

АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД

ЗДОРОВ'Я ТА ОСВІТА: як пандемія COVID-19 вплинула на доступ до публічних послуг в Україні

ГО «Ініціатива ХОЛОН». 2021. *Здоров'я та освіта: Як пандемія COVID-19 вплинула на доступ до публічних послуг в Україні. Аналітичний огляд*

Авторський колектив:

Олександра Бетлій, аналітик у сфері публічних фінансів

Юрій Джигир, експерт у галузі публічних фінансів,
заступник міністра фінансів у 2018–2020 роках

Павло Ковтонюк, експерт у сфері охорони здоров'я,
заступник міністра охорони здоров'я у 2016–2019 роках

Анна Новосад, експертка з питань освіти,
міністерка освіти в 2019–2020 роках

Юлія Панченко, експертка з публічного управління

Підготовка до публікації: Діана Горальська, Олександр Жигінас, Юлія Мартиненко,
Наталія Рябцева, Олена Шарговська.

Матеріал підготовлено за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» у рамках проекту «Справедливе відновлення після COVID-19: доступ до публічних послуг (public services)». Матеріал відображає позицію авторів і не обов'язково збігається з позицією Міжнародного фонду «Відродження».

Зміст

Вступ	2
Передмова	3
Розділ 1. Здоров'я	7
Контекст	7
Короткий огляд епідемії в Україні	9
Вузькі місця у системі надання медичних послуг та зниження їх доступності	14
Уповільнення програм, які підвищують доступність	18
Уповільнення системних змін у доступності послуг	22
Довідка щодо фінансування системи охорони здоров'я	23
Розділ 2. Освіта	32
Контекст	32
Завершення навчального року 2019/2020	34
Навчальний рік 2020/2021	40
Довідка щодо фінансування освіти	50
Кейс про вплив епідемії на групи ризику	54
Кейс про участь громадянського суспільства	56
Кейс про економічну нерівність регіонів	57
Рекомендації	59
Додаток 1. Фонд боротьби з COVID-19	61
Додаток 2. Бюджетні програми МОЗ	66

Вступ

Епідемія COVID-19 суттєво вплинула на різні сфери життя в Україні, підкресливши низку проблем, у тому числі в соціальному секторі. Хоча Україні вдалося уникнути катастрофічних сценаріїв, у публічному дискурсі все гостріше почали звучати питання: чи була відповідь Уряду на епідемію достатньо ефективною, і чи не призвела вона до виникнення нових проблем, зокрема, в охороні здоров'я та шкільній освіті? Зважаючи на це, команда ГО «Ініціатива ХОЛОН» за підтримки МФ «Відродження» вирішила проаналізувати:

- як епідемія COVID-19 та протиепідемічні заходи вплинули на доступ громадян, зокрема з вразливих груп і груп ризику, до публічних послуг в охороні здоров'я та шкільній освіті;
- урядові рішення, у тому числі пов'язані з обмеженням прав людини, з точки зору їх обґрунтованості, своєчасності, дотримання процедур прийняття і подальшої комунікації;
- урядові рішення щодо розподілу бюджетних коштів на боротьбу з епідемією з точки зору пріоритетності, справедливості та ефективності використання коштів.

Зниження доступу до медичних та освітніх послуг матиме негативний вплив на якість людського капіталу, що погіршує перспективи економічного розвитку. Водночас, зниження доступу разом з обмеженням прав людини зменшує довіру до Уряду, що потенційно погіршить дотримання офіційних протиепідемічних рекомендацій та послабить підтримку інших урядових рішень.

Висновки цього аналітичного огляду та подальша публічна дискусія допоможуть у виробленні рішень для відновлення доступу до публічних послуг, зокрема серед вразливих груп; належної пріоритетності при розподілі бюджету; посилення урядової відповіді на епідемію COVID-19 із одночасним дотриманням прав людини, що в підсумку має підвищити довіру громадян до Уряду.

Цей огляд містить результати експертної оцінки, для формування якої були використані наявні публічні дані, доступні як з відкритих джерел, так і зібрані через окремі запити; результати додаткових інтерв'ю з надавачами та користувачами послуг; відкриті дані міжнародних організацій. Огляд був підготовлений протягом грудня 2020 — січня 2021 та охоплює період з березня 2020 до січня 2021.

Аналітичний огляд структуровано виходячи з фокусу на двох сферах — охороні здоров'я та шкільній освіті. У межах двох основних розділів також представлено аналітику з фінансування цих сфер під час епідемії. У вигляді окремих кейсів розглянуто вплив епідемії на групи ризику, участь громадянського суспільства у протидії епідемії (як реакція на дії чи бездіяльність Уряду), та економічна нерівність регіонів під час епідемії. Питання дотримання прав людини є наскрізним і представлено в різних розділах огляду. Рекомендації відображені у відповідному розділі наприкінці звіту.

Передмова

11 березня 2020 року генеральний директор ВООЗ у своєму виступі перед медіа оголосив спалах COVID-19 пандемією, враховуючи тривожні рівні поширення й тяжкості хвороби та загрозливий рівень бездіяльності у відповідь на неї¹.

Щоби запобігти розповсюдженню COVID-19, національні уряди більшості країн, яких торкнулася пандемія, запровадили карантинні обмеження в тому чи іншому вигляді. Такі обмеження є стандартним заходом стримування інфекцій та інструментом захисту громадського здоров'я. Разом з тим, карантинні обмеження прямо впливають на доступність якісних публічних послуг, тому при впровадженні цих обмежень необхідно дотримуватися балансу між стримуванням епідемії та збереженням доступності послуг.

Карантинні обмеження в Україні у відповідь на COVID-19 обмежили доступ до гарантованих державою публічних послуг у сферах охорони здоров'я та освіти. Під загрозою також опинилися особисті права та свободи, закріплені в Конституції України та ратифікованих Україною міжнародних документах.

Неухильне дотримання прав людини є засадничим принципом цивілізованого суспільства, а захист цих прав є обов'язком демократичної держави. Відповідно до Сиракузьких принципів², обмеження громадянських та політичних прав допускається у виключних ситуаціях, пов'язаних із захистом громадського здоров'я, порядку, безпеки тощо. Всі подібні обмеження мають бути законними, відповідати реальній потребі суспільства й бути пропорційними їй.

Аналізуючи з цих позицій рішення Уряду від 11 березня 2020 року³ про встановлення карантину на усій території України, можна дійти висновку, що це рішення було необґрунтованим, непропорційним та прийнятим з порушенням процедури.

- Необґрунтованість цього рішення полягає в тому, що станом на дату його прийняття в Україні був офіційно зареєстрований лише один випадок COVID-19, а встановлені обмеження не враховували різницю в епідемічній ситуації на різних територіях.
- Непропорційність встановлених обмежень визначається тим, що не було вжито інших превентивних заходів, які масово не обмежують права і при цьому є ефективними у протидії епідемії (тестування, відстеження контактів, ізоляція).
- Процедура встановлення карантину була порушена, оскільки Уряд не має повноважень встановлювати загальні обмеження прав людини, а проекти нормативних актів щодо таких обмежень мають подаватися президентом на розгляд парламенту.

¹ [Вступне слово](#) Генерального директора ВООЗ на пресбрифінгу щодо COVID-19 11.03.2020.

² United Nations Economic and Social Council. 1984. [Siracusa Principles](#) on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights.

³ [Постанова КМУ](#) від 11.03.2020 №211 «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2».

Таким чином, встановивши обмеження прав людини, Уряд перевищив свої повноваження. Водночас Уряд виявив критичну неспроможність у виконанні власних функцій, зокрема щодо злагодженої організації суспільного життя у режимі надзвичайної ситуації.

Окрім Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС) в системі органів виконавчої влади є постійні та тимчасові структури, які відповідають за протидію надзвичайним ситуаціям, в тому числі епідеміям, та подолання їх наслідків. Їх неповний перелік наведено нижче.

(1) Оперативний штаб в МОЗ	24.01.2020 — 27.03.2020 Цей штаб працював під різними назвами, його очолювали міністри охорони здоров'я З. Скалецька (загальна кількість спочатку 17, потім 27 осіб) та І. Ємець (загальна кількість 43 особи) ⁴ .
(2) Оперативний штаб з питань запобігання занесенню та поширенню на території України гострої респіраторної хвороби, спричиненої коронавірусом 2019-nCoV	03.02.2020 — 04.03.2020 Створений розпорядженням КМУ від 03.02.2020 №93 (голова штабу — Прем'єр-міністр О. Гончарук, всього 23 особи). Цим же розпорядженням затверджено «Національний план протиепідемічних заходів щодо запобігання занесенню і поширенню на території України гострої респіраторної хвороби, спричиненої коронавірусом 2019-nCoV, на 2020 рік».
(3) Антикризовий штаб з протидії поширенню в Україні гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2	05.03.2020 — 23.04.2020 Розпорядженням КМУ від 05.03.2020 №292 штаб (2) змінив назву і склад (голова — Прем'єр-міністр Д. Шмигаль, всього 33 особи, з них 23 — ті самі прізвища або посади). Засідання цього штабу відбулося 09.03.2020 ⁵ , було затверджено «новий посилений план антикризових профілактичних заходів» (відсутній у відкритому доступі). Рішенням РНБО від 13.03.2020 штаб переведено на цілодобовий режим роботи ⁶ . Штаб ліквідовано постановою КМУ від 24.04.2020 №309.
(4) Оперативний штаб МЗС	10.03.2020 — ... До складу увійшли лише працівники МЗС. Мета — координація роботи МЗС з іншими стейкхолдерами для надання допомоги громадянам України, які перебувають за кордоном на територіях, уражених коронавірусом. ⁷

⁴ Назви: (1) Оперативний штаб щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків захворювань, спричинених новим коронавірусом, виявленим у місті Ухань (провінція Хубей, Китай) — створений [наказом МОЗ](#) від 24.01.2020 №185, (2) Оперативний штаб щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19 — створений [наказом МОЗ](#) від 13.03.2020 №663.

⁵ [Новина](#) на сайті КМУ.

⁶ [Рішення РНБО](#) від 13.03.2020 «Про невідкладні заходи щодо забезпечення національної безпеки в умовах спалаху гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2».

⁷ [Новина](#) на сайт МЗС.

<p>(5) Міжвідомча робоча група з проведення комплексного аналізу можливості ефективного реагування системи охорони здоров'я для протидії спалаху гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2</p>	<p>24.04.2020 — ... Створена постановою КМУ від 24.04.2020 №309 в складі 13 осіб (за посадою), голова — міністр охорони здоров'я. Цією ж постановою ліквідовано штаб (3). Група створена як тимчасовий консультативно-дорадчий орган КМУ, одним з основних завдань якого є «сприяння забезпеченню координації дій органів виконавчої влади з питань протидії спалаху COVID-19».</p>
<p>(6) Штаб з ліквідації наслідків медико-біологічної надзвичайної ситуації природного характеру державного рівня, пов'язаної із поширенням коронавірусної хвороби COVID-19</p>	<p>26.03.2020 — ... Створений розпорядженням Керівника робіт з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації, пов'язаної із COVID-19 «Про створення Штабу з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації» від 26.03.2020 №1. Персональний склад цього штабу відсутній у відкритому доступі.</p>
<p>(7) Регіональні штаби з ліквідації наслідків медико-біологічної надзвичайної ситуації природного характеру державного рівня, пов'язаної із поширенням коронавірусної хвороби COVID-19</p>	<p>Між 14.03.2020 і 31.03.2020 на виконання розпорядження, яким створено штаб (6), в усіх областях України й у Києві призначені керівники робіт з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації і створено регіональні штаби.</p>
<p>(8) Державна комісія з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій (ДСНС)</p>	<p>Розпорядженням КМУ від 25.03.2020 №338 на цю комісію покладено координацію заходів щодо ліквідації наслідків надзвичайної ситуації, пов'язаної з COVID-19.</p>
<p>(9) Комісія з біобезпеки та біологічного захисту (РНБО)</p>	<p>Позиціонується як «робочий орган РНБО та платформа для створення стратегічних документів у сфері біобезпеки та біологічного захисту»⁸. Склад Комісії оновлено 10.12.2020. Кожен четвертий член комісії входив до складу Оперативного штабу в МОЗ (1).</p>

Головною метою цих структур, як правило, заявляється оперативне реагування та ефективна координація всіх учасників процесу. Але на практиці їхня бездіяльність або неузгодженість дій призвели до кризової ситуації в системах охорони здоров'я та освіти.

Епідемія COVID-19 продемонструвала неготовність систем громадського здоров'я і цивільного захисту до адекватного реагування на виклики такого масштабу. Про це свідчить паралельне існування багатьох штабів, підконтрольних різним структурам, одночасне входження відповідальних осіб до різних штабів, відсутність адекватної комунікації між різними системами, недостатній авторитет центральних органів влади на місцях, слабка координація дій місцевих органів влади між собою та з центром.

⁸ [Новина](#) на сайті РНБО.

Неузгодженість дій різних систем, зокрема, проявилася на початку епідемії під час спроби розгорнути при лікарнях сортувальні намети: у процесі встановлення наметів з'ясувалося, що штаб, очолюваний Головним державним санітарним лікарем, який контактував з лікарнями, та штаб ДСНС мали різні переліки закладів, біля яких мають бути встановлені намети. В результаті, виконавці на місцях встановлювали та згортали ці намети то в одній лікарні, то в іншій, що не могло сприяти оперативній відповіді на епідемічну загрозу.

Криза, спричинена епідемією COVID-19, не тільки підсвітила слабкість системи охорони здоров'я, але й унааявила цілий комплекс недоліків в організації роботи державних інституцій. Неспроможність держави виконувати свої функції спричиняє падіння довіри до Уряду та державної влади загалом. Відновлювати цю довіру важко і довго, але це необхідно робити, спираючись на отриманий досвід, засвоєні уроки й уникаючи подібних помилок у майбутньому.

