиниць соціальних послуг, що надаються на базі громади та в інтернатних закладах, з точки зору покращення ефективності та рівноправ'я у наданні соціальних послуг, а також для реформування самого механізму обґрунтування необхідних видатків та їх "доведення" до кінцевих користувачів.