Розділ 1. Здоров'я

Павло Ковтонюк

Експерт у сфері охорони здоров'я, заступник міністра охорони здоров'я у 2016–2019 роках

Олександра Бетлій

Аналітик у сфері публічних фінансів

Контекст

Щоб оцінити доступність послуг в охороні здоров'я, слід спиратися на загальноприйняте поняття універсального доступу (universal health coverage). Він передбачає, що уряди мають прагнути, аби кожна людина мала доступ до необхідних їй у цей момент медичних послуг (сприяння здоров'ю, профілактика, лікування, реабілітація, паліативна допомога), не зазнаючи фінансових труднощів через їх отримання⁹.

У цьому контексті поняття доступу включає фізичний (accessibility) та фінансовий (affordability) доступ. Часом послуги, які фізично можна отримати, призводять до фінансової скрути. Або навпаки — послуги, гарантовані державою, фізично відсутні або недоступні там і тоді, де і коли людина їх потребує.

Ще до епідемії COVID-19 ситуація з цими двома видами доступу до життєво необхідних послуг та ліків в Україні була складною. Згідно з індексом універсального доступу до медичних послуг ВООЗ (UHC Index of service coverage), у 2017 році Україна посідала 120-те місце у світі, нижче за такі країни як Киргизстан, Туркменістан або Венесуела¹⁰.

Відповіддю на такий стан речей стала масштабна трансформація системи охорони здоров'я, започаткована Урядом України у 2017 році. Завдяки цим змінам Україна стала на шлях поліпшення ситуації з доступом до послуг та ліків за рядом напрямів, зокрема до послуг первинної допомоги, ліків для хронічних хворих, вакцинації, стентування та інших.

Епідемія COVID-19 в Україні, як і в інших країнах, тимчасово погіршила ситуацію з доступністю послуг. Але важливіше дослідити її вплив на хронічні та системні проблеми з доступністю, які були причиною того, що Україна була світовим аутсайдером за цим показником.

Тут можна зробити загальний висновок, що епідемія COVID-19 не створила в Україні нових проблем з доступністю, натомість проявила та поглибила вже наявні.

⁹ [WHO](#). *Universal Health Coverage*.

¹⁰ [WHO](#). 2017. *UHC Index of Service Coverage (SCI) (Universal Health Coverage)*.

Можна виділити три головні проблеми з доступністю, які поглибила епідемія.

- Стали більш явними вузькі місця у системі охорони здоров'я, що створюють бар'єри для отримання публічних послуг і, як наслідок, стимулюють вимушене отримання пацієнтами цих послуг у альтернативний спосіб або відмову від їх отримання.
- Уповільнилися або зупинилися зміни, спрямовані на розширення доступу до життєво необхідних публічних послуг в охороні здоров'я.
- Уповільнилися або зупинилися системні перетворення у галузі, спрямовані на підвищення доступності послуг.

Варто відмітити, що катастрофічні сценарії не реалізувались за жодним з окреслених вище напрямів. Людей і далі приймали до лікарень, хворим виписували ліки, а дітям проводили профілактичні щеплення. Здавалося б, певне зниження доступності послуг можна розцінювати як тимчасове явище, і скоро ситуація повернеться до нормальної.

Однак «нормальна» ситуація з отриманням медичних послуг в Україні до епідемії була далекою від очікувань її громадян. Фінансова доступність спеціалізованих послуг була вкрай низькою, а платежі з кишені пацієнтів складали понад 50% від усіх видатків на охорону здоров'я¹¹. Люди з хронічними хворобами були змушені купувати медикаменти самостійно. Кожна шоста родина стикалася з катастрофічними фінансовими витратами, пов'язаними з охороною здоров'я¹². А рівень вакцинації за більшістю позицій був нижчий за середній у світі й значно нижчий за європейський.

Оскільки українці й до епідемії перебували у «пастці недоступності послуг», основним викликом для України під час епідемії було не збереження статусу-кво, а, навпаки, енергійні дії, щоб змінити його. На нашу думку, під час епідемії Уряд мав підтримувати і прискорювати зміни, які би підвищували доступ до важливих медичних послуг та ліків. Уряд мав би шукати нові способи та моделі вирішення системних проблем з доступністю.

Епідемія — це значне випробування для системи охорони здоров'я, але це також непересічна можливість. Це час, коли система охорони здоров'я набуває найвищого пріоритету для Уряду, міжнародних партнерів та громадян. Це час, коли галузь має отримувати значні бюджети, а населення як ніколи готове проявити дисципліну та прийняти необхідність непопулярних змін.

Якщо дивитися на епідемію з такої позиції, то можна зробити висновок, що український Уряд до сьогодні не скористався цією можливістю. Він обрав пасивну та консервативну стратегію поведінки, яка пропонувала лише традиційні рішення для нових проблем. Таким чином можна очікувати, що з епідемії Україна вийде з більшим тягарем уже наявних проблем, сповільненими або зупиненими змінами у системі та браком нових рішень для непростого періоду відновлення, який чекає на неї.

¹¹ [World Bank Group](#). *Out-of-Pocket Expenditure (% of Current Health Expenditure)*.

¹² [ВООЗ](#). 2019. *Україна: огляд реформи фінансування охорони здоров'я 2016-2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового Банку*.

Короткий огляд епідемії в Україні

Навесні 2020 року пандемія COVID-19 рухалася Європою із заходу на схід. Україна зустрілася з нею пізніше за своїх найближчих західних сусідів. Позначку у перших 100 випадків коронавірусної хвороби Україна перетнула 24 березня. Для порівняння, Італія досягла такого показника 23 лютого, Іспанія, Велика Британія — 2 березня, Німеччина — 3 березня, Угорщина та Польща — 13 та 14 березня відповідно¹³.

На початку пандемії швидкість реакції урядів була критичною. Наприклад, у Німеччині та Австрії у середині березня епідемія вже набрала хід, і навіть агресивні обмеження не допомогли уникнути «першої хвилі» — стрімкого зростання кількості нових випадків та смертності. Словаччина та Чехія, навпаки, відреагували достатньо рано, щоб запобігти піковим значенням. Україна запровадила жорсткий локдаун пізніше за інші країни, але змогла запобігти «першій хвилі» поширення. Пандемія дала Україні більше часу, ніж західним сусідам (Графік 1).

Весняний локдаун дав змогу європейським країнам зменшити поширення хвороби до контрольованого рівня. Поки діяли карантинні обмеження, країни посилювали свої системи тестування та відстеження контактів. Це дало змогу виявляти більшість випадків, ефективно відстежувати та ізолювати хворих вже після зняття обмежень. Така політика дозволила зупинити зростання смертності протягом літа на рівні весняного піку.

В Україні ситуація відрізнялася. Система виявлення не була серед пріоритетів Уряду. Карантинні обмеження стримували ріст захворюваності та смертності у квітні та травні, однак, щойно їх послабили, захворюваність та смертність почали зростати. Цей процес не зупинявся навіть улітку, коли на поширення впливає сезонність. Протягом літа смертність від COVID-19 в Україні перевищила весняні піки «першої хвилі» у Чехії, Польщі, Угорщині, Австрії, а восени — навіть показники Німеччини.

Причиною стало низьке виявлення і пасивна реакція на спалахи. На відміну від країн Європи, Україна не приділила належної уваги розбудові системи тестування та відстеження контактів. Крім того, система адаптивного карантину, що діяла протягом літа, починаючи з серпня 2020 зазнала змін, які де-факто зняли обмеження на більшості територій країни, особливо у великих містах.

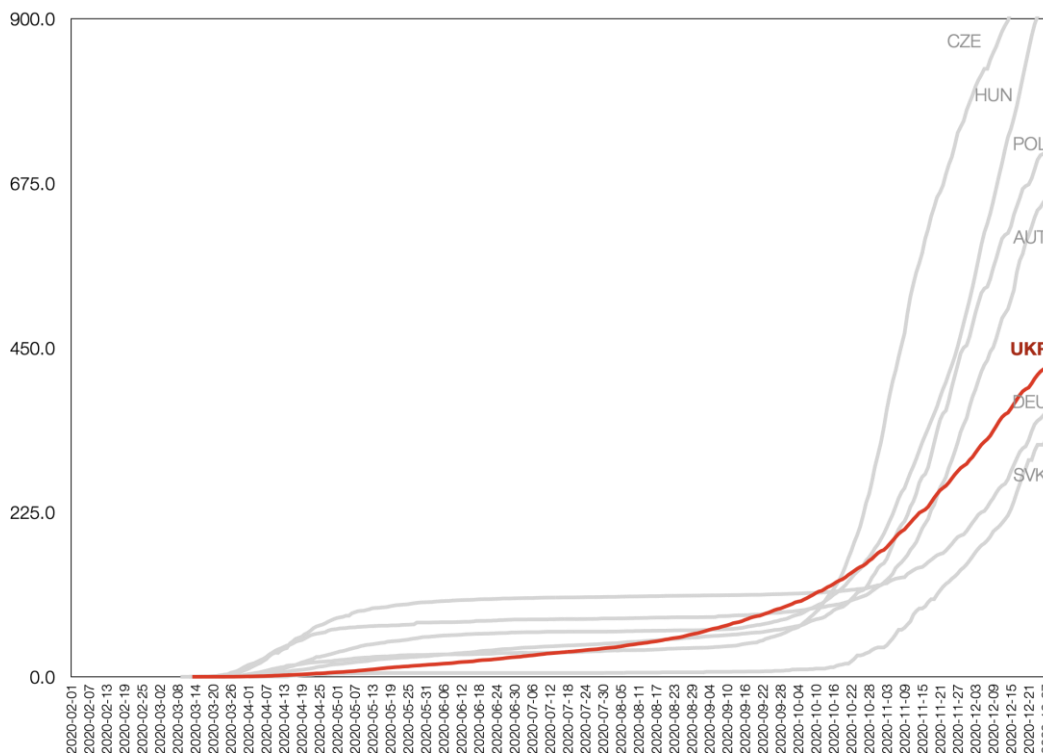
Карантинні показники реагували лише на наслідки спалахів, передусім на завантаженість лікарень, тому стрімкий ріст захворюваності у Києві, Одесі, Харкові та інших містах у серпні-вересні 2020 року пройшов непоміченим. Коли ж показники цих міст наблизилися до червоної зони, Уряд підняв поріг входу, зробивши потрапляння до червоної зони практично неможливим. Від жовтня більшість регіонів країни перебували у помаранчевій зоні, яка майже не відрізнялася від жовтої та зеленої, що по суті означало відсутність обмежень.

Наприкінці вересня — на початку жовтня 2020 у країнах Західної Європи розпочалися нові різкі спалахи захворюваності, які прийнято називати «другою хвилею». Швидкість поширення різко контрастувала з періодом контрольованого поширення протягом літа.

¹³ Джерело даних: Оксфордський університет (ourworldindata.org).

На цей момент в Україні набрала обертів та хвиля поширення, що розпочалася ще навесні. На відміну від Бельгії, Чехії, Польщі та інших країн, вона мало форму стабільного і швидкого зростання (Графік 1).

Графік 1. Накопичена смертність від COVID-19 (на мільйон населення) в Україні та окремих країнах Центральної та Східної Європи у лютому–грудні 2020.



Джерело даних: Оксфордський університет (ourworldindata.org).

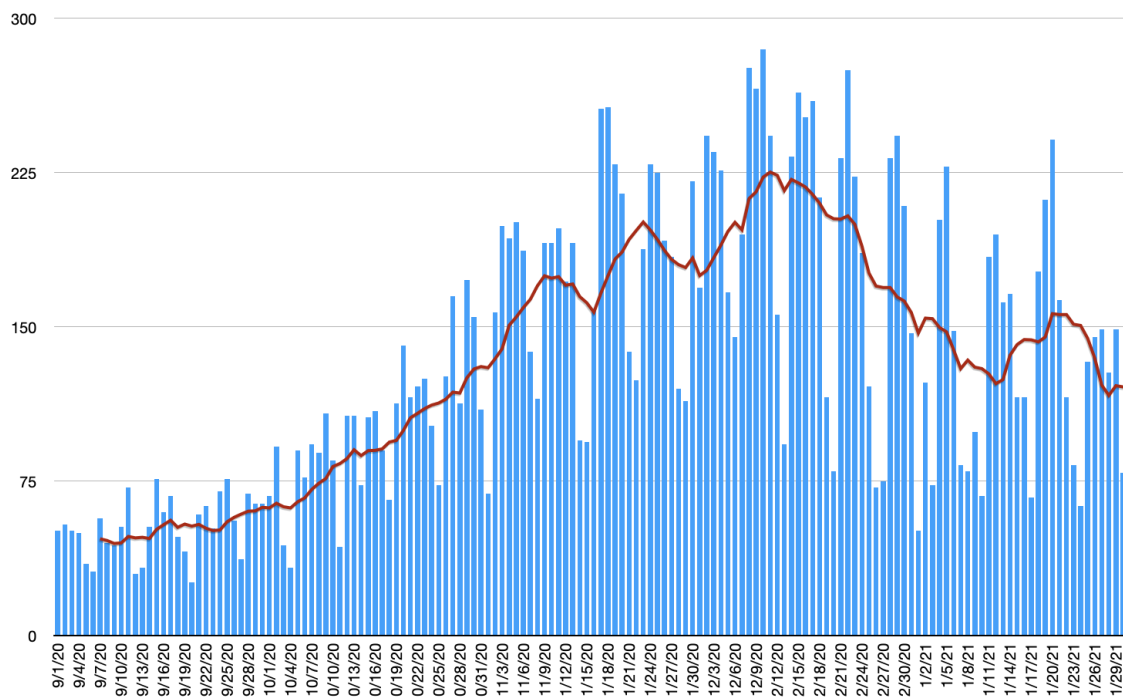
Такий тренд тривав до середини грудня, коли офіційні показники нових випадків продемонстрували спочатку стабілізацію, а потім зниження. Однак ретроспективний аналіз даних показав, що зниження захворюваності насправді не відбулося — із другої половини листопада і до лютого 2021 року захворюваність стабілізувалася і лишалась на одному рівні (Графік 2)¹⁴.

Європейські країни відреагували на нову хвилю поширення посиленням систем тестування та запровадженням жорстких обмежень (локдаунів).

Україна, натомість, уникала запровадження жорстких обмежень. Під час зростання захворюваності восени жорсткість обмежень залишалася на доволі помірному порівняно з європейськими країнами рівні (Графік 3).

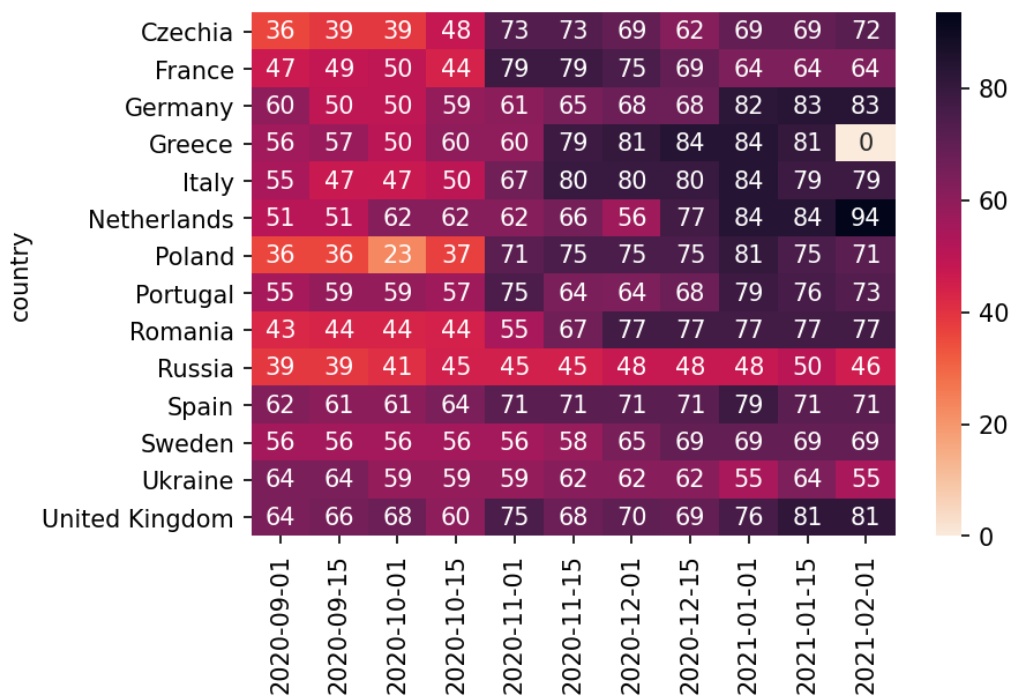
¹⁴ [Київська школа економіки](#). 2020. *Кількість нових виявлених випадків COVID-19 стабілізувалася ще у середині листопада — аналіз КШЕ*.

Графік 2. Щоденна смертність від COVID-19 (та 7-денне рухоме середнє) в Україні у вересні 2020 — січні 2021.



Джерело даних: МОЗ України.

Графік 3. Індекс жорсткості карантинних обмежень у країнах Європи з населенням понад 10 мільйонів у вересні 2020 — лютому 2021.

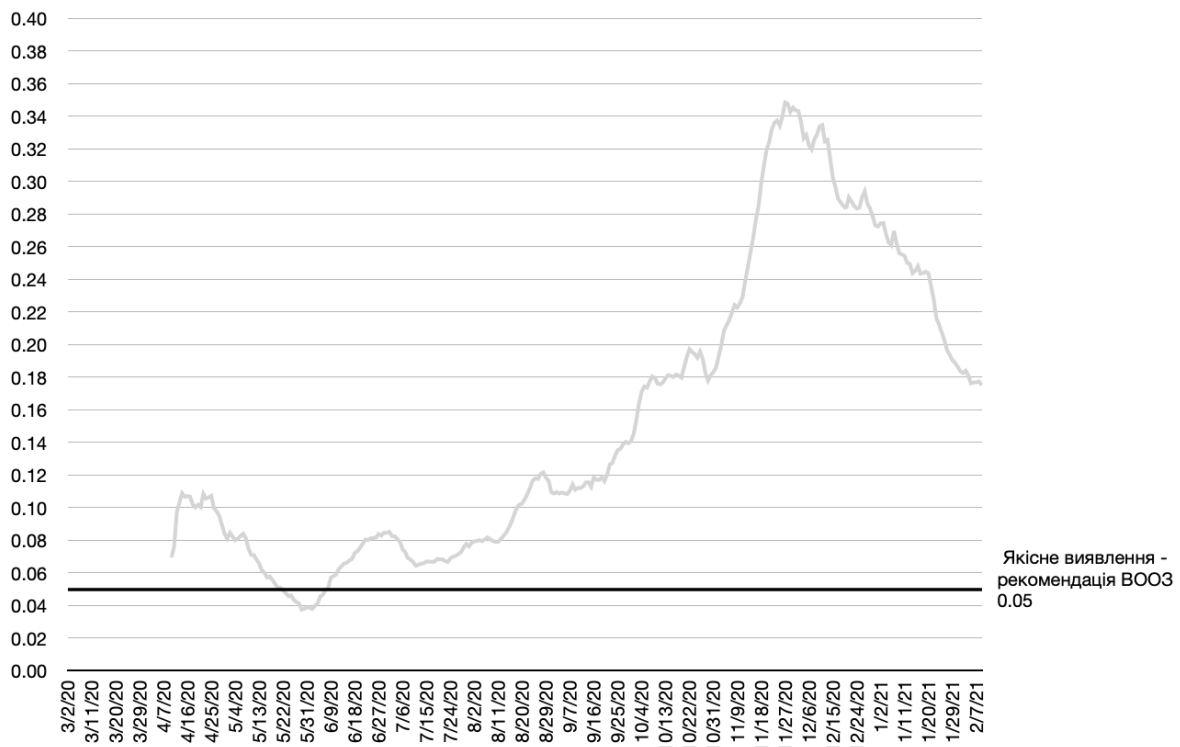


Джерело даних: Оксфордський університет (ourworldindata.org).

Разом із тим, Уряд постійно нарощував потужності у «ковідних» лікарнях¹⁵, наздоганяючи постійне збільшення числа госпіталізованих пацієнтів. Основною стратегією протидії COVID-19 стало не виявлення нових випадків та контроль над поширенням захворювання, а створення достатньої кількості ліжок для всіх, хто потребує госпіталізації. Такі дії призвели до надмірного навантаження на лікарняну систему в епіцентрах спалаху, особливо у великих містах.

Варто окремо відмітити низьку потужність системи виявлення випадків поширення вірусу в Україні. Від початку епідемії і до сьогодні система тестування та відстеження контактів в Україні залишається найгіршою у Європі. Починаючи з червня 2020 року обсяг щоденних тестів дедалі менше відповідав потребі у них. Про це свідчить динаміка коефіцієнта виявлення — основного показника спроможності системи виявляти нові випадки (відношення виявлених випадків до проведених тестів). З літа 2020 року цей показник почав віддалятися від рекомендованого ВООЗ значення у 5%. У жовтні-грудні він відрізнявся від рекомендованого значення у 5–7 разів (Графік 4). Це означало, що статистика виявлених випадків в Україні не могла відображати реальну ситуацію і бути основою для прийняття рішень.

Графік 4. Динаміка коефіцієнта виявлення (відношення виявлених випадків до проведених тестів) в Україні у березні 2020 — лютому 2021.



Джерело даних: МОЗ України

¹⁵ Навесні 2020 року Уряд визначив перелік із 248 лікарень, призначених для лікування хворих на COVID-19. Їх число пізніше було збільшене, а потужності — розширені.

Відсутність належного виявлення не дозволяла вчасно розпізнавати нові спалахи захворювання. Уряду залишалося лише боротися з наслідками — зростанням числа госпіталізацій та збільшенням кількості летальних випадків.

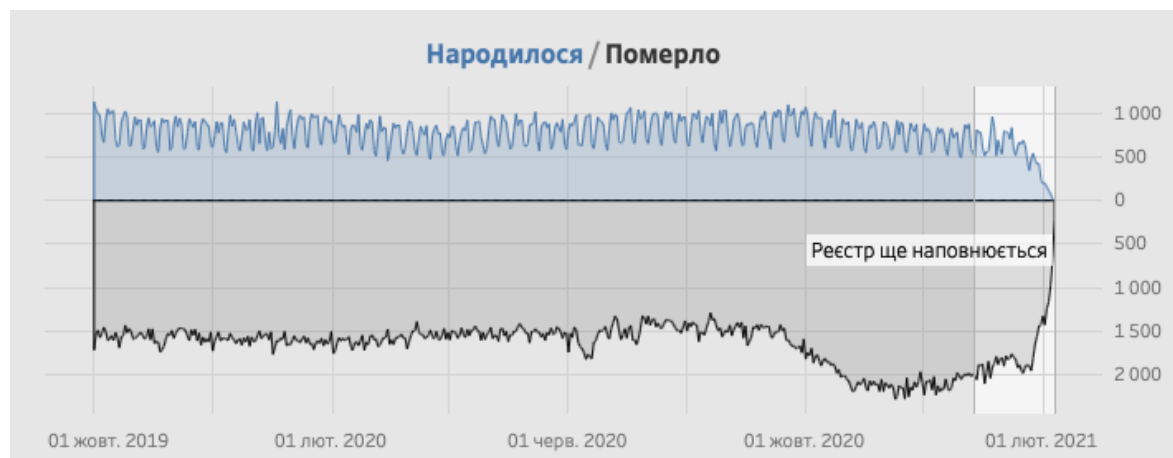
Таким чином, відповідь України на епідемію була реактивною. Незважаючи на те, що Уряд вживав заходів, які нагадували ті, що їх використовували країни Західної та Центральної Європи, спосіб відповіді на епідемію в Україні мав суттєві відмінності:

- низька якість та потужність системи виявлення, зокрема системи тестування та відстеження контактів;
- відмова від жорстких обмежень, які могли би взяти поширення під контроль, а з кінця травня — використання м'яких обмежень і постійна зміна їх умов;
- збільшення потужності системи лікарень (виділення додаткових «ковідних» ліжок) як фактично єдина реакція на хвилю COVID-19 у другій половині 2020 року.

Така стратегія покладала основний тягар стримування епідемії на систему лікарень. Вона допускала високий рівень госпіталізацій, розраховуючи на те, що медична система буде здатна їх витримати. Наслідком цього став високий рівень смертності. Станом на 1 лютого 2021 року в Україні зареєстровано 22 768 смертей, пов'язаних з COVID-19. Україна входить до 20 країн світу, в яких зареєстровано понад мільйон хворих на COVID-19 та до 20 країн світу із найбільшою кількістю померлих від COVID-19¹⁶.

Низьке виявлення не дозволяє оцінити реальні масштаби епідемії в Україні. Додаткового вивчення потребує явище надмірної смертності у 2020 році. За попередніми даними, протягом спалаху восени 2020-го смертність від усіх причин непропорційно зросла і значно перевищила базові значення попередніх років (Графік 5). Такий приріст може свідчити про більшу кількість реально померлих від COVID-19 та більші реальні масштаби епідемії.

Графік 5. Динаміка смертності від усіх причин в Україні у жовтні 2019 — лютому 2021.



Джерело даних: Міністерство юстиції України (з ресурсу q.rating.zone).

¹⁶ Джерело даних: Оксфордський університет (ourworldindata.org).

Вузькі місця у системі надання медичних послуг та зниження їх доступності

Під час епідемії більш явним стало історично вкорінене в Україні явище, коли обмежений доступ до публічних послуг в охороні здоров'я змушує пацієнтів шукати альтернативних шляхів їх отримання або відмовлятися від допомоги взагалі. Типовими альтернативними шляхами є використання неформальних платежів для отримання послуг у публічному секторі, отримання послуг у приватному секторі, або відмова від отримання послуг.

На сьогодні складно дослідити структуру отримання послуг, пов'язаних з COVID-19, через неформальні або напівформальні платежі. Однак існують яскраві приклади пошуку необхідної допомоги у приватному секторі, через волонтерів (громадський сектор) або відмови від такої допомоги. Такими прикладами є доступність інтенсивної допомоги та кисню у лікарнях та доступність тестування на COVID-19 в Україні.

Постійне збільшення лікарняних ресурсів (загальних ліжок, ліжок із киснем, реанімаційних ліжок) було основною стратегією Уряду восени 2020 та взимку 2020–2021 років. Метою, яку переслідувала ця стратегія, була висока забезпеченість ліжками та, відповідно, прийнятна зайнятість цих ліжок на рівні країни та окремих регіонів.

Такий підхід мав ряд проблем:

- не був орієнтований на попередження захворюваності й дозволив зростати кількості нових госпіталізацій, та, як наслідок, летальних випадків;
- створив стимули для розгортання великої кількості відведених для COVID-19 ліжок без належного їх оснащення або доступу до якісної інтенсивної допомоги;
- не враховував нерівномірність захворюваності між епіцентрами спалахів та іншими регіонами.

Уряд також виділив додаткові кошти для забезпечення «ковідних» лікарень, що створило додаткові стимули для того, щоб збільшувати кількість інфраструктури, часто не враховуючи її якості.

Відділення для прийому хворих на COVID-19 були розгорнуті у пологових будинках, перинатальних центрах, санаторіях, госпіталах ветеранів і навіть психоневрологічних диспансерах. У грудні 2020 року 125 із 533 виділених для COVID-19 лікарень (кожна четверта) належали до таких закладів. У більшості випадків вони приймали невелику кількість пацієнтів або взагалі не приймали їх. Однак низьке завантаження цих лікарень впливало на загальну статистику, яка створювала хибне враження про те, що завантаженість системи надання медичної допомоги є допустимою чи прийнятною.

Іншим важливим фактором, який створював ілюзію контролю у забезпеченості ліжками, була недиференційована статистика на рівні країни чи областей. Загальні показники зайнятості ліжок у країні виглядали задовільно — у грудні вони становили 33% для всіх виділених ліжок та 45% для реанімаційних ліжок. Однак аналіз Київської школи економіки продемонстрував, що в епіцентрах спалаху (великих містах), ситуація була кардинально іншою. Так, у Києві зайнятість реанімацій становила 64%, а без урахування «непрофільних» лікарень — 69%. У Одесі — 48% та 74% відповідно. У Харкові — 64% та 94% (Таблиця 1).

Таблиця 1. Зайнятість ліжок для пацієнтів з COVID-19 в Україні та окремих містах у грудні 2020-го.

Місто	COVID-лікарні за групами	% зайнятих ліжок для пацієнтів з COVID-19	% зайнятих реанімаційних ліжок для пацієнтів з COVID-19
Україна	Усі — 533	33	45
	За винятком* — 408	38	52
Харків	Усі — 9	35	64
	За винятком* — 5	72	94
Одеса	Усі — 10	47	48
	За винятком* — 5	65	74
Київ	Усі — 25	50	64
	За винятком* — 17	53	69
Львів	Усі — 9	28	46
	За винятком* — 6	31	65
Дніпро	Усі — 13	30	29
	За винятком* — 7	44	38

*за винятком дитячих лікарень, пологових будинків, перинатальних центрів та ін.

Джерело даних: МОЗ України, аналіз Київської школи економіки станом на 12.12.2020.

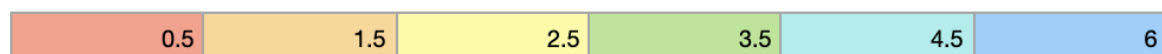
Таким чином в Україні утворилася ситуація, коли Уряд не приймав рішення про карантинні обмеження через начебто допустимі показники зайнятості ліжкового фонду, при цьому у великих містах для тяжких хворих з COVID-19 потрапити на належно обладнане ліжко з киснем або до реанімації було практично неможливо.

Через невелику пропозицію та високу вартість послуг з лікування COVID-19 у приватному секторі більшість пацієнтів у епіцентрах захворюваності були змушені шукати інших шляхів отримання допомоги. Значного поширення набуло лікування вдома з використанням кисневих концентраторів. Доступ до концентраторів пацієнти забезпечували самостійно або через благодійні фонди, які діяли в усіх великих містах. Наприклад, благодійний фонд «Свої» (м. Київ) у грудні 2020-го мав на балансі близько 600 кисневих концентраторів. Для порівняння — в лікарнях Києва було близько 2500 лікарняних ліжок, обладнаних системами подачі кисню.

Іншим прикладом вузького місця у наданні медичних послуг стали послуги з тестування на COVID-19. Активне та широке тестування від початку епідемії і до сьогодні не були серед пріоритетів Уряду. В Україні протягом усього 2020-го та на початку 2021 року були найнижчі показники тестування у Європі (Графік 6). Обсяги тестування були вкрай недостатні для виявлення такої кількості випадків та кластерів випадків, яка би дозволила ефективно контролювати поширення хвороби.

Графік 6. Кількість тестів на 1000 населення у країнах Європи з населенням понад 10 млн.

	01.07.2020	01.09.2020	01.11.2020	01.01.2021
Велика Британія	1.61	2.76	4.39	5.78
Чехія	N/A	0.96	3.6	4.12
Франція	0.66	2.42	4.73	3.97
Швеція	N/A	1.37	2.73	3.03
Португалія	1.27	1.44	3.24	2.96
Росія	2.01	2	3.64	2.84
Іспанія	0.54	1.86	3.59	2.46
Бельгія	1.11	1.83	5.13	2.18
Італія	0.8	1.42	1.03	2.01
Греція	0.34	1.29	1.98	2.01
Нідерланди	0.55	1.54	1.65	1.79
Німеччина	0.84	1.89	2.84	1.56
Румунія	0.53	1.08	1.55	0.79
Польща	0.45	0.61	1.59	0.74
Україна	0.24	0.39	0.94	0.59



Джерело даних: Оксфордського університету (ourworldindata.org)

Крім низької потужності, система тестування в Україні характеризується реактивним підходом. Обсяги тестування в Україні зростали лише внаслідок збільшення захворюваності й зменшувалися, щойно попит на тести спадав.

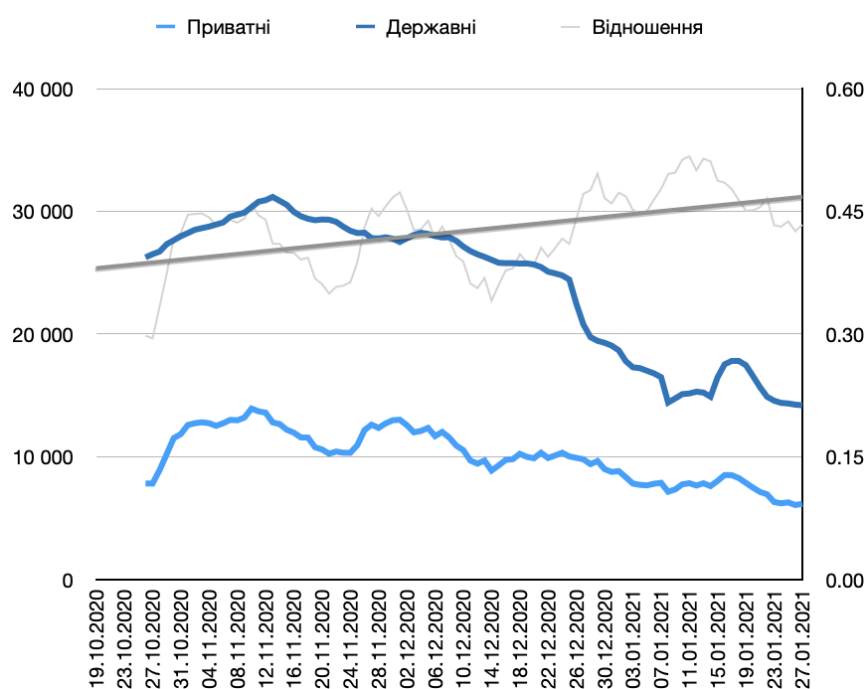
Одразу після початку росту захворюваності влітку 2020 року державні лабораторії виявилися неспроможними обробляти зразки, які до них надходили. Утворювалися черги, внаслідок яких результати тестів поверталися через 10–14 днів, коли вони вже не були інформативними для прийняття клінічних рішень або відстеження контактних осіб. Така ситуація зберігалася до листопада 2020-го, коли Уряд дозволив державним лабораторіям залучати ресурси приватних лабораторій.

Протоколи тестування від початку не були орієнтовані на широке виявлення та зручність для пацієнта. Крім тестування у стаціонарах, було передбачено два шляхи отримання безоплатного тестування — через амбулаторії сімейної медицини та через виклик мобільної бригади. Обидва шляхи, разом із пізнім поверненням результатів, створювали незручності для пацієнтів.

Доступ до тестування наслідував типову модель для послуг з обмеженою доступністю. Пацієнти, які потребували послуги, але зазнавали труднощів з її безоплатним отриманням, обирали один з двох шляхів: (1) тестування в приватних лабораторіях для тих, хто міг собі це дозволити, або (2) відмова від отримання послуги для всіх інших.

Тестування у приватних лабораторіях набуло масового характеру у великих містах, де фінансова спроможність домогосподарств вища. У Києві та Одесі обсяги тестування у приватних лабораторіях перевищують обсяги державних лабораторій¹⁷. У грудні вони сягали 75% у Києві та 70% у Одесі. У Харкові, Львові та Дніпрі ці показники були дещо нижчими і складали 40–50%¹⁸.

Графік 7. Кількість тестів у державних та приватних лабораторіях в Україні та співвідношення між ними у жовтні 2019 — січні 2021.



Джерело даних: МОЗ України.

Оцінити обсяги відмов від тестування складніше. Опосередковано про них говорить показник госпіталізацій. Його зниження у грудні 2020 — січні 2021 відбувалося значно повільніше, ніж зниження виявлених випадків. Це говорить про те, що тестування охоплювало здебільшого пацієнтів, які на момент тестування вже потребували госпіталізації, а пацієнти з первинними симптомами уникали проведення тестів.

¹⁷ Слід зазначити, що лабораторії у великих містах обробляють звернення з різних причин. Зокрема, тести для виїзду за кордон, тести для завершення самоізоляції, тести за направленням сімейного лікаря, які складно отримати у державних пунктах тестування та самозвернення пацієнтів. Також вони обробляють зразки з менших міст, однак відсоток цих тестів незначний.

¹⁸ Джерело даних: Центр громадського здоров'я МОЗ України.

Загалом, обсяг тестування у приватних лабораторіях (обслуговують здебільшого амбулаторних пацієнтів) від жовтня 2020 року зберігається на стабільному рівні, на відміну від тестування у державних лабораторіях (обслуговують велику частку пацієнтів, які потребують госпіталізації), де показник значно зменшився (Графік 7).

Частка тестування у приватних лабораторіях за власні кошти пацієнтів зросла, і станом на кінець січня становить близько 45% на рівні всієї країни. Така цифра говорить, що тестування за власні кошти пацієнтів є не просто поодиноким і добровільною практикою, а суттєвою частиною системи тестування.

Уповільнення програм, які підвищують доступність

Доступ до вакцинації у період пандемії був предметом особливого занепокоєння з боку ВООЗ на рівні усього світу. Для України це питання було особливо актуальне, адже вона у своїй історії уже переживала досвід катастрофічного падіння охоплення вакцинацією, яке почалося у 2009–2010 роках. Наприклад, охоплення вакцинацією від дифтерії та правця дітей до року у 2016 році становило всього 19%, від гепатиту В для дітей до року — 26%, від кору для дітей 1 року — 42%. Це були одні з найнижчих показників у світі.

Починаючи з 2017 року рівні охоплення почали відновлюватися і показали значний прогрес (Графік 8). Це відбувалося на фоні спалахів інфекційних хвороб (поліомієліт, кір) та значних зусиль з боку Уряду та міжнародних партнерів.

Однак, перед 2020 роком охоплення вакцинацією все ще не досягло середніх значень у Європі й далі залишалося недостатнім, що викликало обґрунтоване занепокоєння щодо вразливості системи вакцинації під час епідемії.

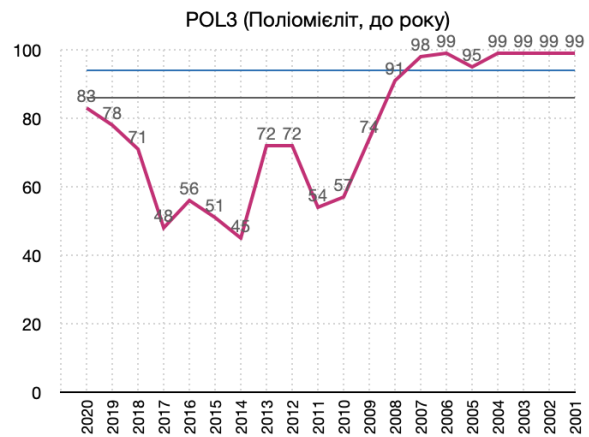
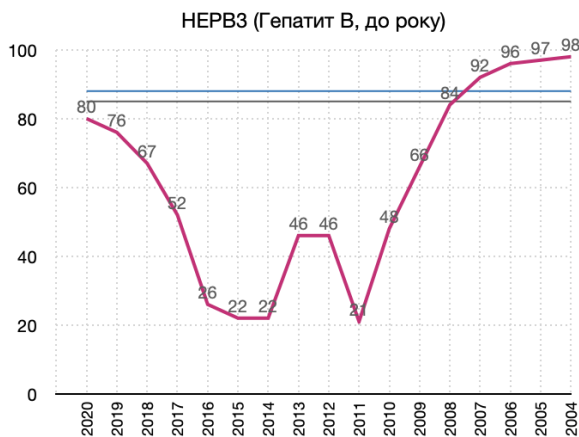
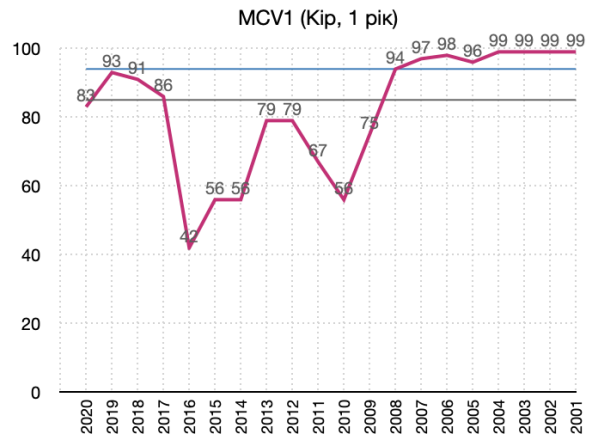
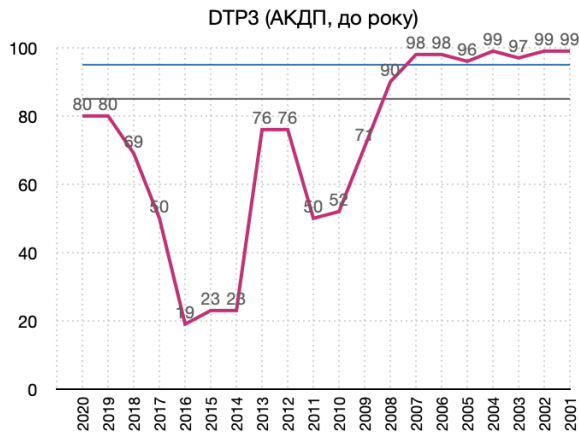
Значного падіння рівня охоплення основними вакцинами у 2020 році не відбулося. Однак прогрес у надолуженні охоплення відчутно сповільнився. Наприклад, охоплення вакциною від кашлюка, дифтерії та правця (АКДП) дітей до 1 року залишилося на рівні 2019 року (80%), рівень охоплення вакцинами від поліомієліту та від гепатиту В дещо зріс (з 78% до 83% для поліомієліту та з 76% до 80% для гепатиту В), однак недостатньо для того, щоб відповідати навіть середньосвітовим показникам. При цьому охоплення вакцинацією від кору дітей 1 року суттєво знизилося з 93% до 83%.

Причиною уповільнення стало значне зниження темпів охоплення протягом березня та квітня 2020 року — періоду жорстких карантинних обмежень. Після їх послаблення рівень щомісячного охоплення відновився, далі дещо знижувався протягом літа та початку осені, а у листопаді різко зріс (Графік 9).

Графік 8. Охоплення вакцинацією окремими вакцинами в Україні у 2001 — 2020 роках.

Сірий колір — середньосвітовий рівень.

Блакитний колір — рівень у країнах Європи.



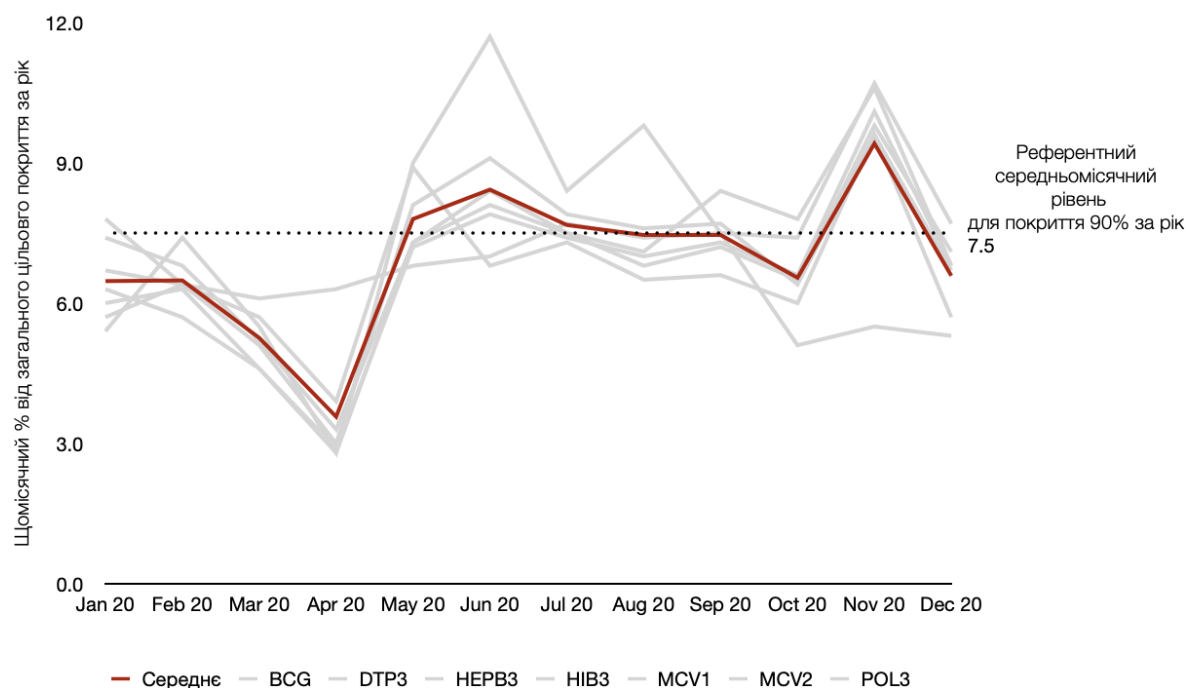
Джерела даних: Центр громадського здоров'я МОЗ України, Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ).

Таким чином, під час першого року епідемії рівень охоплення вакцинацією вдалося втримати, однак подальше нарощення значень показників до середніх світових та європейських рівнів сповільнилося. Занепокоєння викликає суттєве зниження рівня охоплення щепленням від кору (з 93% до 83% для дітей 1 року та з 92% до 83% для дітей 6 років).

Станом на сьогодні немає підстав очікувати, що у 2021 році рівні охоплення вакцинацією поновлять зростання. Додатково до тих вакцинацій, що передбачені національним календарем щеплень (близько 10,2 мільйонів доз), у 2021 та 2022 роках лікарі первинної ланки будуть залучені до вакцинації від COVID-19.

Таким чином, йдеться не просто про сповільнення росту охоплення вакцинацією. Існує ризик його зниження. Уряду слід вжити додаткових заходів для того, щоб уникнути цього сценарію.

Графік 9. Щомісячне охоплення імунізацією основними вакцинами в Україні у 2020 році.



Джерело даних: Центр громадського здоров'я МОЗ України.

Подібні процеси відбуваються і з доступом до ліків для хронічно хворих пацієнтів. До 2017 року пацієнти несли на собі увесь тягар оплати медикаментів для лікування хвороб серцево-судинної системи, бронхіальної астми та діабету II типу. Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки» дозволила понад мільйону українців із цими захворюваннями отримувати свої ліки безоплатно або з незначною доплатою.

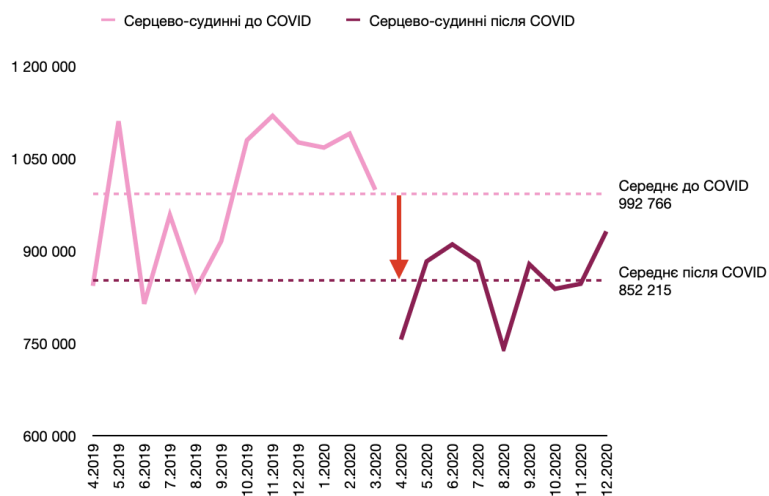
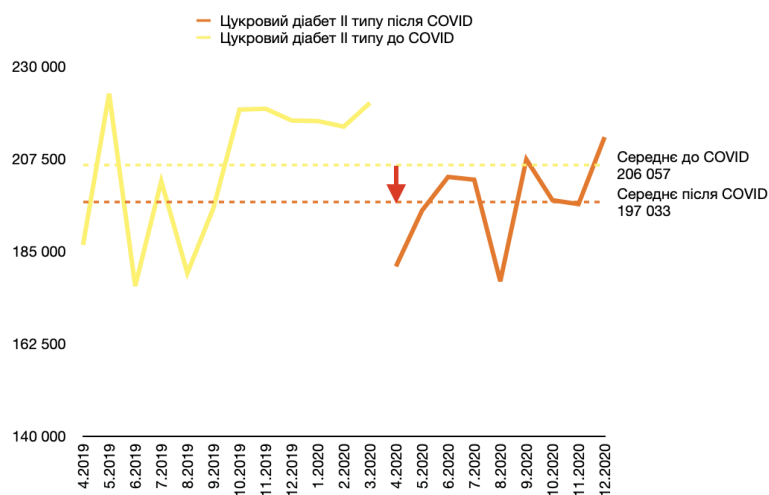
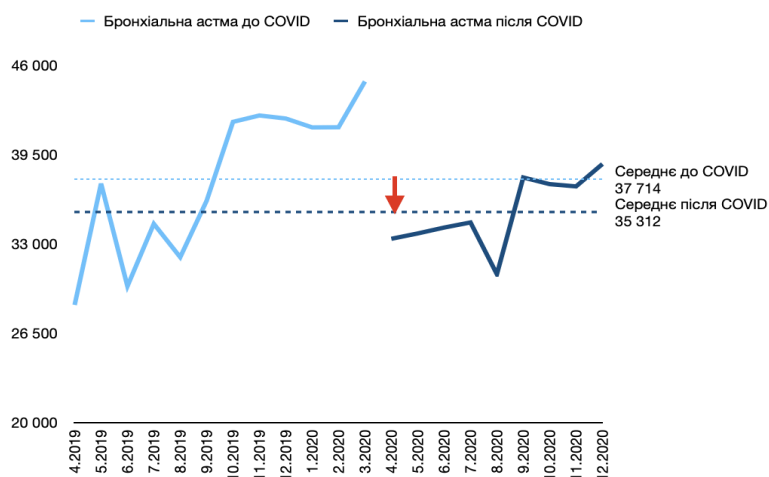
Протягом періоду жорстких карантинних обмежень у березні-квітні 2020 обсяг виписаних рецептів значно знизився у кожній з трьох груп захворювань і до кінця 2020 року так і не відновився до попередніх (докарантинних) значень.

Наприклад, до початку епідемії в середньому на місяць лікарі виписували 37 714 рецептів для хворих з бронхіальною астмою, а вже під час епідемії — в середньому 35 312 рецептів (менше на 6% в середньому). Для цукрового діабету II типу ці показники мають такі значення: 206 057 рецептів до епідемії та 197 003 після епідемії (менше на 4% в середньому).

Особливо відчутне падіння відбулося щодо ліків для хворих на гіпертонію — 992 766 рецептів в середньому на місяць до епідемії та 852 215 під час епідемії (менше на 14% в середньому).

Обсяги виписаних рецептів залишаються низькими навіть у кінці 2020 року. Це може означати, що частина пацієнтів перервала терапію або припинила контроль над своїми хронічними хворобами. Це може призвести до виникнення ускладнень та іншого роду погіршення їхнього стану у майбутньому.

Графік 10. Динаміка виписаних рецептів за програмою «Доступні ліки» у 2019–2020 роках.



Джерело даних: Національна служба здоров'я України.

Уповільнення системних змін у доступності послуг

Будь-які зміни у доступності медичних послуг під час епідемії відбувалися на фоні історично успадкованого низького рівня доступу до них. Головним викликом для України у 2020 році було не лише збереження поточного рівня доступності, а й продовження системних змін заради його розширення.

Стратегія збільшення доступності відображена у плані трансформації системи охорони здоров'я, започаткованої у 2017 році Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Протягом 2018 та 2019 років були зроблені перші кроки на цьому шляху, зокрема на рівні первинної медичної допомоги та у доступі до ліків для хронічних хворих (оновлена програма «Доступні ліки»). Ці кроки продемонстрували значний успіх, забезпечивши понад 30 мільйонів українців доступом до більш якісних послуг первинної допомоги, а також понад мільйон українців фінансовим доступом до ліків від хронічних хвороб.

2020 рік передбачав початок трансформації на рівні вторинної (спеціалізованої) допомоги. У її основі лежить запровадження фінансових механізмів, які би дозволили ефективним медичним закладам залучати більше коштів від Національної служби здоров'я України. Це, у свою чергу, мало би дозволити їм закрити розрив між наявним фінансуванням та фактичними видатками на надання допомоги пацієнтам. Таким чином, потреба покривати ці видатки через неформальні або напівформальні платежі зменшилася б або зникла. Завдяки конкурентним умовам та принципу «гроші йдуть за послугою» ефективні лікарні змогли би дозволити собі надавати гарантовані послуги пацієнтам безоплатно і при цьому поліпшувати свою матеріальну базу та підвищувати доходи лікарів.

Водночас неефективні лікарні мали би підлягати реструктуризації (перепрофілюванню, об'єднанню) з метою залучення більшої кількості коштів за свої послуги та поліпшення їх якості.

Швидкість таких перетворень на рівні кожної громади залежала від кількох складових:

- швидкість запровадження нової моделі оплати «гроші за послугою»;
- підтримка громад з боку Уряду у посиленні ефективних лікарень, перепрофілюванні неефективних та підтримці окремих лікарень на перехідному етапі;
- підготовка стратегій модернізації за тими напрямками послуг, які є застарілими та неефективними (туберкульозні, психоневрологічні та інші диспансери; інфекційні та інші монопрофільні лікарні; медичні заклади без інтенсивного лікування, зокрема санаторії тощо).

Початок трансформації припав на початок епідемії в Україні — нова модель формально запрацювала 1 квітня 2020 року. Однак жодна з описаних вище складових не була реалізована достатньою мірою для того, щоб забезпечити реальне втілення змін.

Нова модель фінансування «гроші за послугою» почала працювати у дуже обмеженому вигляді. Уряд прийняв рішення про так зване «перехідне фінансування», яке передбачало, що лікарні отримують основну частину своїх надходжень на основі бюджету попередніх

років, а не реально виконаної роботи. Як нерідко трапляється, тимчасова «перехідна» модель була збережена і потрапила у бюджет на 2021 рік. З однієї сторони, це дало змогу менш ефективним лікарням отримати більше надходжень. З іншої — більш ефективні лікарні не відчули переваг від своєї ефективності. Фактично, система зберегла статус-кво.

Починаючи з 2019 року Уряд не проводив активної роботи з місцевою владою щодо підготовки мереж медичних закладів до впровадження нової моделі фінансування. В результаті, після 1 квітня 2020 року навіть в умовах «перехідного» фінансування понад 300 лікарень (чверть від загальної кількості) зазнали фінансових втрат, не маючи при цьому механізмів їх компенсації або планів реорганізації. Цей провал у підготовці до початку змін Уряд комунікував як недосконалість реформи. Замість поживлення роботи з реорганізації мережі Уряд виділив додаткові кошти на те, щоб одноразово виплатити медикам підвищені заробітні плати.

Такий же консервативний підхід Уряд обрав і щодо модернізації застарілих служб та напрямів надання послуг. Наприклад, у публічній площині очільники МОЗ висловлювали критику на адресу реформи через нібито намір зруйнувати систему інфекційних лікарень, що в свою чергу нібито послабило можливості держави у протидії COVID-19. В реальності інфекційні лікарні не мали важливої ролі у протидії COVID-19, а основний тягар відповіді понесли великі багатопрофільні лікарні.

Таким чином, хоча зміни формально розпочалися у квітні 2020 року, активної імплементації зміни мережі й підвищення спроможності закладів не відбувається. Безумовно, не слід було би очікувати швидких результатів від цих змін усього за рік після їх початку. Однак протягом 2020 року не було створено передумов для втілення цих змін. Навпаки, очевидними були процеси консервації статусу-кво та відмови від активного продовження перетворень. Це, у свою чергу, відкладає у часі вирішення питання низької доступності громадян до якісних послуг спеціалізованої допомоги та зменшення тягара платежів за лікування з кишень пацієнтів.

Довідка щодо фінансування системи охорони здоров'я

Загальна інформація

Фінансування системи охорони здоров'я у 2020 році було багаторівневим і визначалось проведенням другого етапу реформи на фоні викликів епідемії COVID-19. Додаткові складнощі були пов'язані з кількома змінами керівництва МОЗ у березні 2020 року.

Відповідно до Бюджетного кодексу оплата медичної допомоги відбувається за кошти Державного та місцевих бюджетів. Місцеві органи влади фінансують витрати на комунальні платежі медичних закладів якими володіють, а також утримання, ремонти і оснащення для цих закладів. Вони також можуть запроваджувати місцеві стимули, в межах яких фінансувати доплати медичним працівникам, надавати житло, фінансувати навчання тощо.

У 2020 медичну допомогу на первинній ланці (сімейні лікарі, терапевти, педіатри) фінансувала Національна служба здоров'я України (НСЗУ), а на вторинному рівні

(спеціалізована допомога у лікарнях) у першому кварталі фінансування відбувалось традиційно за рахунок медичної субвенції, а з 1 квітня — за рахунок оплати послуг НСЗУ в рамках підписаних договорів із надавачами послуг, які змінили свій статус з бюджетних установ чи закладів на комунальні підприємства¹⁹.

Вставка 1. Реформа фінансування охорони здоров'я

Відповідно до Конституції України медична допомога в медичних закладах державної та комунальної власності фінансується за рахунок державного та місцевих бюджетів. Протягом багатьох років фінансування надавалось за принципом фінансування наявної інфраструктури, а не наданої медичної допомоги. За такого підходу до фінансування ані медичні заклади загалом, ані медичні працівники не мали фінансових стимулів підвищувати ефективність та якість своєї роботи.

Ухвалений у 2017 році Закон України №2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» передбачав зміну підходів у фінансуванні системи охорони здоров'я: перехід до оплати наданої медичної допомоги. Закон був покликаний реалізувати право громадян на якісну медичну допомогу, забезпечити гідну оплату праці для медичних працівників, запровадити ефективне фінансування медичного обслуговування. На виконання цього закону у 2018 році було створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка стала єдиним закупівельником медичних послуг: у 2018 році на первинній ланці, а у квітні 2020 року на спеціалізованому (вторинному) рівні системи охорони здоров'я. Для отримання оплати послуг від НСЗУ надавачі медичних послуг мають бути перетворені рішенням власника (місцевої влади) з бюджетних установ чи закладів на комунальні підприємства (КП) та укласти договори з НСЗУ на відповідні пакети послуг програми медичних гарантій (ПМГ). Також НСЗУ може підписувати договори про надання медичної допомоги з приватними закладами та фізичними особами — підприємцями.

Для надання допомоги в рамках того чи іншого пакету надавачі повинні відповідати вимогам щодо наявності відповідних медичних працівників та потрібного оснащення і обладнання. В цьому велику роль відігравали місцеві органи влади та головні лікарі: десь підготувались до старту реформи і змогли підписати договори на ширший перелік допомоги, а десь заклади стикнулись зі зниженням фінансування.

Станом на січень 2021 року можна відзначити такі параметри впровадження реформи:

- 31 млн осіб обрали сімейного лікаря;
- 1752 медичні заклади підписали договори з НСЗУ про надання допомоги на первинній ланці (з них 408 ФОП та 208 приватних закладів);
- 1653 медичні заклади підписали договори з НСЗУ про надання спеціалізованої допомоги (з них 54 приватної форми власності).

¹⁹ [Дашборд](#) на сайті НСЗУ.

У березні 2020 року, коли Україна опинилась в умовах жорсткого карантину та потреби боротися з епідемією COVID-19, впровадження нових підходів до фінансування медичної допомоги, а також фінансування боротьби з COVID-19 стали викликами для Уряду загалом, МОЗ і НСЗУ зокрема, місцевих органів влади, керівників лікарень та лікарів.

НСЗУ продовжувала укладати договори із закладами, що передбачало визначення пакетів медичних послуг в рамках програми медичних гарантій, за якими відповідні заклади могли отримати фінансування, а також уклала угоди з аптеками в рамках програми «Доступні ліки». Водночас Уряд і народні депутати розробляли та ухвалювали антикризові заходи, запроваджували карантин та вносили зміни до Державного бюджету на 2021 рік, щоб профінансувати ці антикризові заходи та підготовку медичної системи до надання допомоги пацієнтам, хворим на COVID-19.

Ряд закладів стикнувся з неможливістю підписати договір з НСЗУ через неефективну підготовку з боку місцевих органів влади та (або) головних лікарів, або ж підписані договори передбачали надання медичної допомоги в межах лише кількох пакетів, внаслідок чого медичні заклади мали отримати менше грошей, ніж у 2019 році.

Місцеві органи влади постали перед необхідністю дофінансовувати такі заклади за свій рахунок, маючи при цьому нижчу фінансову спроможність внаслідок епідемії та ухвалених на державному рівні рішень щодо запровадження пільг зі сплати місцевих податків. Для допомоги таким закладам Уряд перерозподілив кошти Державного бюджету, зменшивши фінансування Програми медичних гарантій на 1,6 млрд грн та програми Громадського здоров'я на 0,2 млрд грн²⁰, та збільшивши за цей рахунок обсяг субвенції на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я до 3,61 млрд грн.

Протягом наступних місяців Уряд ухвалив кілька рішень, що впливали на оплату Національною службою здоров'я медичної допомоги у 2020 році:

- До Програми медичних гарантій було додано кілька «ковідних» пакетів послуг для пацієнтів з підозрою або встановленим захворюванням COVID-19: екстрена допомога, мобільні медичні бригади на первинній ланці, стаціонарна допомога;
- Також було запроваджено пакет «Перехідне фінансування» для закладів, які стикнулись зі зменшенням фінансування порівняно з 2019 роком. НСЗУ підписала близько 500 договорів з такими закладами, обов'язковою умовою яких було виконання базових вимог протягом певного часу. На кінець 2020 року НСЗУ призупинила фінансування 90 таких закладів, що не впоралися із завданням. Очікувано, це змусить місцеві органи влади ухвалювати важливі рішення про доступність медичної допомоги в їхніх громадах.

При цьому, «ковідні» пакети було впроваджено достатньо швидко й Уряду стали в нагоді результати реформи, в умовах якої НСЗУ вже мала договірні відносини з лікарнями. Відповідно, додаткове фінансування могло адресно надходити до закладів, що

²⁰ [Постанова КМУ](#) від 25.03.2020 №250 «Деякі питання надання у 2020 році субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я» — постанову було ухвалено, а потім знову відновлювали фінансування за програмами, з яких його зняли.

збільшувало як ефективність, так і прозорість фінансування. Тобто наявність єдиного закупівельника медичних послуг сприяла прозорості та ефективності фінансування діяльності лікарень в рамках нових пакетів послуг Програми медичних гарантій.

Також було запроваджено спрощені процедури закупівель товарів, робіт і послуг, пов'язаних з боротьбою із COVID-19 (Вставка 1), що уможливило швидкі закупівлі надзвичайно потрібних товарів та послуг. Водночас такі процедури поставили під питання ефективність цих закупівель, про що свідчать звіти громадських активістів. Такі закупівлі є предметом аудиту з боку Державної аудиторської служби України (ДАСУ), але за оцінкою Transparency International їм приділяють мало уваги²¹. До кінця першого кварталу 2021 року ДАСУ також має оприлюднити аудит витрачання коштів Фонду боротьби з COVID-19.

Вставка 2. Спрощені процедури публічних закупівель

17 березня 2020 року набув чинності закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)», який вивів з-під дії закону «Про публічні закупівлі» закупівлю товарів, робіт та послуг, які необхідні для виконання заходів, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів COVID-19.

Перелік відповідних товарів було ухвалено Кабінетом Міністрів 20.03.2020²²: початково він включав лише товари медичного призначення та дезінфекційні засоби. Перелік відповідних товарів розширювався залежно від ухвалених протоколів лікування коронавірусу. Також з часом він був розширений на послуги та роботи зі перебудови медичних закладів, проектування та монтажу систем киснепостачання тощо.

За інформацією DoZorro великій частці таких закупівель притаманні порушення²³. Водночас ряд порушень пов'язаний з браком інформації та знань, а в окремих випадках відсутністю достатньої пропозиції відповідних товарів. Однак в окремих випадках громадські активісти знаходили грубі порушення законодавства та зловживання.

Доплати медичним працівникам

Ще на початку боротьби з епідемією стало зрозуміло, що буде велике навантаження на систему охорони здоров'я, де середня заробітна плата залишається найнижчою серед галузей економіки. Це передусім стосується екстреної та спеціалізованої медичної допомоги, оскільки після старту реформи на первинці рівень оплати праці є дуже різним

²¹ Ляхтіонов, Іван. 2020. [Закупівлі для боротьби з COVID-19: підходи потрібно змінювати](#). Transparency International Ukraine.

²² [Постанова КМУ](#) від 20.03.2020 №225 «Деякі питання закупівлі товарів, робіт і послуг, необхідних для здійснення заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій коронавірусної хвороби (COVID-19) на території України».

²³ Ференц, Анастасія. 2020. [Медичні закупівлі в регіонах](#). Чому трапляються порушення? Моніторинговий Портал DoZorro.

залежно від закладу та місцевих стимулів. Уряд ухвалив рішення про доплати медичним працівникам, які надають допомогу пацієнтам, хворим на COVID-19, у розмірі 300% їхньої ставки. Однак з фінансуванням цих виплат були проблеми. Спочатку було не зрозуміло, хто має фінансувати ці доплати і часом це падало на плечі місцевих органів влади. Також не було чіткої процедури розрахунку цих доплат. При цьому доплати передбачались лише для лікарів спеціалізованого рівня медичної допомоги, хоча перший контакт найчастіше залишався на рівні первинної ланки. В результаті, відгуки лікарів свідчать, що ці доплати були нерівномірними по регіонах і не мали суттєвого значення.

З огляду на недоліки у фінансуванні цих доплат було ухвалено рішення про надбавки з 1 вересня лікарям в розмірі 70% посадового окладу, медичним сестрам — 50% мінімальної заробітної плати, молодшому медичному персоналу — 25% мінімальної заробітної плати. На фінансування таких доплат було виділено 5,9 млрд грн з Фонду боротьби з COVID-19 і фактичне фінансування почалось лише в останні дні вересня внаслідок тривалого узгодження процедур здійснення доплат. Оскільки такі надбавки не стосувались медичних працівників первинної ланки, попри те, що вони надалі були на передовій з боротьби з епідемією, з листопада 2020 року розмір капітаційної ставки на первинці було підвищено з 600,48 грн до 651,6 грн²⁴. На фінансування доплат та збільшення капітаційної ставки було виділено кошти з Фонду боротьби з COVID-19.

Фінансування у 2020 році

Протягом 2020 року фінансування заходів у сфері охорони здоров'я відбувалось як у формі звичного фінансування за традиційними бюджетними програмами, призначення на які були ухвалені в законі про Державний бюджет, так і за рахунок коштів Фонду боротьби з COVID-19, призначення на які були розподілені між різними розпорядниками численними урядовими рішеннями²⁵.

У квітні 2020 були суттєво переглянуті показники Державного бюджету на 2020 рік. На відміну від програм багатьох інших головних розпорядників бюджетних коштів, фінансування програм Міністерства охорони здоров'я зросло. Також відбувався ряд змін у призначеннях протягом року.

В результаті всіх змін заплановане фінансування Програми медичних гарантій (без врахування Фонду боротьби з COVID-19) зросло на 16,9 млрд грн. При цьому також відбувався перерозподіл призначень між програмами МОЗ. Зокрема, внаслідок перерозподілу коштів на інші цілі без фінансування залишилась програма придбання ангиографічного обладнання (Таблиця 2).

²⁴ [Постанова КМУ](#) від 29.10.2020 №1108 «Про внесення змін до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році».

²⁵ [Дашборд](#) на сайті Мінфіну містить дані про видатки з Фонду боротьби з COVID-19, перелік всіх рішень КМУ з приводу розподілу коштів з Фонду та посилання на них.

Таблиця 2: Фінансування охорони здоров'я у 2020, 2021 (окремі бюджетні програми), млрд грн.

Код	Найменування бюджетної програми	2020 рік				2021 рік	
		Початкова версія ухваленого бюджету, 14.11.2019	План зі змінами, без Фонду COVID-19	Зі змінами, включно з видатками з Фонду COVID-19	Фактичні видатки	Поданий на 1-ше читання	Ухвалений закон
2300000	Міністерство охорони здоров'я України	98,18	116,37	136,87	126,37	155,24	159,19
2301040	Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями	3,72	3,75	4,63	4,22	2,71	2,64
2301150	Придбання обладнання для приймальних відділень опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах за рахунок коштів, виділених з Фонду COVID-19			2,30	2,30		
2301190	Здійснення доплат медичним та іншим працівникам ЗОЗ, які надають медичну допомогу хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19			5,54	5,31		
2301230	Забезпечення готовності та реагування системи громадського здоров'я на спалахи гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2			5,36	3,29		
2308060	Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення	72,00	88,88	92,22	89,53	123,44	123,49
2310000	Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування)	17,71	16,86	22,47	21,84	3,50	3,50
2311410	Медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам	14,58	14,58	14,58	14,55	0,00	0,00

Джерела даних: Закон про Державний бюджет на 2020 рік від 14.11.2019 та зі змінами, Проект закону про Державний бюджет на 2021 рік, поданий на перше читання, ухвалений закон про Державний бюджет на 2021 рік.

Фонд боротьби з COVID-19 було створено з метою підготовки системи охорони здоров'я до надання медичної допомоги хворим на COVID-19, здійснення доплат медичним працівникам (які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації надзвичайної ситуації), надання трансфертів Фонду безробіття та Фонду соціального страхування для фінансування антикризових заходів, фінансування соціальної допомоги людям похилого віку.²⁶

Водночас вже у червні 2020 року були внесені зміни до тексту закону про Державний бюджет і дозволено витратити кошти на фінансування будівництва, реконструкцію, ремонт та утримання автомобільних доріг, на що початково планували виділити понад 30 млрд грн, а фінально знизили планові видатки з Фонду на цю мету до 26,2 млрд грн, з яких фактично витратили 25,7 млрд грн (або 38,6% фактичних видатків Фонду у 2020 році).

Втім, з точки зору забезпечення населення якісною медичною допомогою, а лікарів ліпшими умовами праці найбільшою проблемою було не фінансування доріг за рахунок коштів Фонду, що загалом підтримувало економічну активність в країні, а радше неспроможність МОЗ вчасно та ефективно витратити кошти, передбачені у бюджеті загалом та у Фонді боротьби з COVID-19 зокрема. З червня по грудень Уряд ухвалив чимало рішень щодо перерозподілу видатків Фонду, а також збільшив його заплановане фінансування з 65 млрд грн до 81 млрд грн.

Тривалий час низьким був рівень фінансування програми із забезпечення лабораторій та закупівлі засобів індивідуального захисту, що призвело до неготовності державних лабораторій здійснювати необхідну кількість тестів на COVID-19. Саме тому велика частка тестів припадала на приватні лабораторії, які робили їх за гроші пацієнтів. Лише у жовтні держава офіційно почала закуповувати послуги приватних лабораторій з тестування на COVID-19.²⁷

Закупівлю апаратів ШВЛ через різні суперечності між МОЗ та ДП «Медичні закупівлі» було проведено лише в кінці вересня 2020 року. Також окремі медичні заклади отримали інше обладнання, яке закуповувало ДП Медичні закупівлі, зокрема системи ендоскопічної візуалізації, комп'ютерні системи та комп'ютерні томографи (КПКВК 2301150).

Хоча ще влітку була інформація від медичних закладів про відсутність достатніх обсягів кисню в лікарнях, лише 9 жовтня Уряд ухвалив рішення про виділення 571 млн грн з Фонду боротьби з COVID-19 на фінансування субвенцій на закупівлю кисню, кисневих станцій та кисневих концентраторів. Проте, за даними МОЗ, місцеві органи влади за місяць використали лише близько 5% цих коштів через тривалі процедури закупівлі, а також обмежену пропозицію відповідних позицій на ринку внаслідок суттєвого підвищення попиту, оскільки епідемія саме була на піку. В цілому, на цю субвенцію з бюджету було виділено майже 1,5 млрд грн, а фактичне фінансування становило 96,8%. Відповідно до отриманої інформації з областей, ряд проплат за закупівлі було здійснено авансом, а постачання відповідних товарів та послуг відбудеться в першому кварталі 2021 року²⁸.

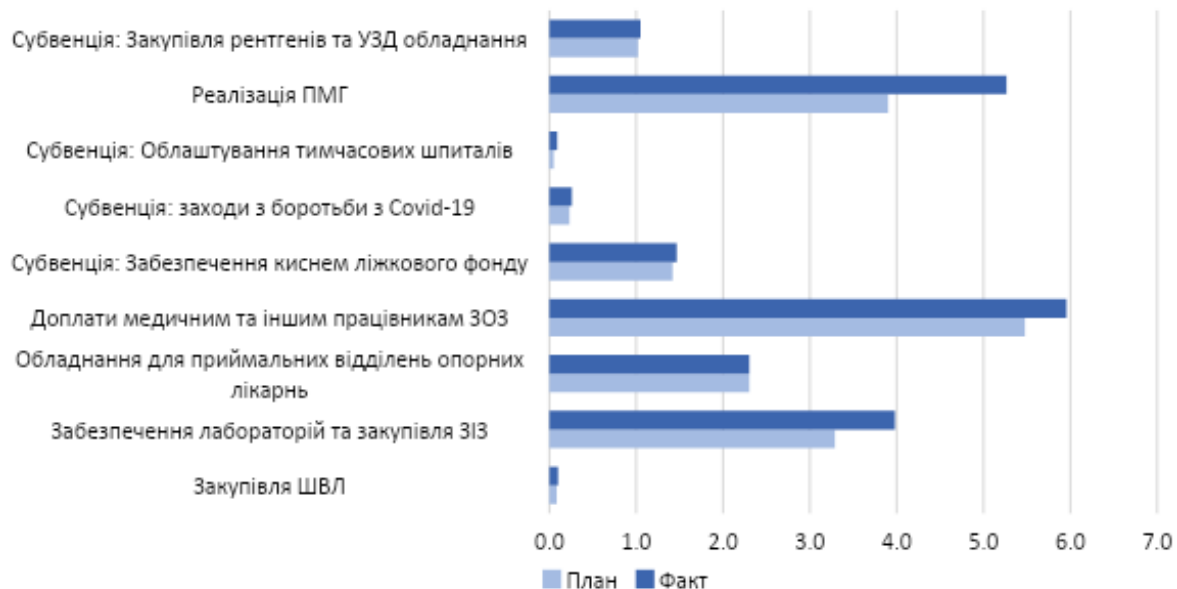
²⁶ [Закон України](#) від 14.11.2019 №294-IX «Про Державний бюджет України на 2020 рік».

²⁷ [Новина](#) на сайті МОЗ.

²⁸ Це пов'язано з тим, що за умови не використання коштів цієї субвенції у 2020 році, області мали би повернути кошти в державний бюджет.

Також в кінці року було запроваджено субвенцію на забезпечення опорних лікарень рентгенівськими діагностичними стаціонарними системами загального призначення (цифровими) та апаратами ультразвукової діагностики. Обласні органи влади оперативно проводили закупівлі та авансом сплачували за обладнання, тоді як фактично оснащення багато хто отримує у 2021 році.

Графік 11: Фінансування бюджетних програм МОЗ з коштів Фонду COVID-19, млрд грн.



Джерело: https://www.mof.gov.ua/uk/data_and_analytics-433

В цілому, у 2020 році фінансування програм (включно з субвенціями) Міністерства охорони здоров'я становило за загальним фондом бюджету 148 млрд грн при річному плані 159 млрд грн. Зокрема, фінансування програм МОЗ за рахунок коштів Фонду боротьби з COVID-19 становило 17,8 млрд грн (27,9% фактичних видатків Фонду) або 86,8% від плану. До того ж велика частина цього фінансування припала на останні три дні року: так, на 29 грудня МОЗ профінансувало свої програми лише у сумі 14,9 млрд грн. При цьому, через малу вибірку коштів у грудні було скорочено фінансування програм МОЗ.

Додатково було виділено майже 1,4 млрд грн на закупівлю вакцини проти COVID-19. Ці кошти були виділені в кінці року і тому ДП «Медичні закупівлі» довелося швидко проводити переговори про закупівлю вакцини, що завершилось досягненням попередніх домовленостей щодо закупівлі китайської вакцини, яка ще не пройшла всі етапи тестування.

Фінансування у 2021 році

Через пізнє ухвалення Державного бюджету на 2021 рік МОЗ та НСЗУ не встигали ухвалити нові тарифи надання медичної допомоги так, щоб залишилось достатньо часу для переукладання договорів між НСЗУ та медичними закладами. Тому в грудні 2020 року Уряд фактично продовжив на перший квартал 2021 року дію Порядку реалізації Програми

медичних гарантій, який існував у 2020 році, причому забувши продовжити строки дії тарифів, що змусило вносити зміни в Порядок одразу у січні 2021 року,²⁹ інакше би НСЗУ не могла здійснювати оплату медичних послуг, що надаються медичними закладами.

В кінці січня 2021 року НСЗУ оголосила про схвалення нових тарифів на медичні послуги, що мають діяти у другому-четвертому кварталах 2021 року³⁰. Водночас ці тарифи ще не були схвалені Урядом, тож існує ризик, що їх доведеться знижувати, оскільки передбаченого в Державному бюджеті на 2021 рік фінансування на реалізацію програми медичних гарантій може виявитись недостатньо.

Так, на реалізацію програми медичних гарантій в Державному бюджеті передбачено 123 млрд грн, тоді як відповідне фінансування медичної допомоги у 2020 році становило 104 млрд грн (з яких 14,5 млрд грн здійснено за рахунок субвенції місцевим бюджетам у першому кварталі 2020 року, тобто до старту реформи на спеціалізованому рівні).

У бюджеті не передбачено коштів на доплати медичним працівникам, які за останні чотири місяці 2020 року становили 5,3 млрд грн. Отже, за припущення, що заклади продовжать здійснювати ці доплати, а особливо з огляду на підвищення мінімальної заробітної плати до 6000 грн з січня 2021 року (з 5000 грн з вересня 2020 року), сукупна потреба у фінансуванні мала би становити принаймні 120 млрд грн без урахування підвищення тарифів. Саме тому існує високий ризик або не ухвалення вищих тарифів на пакети медичних послуг, або ж відсутності фінансування Програми медичних гарантій в четвертому кварталі 2021 року. Ймовірно, обіцяні Президентом та міністром охорони здоров'я заробітні плати медичним працівникам у сумі понад 20 тис. грн³¹ залишаться тільки обіцянками.

На 2021 рік в Державному бюджеті передбачено 2,6 млрд грн на закупівлю вакцин від COVID-19, що надзвичайно мало з огляду на вартість вакцин та кількість населення в Україні. Уряд сподівається на отримання значної кількості вакцин безоплатно в рамках програми COVAX, проте існують сумніви, що кількість цих вакцин буде справді відчутною.

Важливим викликом для медичних закладів у 2021 році стане також підписання нових договорів із НСЗУ на надання медичних послуг. Так, набувають чинності норми постанови Уряду про обов'язковість виконання нових вимог ДБН щодо інклюзивності медичних закладів. Водночас не всі заклади відповідають цим ДБН, а тому у місцевих органів влади існує нагальна потреба виділити кошти на ремонти приміщень закладів для відповідності цим нормам або ж головним лікарям шукати інші джерела фінансування таких видатків, що часто є нетривіальним завданням.

²⁹ [Новина](#) на сайті НСЗУ.

³⁰ [Пост](#) на ФБ-сторінці НСЗУ.

³¹ Офіційне інтернет-представництво Президента України. 2020. [Послання Президента України Володимира Зеленського до Верховної Ради про внутрішнє та зовнішнє становище України](#).

Розділ 2. Освіта

Анна Новосад

Експертка з питань освіти, міністерка освіти в 2019–2020 роках

Олександра Бетлій

Аналітик у сфері публічних фінансів

Контекст

Право на здобуття повної загальної середньої освіти в рівних умовах закріплено законодавством України, зокрема, ухваленим за 2 місяці до першого карантину Законом України «Про повну загальну середню освіту» — кожному має забезпечуватися доступність та якість повної загальної середньої освіти³².

Перевірити це положення на практиці довелось, зокрема, із введенням карантинних обмежень у березні 2020 року, які продовжувались у тій чи іншій мірі протягом усього 2020 року та перейшли у 2021 рік. Оскільки здобуття освіти у традиційному форматі практично унеможлиблює дотримання умов соціального дистанціювання, шкільна освіта стала однією з найбільших жертв епідемії COVID-19. Зважаючи на гостру потребу швидко реагувати на виклики у медичній системі, питання освіти, як і якість отримання інших публічних благ, для багатьох урядів, у тому числі для Уряду України, відійшли на другий план. При цьому проблема надолуження втрачених знань так само залишається викликом без адекватної відповіді.

І хоч нова реальність дала поштовх розвитку цифрових навичок у педагогів, учнів та їхніх батьків, тимчасове закриття шкіл і перехід на повністю дистанційне навчання боляче вдарили по якості шкільної освіти та ще більше розширили прірву нерівності у доступі до неї.

Проблема саме з рівністю доступу до *якісної* освіти є системною характеристикою української шкільної освіти. Згідно з даними Індексу людського капіталу Світового банку³³ недостатня якість української шкільної освіти призводить до того, що близько 2,8 року загального часу навчання марнуються.

Найбільша нерівність спостерігається за ознакою соціально-економічного статусу та за ознакою місця проживання. Моніторингове дослідження PISA-2018, у якому Україна вперше взяла участь³⁴, показало сумні результати — учні з високим соціально-економічним статусом мають у два-три рази більше шансів досягти високих показників у

³² [Закон України](#) від 16.01.2020 №463-IX «Про повну загальну середню освіту».

³³ [World Bank Group](#). 2019. *Review of the Education Sector in Ukraine. Moving toward Effectiveness, Equity and Efficiency (RESUME3)*.

³⁴ [Національний звіт](#) за результатами міжнародного дослідження якості освіти PISA-2018 / кол. авт. : М. Мазорчук (осн. автор), Т. Вакуленко, В. Терещенко, Г. Бичко, К. Шумова, С. Раков, В. Горох та ін. ; Український центр оцінювання якості освіти. Київ : УЦОЯО, 2019.

навчанні, ніж їхні однолітки із низьким соціально економічним статусом³⁵. А найбільше від неякісної освіти страждають діти, що навчаються у сільській місцевості. Максимальна різниця у результатах навчання в учнів, які навчаються у великих містах, ліцєях, гімназіях і спеціалізованих школах, у порівнянні з учнями з сільської місцевості становить більше ніж 2 роки навчання. Іншими словами, дітям із сіл необхідно було би навчатись ще 2 роки, аби досягти середнього рівня знань своїх однолітків з київських чи львівських гімназій.

Схожий сумний тренд показало моніторингове дослідження якості початкової освіти, проведене УЦОЯО у 2016–2018 роках³⁶. Нижчими за середні були результати учнів, які навчаються у звичайних сільських школах з малою наповнюваністю класів.

Карантин та перехід на повністю дистанційне або змішане навчання протягом тривалого часу підсилив дію структурних чинників, які й без того обмежували доступ до якісних освітніх послуг, особливо учнівства з соціально вразливих груп.

Аналітики Світового банку припускають³⁷ (проаналізувавши дані 157 країн та змодельовавши різні сценарії), що залежно від сукупної тривалості жорсткого карантину і зачинених шкіл, реальні втрати навчального часу будуть дорівнювати від 0,3 до 0,9 років шкільного навчання. Близько 7 мільйонів дітей 1–9 класів у світі можуть взагалі покинути школу через економічний шок і фінансові проблеми в родинях, спричинені пандемією. Ці розрахунки поки що не беруть до уваги можливий розвиток подій та черговий перехід на повністю дистанційне навчання шкіл протягом 2021 року.

Загальновідомо, що хороша освіта є важливою запорукою успішного майбутнього життя учнів шкіл, особливо в умовах, коли економіка все більше стає знанневою. Від якості освіти у довгостроковій перспективі залежать економічна спроможність країни, здатність генерувати інновації та створювати умови для соціально-економічного поступу.

До прикладу, дослідники ОЕСР розрахували³⁸, що дохід середньостатистичного жителя США зростає в середньому на 11,1% з кожним додатковим роком навчання. За їхніми оцінками втрата третини навчального року у школі, ймовірно, матиме наслідком втрату від 2,5% до 4% доходу протягом усього майбутнього професійного життя школярів.

Подібних розрахунків щодо України ОЕСР не здійснювала, але не складно зрозуміти, що Україну не омине негативний вплив епідемії на якість отриманих знань, навичок та вмій українських школярів.

У багатьох випадках невідповідність рішень та дій (або бездіяльності) органів влади України протягом епідемії щодо забезпечення освітнього процесу та безпеки педагогів та учнів мала свій вплив на доступ до освіти. Нижче ми розглянемо, які дії вчинилися

³⁵ Дослідження PISA вимірює успішність 15-річних підлітків у читанні, природничих науках та математиці.

³⁶ [Звіт](#) про результати першого циклу загальнодержавного моніторингового дослідження якості початкової освіти «Стан сформованості читацької та математичної компетентностей випускників початкової школи закладів загальної середньої освіти». Український центр оцінювання якості освіти. Київ : УЦОЯО, 2018.

³⁷ Azevedo, João Pedro, Amer Hasan, Diana Goldemberg, Syedah Aroob Iqbal, and Koen Geven. 2020. [Simulating the Potential Impacts of Covid-19 School Closures on Schooling and Learning Outcomes: A Set of Global Estimates](#).

³⁸ Hanushek, Eric A., and Ludger Woessmann. 2020. [The Economic Impacts of Learning Losses](#).

наприкінці навчального року 2019/2020 (коли розпочався карантин), та протягом навчального року 2020/2021, і який потенційний вплив вони мали на забезпечення доступу до шкільної освіти.

Завершення навчального року 2019/2020

У березні 2020 року на всій території України було запроваджено карантин³⁹. Відвідування усіх закладів повної загальної середньої освіти в Україні було заборонено до 3 квітня, з можливістю зміни терміну дії карантину залежно від епідемічних обставин.

Міносвіти направило листа⁴⁰ щодо запровадження карантину для усіх типів закладів освіти та рекомендувало розробити заходи щодо проведення навчання за допомогою дистанційних технологій, а також підготувати заходи щодо відпрацювання занять відповідно до навчальних планів після нормалізації епідемічної ситуації.

16 березня 2020 року своїм наказом⁴¹ МОН доручило керівникам органів управління у сфері освіти різних рівнів та керівникам закладів середньої освіти забезпечити виконання освітніх програм, зокрема у дистанційному форматі та, у виняткових випадках, шляхом ущільнення графіку освітнього процесу. 30 березня Міносвіти звільнило⁴² від проходження державної підсумкової атестації учнів, які завершують здобуття початкової та базової загальної середньої освіти.

У своїй комунікації МОН підкреслювало законодавчо закріплену відповідальність шкіл (педагогічних рад) визначати тривалість навчального року та форми організації освітнього процесу в межах часу, що передбачений освітньою програмою⁴³.

Пізніше у березні загальнонаціональний карантин продовжили до 24 квітня, потім до 11 травня та 22 травня. Відповідно було прийнято рішення про завершення навчального року в дистанційному форматі. До 1 липня школи мали завершити навчальний рік, а оформити свідоцтва досягнень до 15 червня.

Підтримка освітнього процесу в умовах дистанційного навчання

Раптовий перехід на дистанційне навчання означав необхідність усім учасникам освітнього процесу швидко опанувати або ж покращити цифрові навички для організації

³⁹ [Постанова КМУ](#) від 11.03.2020 №211 «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2».

⁴⁰ [Лист МОН](#) від 11.03.2020 №1/9-154 «Щодо запровадження карантину для усіх типів закладів освіти».

⁴¹ [Наказ МОН](#) від 16.03.2020 №406 «Про організаційні заходи для запобігання поширенню коронавірусу COVID-19».

⁴² [Наказ МОН](#) від 30.03.2020 № 463 «Про звільнення від проходження державної підсумкової атестації учнів, які завершують здобуття початкової та базової загальної середньої освіти, у 2019/2020 навчальному році».

⁴³ [Лист МОН](#) від 31.03.2020 №1/9-182 «Щодо організованого завершення 2019/2020 навчального року та зарахування до закладів загальної середньої освіти».

онлайн-навчання. Крім того, критичною стала потреба у цифровому контенті, який можна використовувати під час онлайн-уроків або ж частково замінювати ним навчання.

У стислі строки Уряд, Комітет з питань освіти, науки та інновацій Верховної Ради, Офіс Президента запустили Всеукраїнську школу онлайн (ВШО) — телевізійні уроки з усіх предметів для 5–11 класів. ВШО стала швидким технологічним рішенням та допомогою, у першу чергу, учням та їхнім батькам. Телеуроки доповнювали або ж повністю заміняли уроки на карантині, особливо у випадках неможливості проводити дистанційні уроки вчителями або ж відсутності в учнів доступу до інтернету. Додаткові до ВШО уроки по телевізору створювали і в регіонах. Так, Івано-Франківська міська рада з початку квітня 2020-го почала трансляцію розроблених ними уроків для усіх класів, у тому числі початкової школи, на комунальному телебаченні⁴⁴. Подібний підхід з телеуроками використовували й інші країни світу, і зокрема, ті, котрі мали проблеми з доступом населення до інтернету.

Поки що детальних досліджень використання ВШО вчителями та учнями, залежно від їх місця проживання, доступу до цифрових технологій та гаджетів, нема⁴⁵. Проте, можна стверджувати, що телеуроки, безперечно, не замінили шкільне навчання.

У першу чергу, ні ВШО, ні інші матеріали рекомендовані МОН не містили допоміжних матеріалів для навчання у дистанційному режимі дітей початкової школи. Крім того, неузгодженість навчальних програм та змісту телеуроків, а також нерозуміння вчителями завчасно змісту уроків на ВШО ускладнювали синхронізацію дистанційного процесу навчання з ефективним використанням можливостей телешколи.

Також формат ВШО пропонував пасивний підхід до навчання — учні могли лише слухати інформацію. Про отримання зворотного зв'язку від учителя, використання методик перевернутого класу чи інших методів діяльнісного та активного навчання не йшлося. Звісно, створена у рекордні строки телешкола закрила мінімум потреб у навчанні для учнів базової та старшої школи. Озвучені тут слабкі сторони ВШО на першому етапі її впровадження навесні 2020-го не є критикою, а радше намаганням підкреслити ті проблемні питання, які мали бути вирішені до наступної хвилі епідемії та локдаунів та загалом до початку нового навчального року 2020/2021.

Якщо дистанційне навчання у тій чи іншій формі можна було налаштувати за наявності матеріально-технічних умов, то залишаються відкритими питання — як навчалися діти у селах та містечках, де немає інтернету, а також діти, чиї батьки не можуть забезпечити їх комп'ютерами або смартфонами, і чи навчалися вони взагалі. До прикладу, за даними, отриманими від департаменту освіти і науки Івано-Франківської області, у гірському районі області 37 770 учнів мали можливість навчатись дистанційно вдома, а 13 178 учнів

⁴⁴ Івано-Франківська міська рада. 2020. [Телеуроки](#).

⁴⁵ У квітні 2020 було проведено два нерепрезентативні онлайн-опитування: (1) [Опитування](#) учасників освітнього процесу Державною службою якості освіти; (2) [Опитування](#) батьків, чиї діти навчаються у загальних середніх школах, проведене Службою Освітнього омбудсмена. Оскільки опитування не були репрезентативними, не є можливим робити достовірні висновки з отриманих даних.

такої можливості не мали через відсутність доступу до інтернету. За словами освітніх управлінців, ці діти отримували завдання та матеріал до опрацювання в смс.

За підрахунками Міністерства цифрової трансформації⁴⁶, в Україні 2531 школа розташована в населених пунктах, де немає жодного оптичного провайдера, що означає, що і вдома вчителі та учні не мають можливості підключитись до якісного інтернету. Мінцифра та МОН рекомендували місцевим адміністраціям та органам місцевого самоврядування підключити ці школи до інтернету невідкладно до кінця 2020 року за рахунок залишків освітньої субвенції.

У липні 2020 року соціологічною службою Центру Разумкова спільно з Фондом «Демократичні ініціативи імені Ілька Кучеріва» було проведено дослідження «Освіта і пандемія: що українці думають про дистанційне навчання та як оцінюють ЗНО». Опитування підтвердило вищезазначені сумніви⁴⁷. Так, про брак технічних засобів для проведення дистанційного навчання повідомили близько 20–30% громадян у невеликих містах (до 100 тис. мешканців). Про погану якість інтернету зауважили 21% опитаних, а про відсутність пристроїв для онлайн-навчання — 19%. Іншими істотними проблемами, на думку українців, стали брак уваги учителів до потреб дітей під час навчання (22%) та загальне зниження рівня успішності дітей (26%). Загалом близько половини українців зазначили, що не підтримують формат дистанційної освіти.

Можемо припускати, що різке негативне ставлення до онлайн-навчання було спричинене раптовістю переходу на цей формат та непередбачуваністю до його впровадження. Крім того, багато батьків не мають досвіду, бажання чи часу активно залучатись до освітнього процесу власних дітей. Так, за даними PISA-2018 з власної ініціативи лише 57% батьків обговорюють успішність своїх дітей.

На жаль, протягом весни — початку літа Уряд не робив спроб забезпечити гаджетами (комп'ютерами, планшетами, смартфонами) учнів, які їх потребують⁴⁸. Також не було ініціатив зі сторони Уряду організувати забезпечення дітей з пільгових категорій, які харчуються у школі, харчуванням. В Україні, за даними Мінсоцполітики, 460 тис. дітей з малозабезпечених сімей отримують гаряче харчування у школах. В умовах карантину цієї можливості вони були позбавлені. До прикладу, в окремих штатах США було організовано або пункти видачі шкільного харчування, або ж доставку додому тим, хто користується цією соціальною послугою.

Крім того, фактично втратили доступ до освіти та корекційних послуг діти з особливими освітніми потребами, які навчаються в інклюзивних класах закладів середньої освіти. Таких дітей в Україні у 2019/2020 році навчалось у школах понад 19 тисяч. МОН поінформувало інклюзивні ресурсні центри навесні, що корекційно-розвиткові, психолого-педагогічні послуги, а також комплексна оцінка із визначення потреб дитини мають

⁴⁶ [Новина](#) на Урядовому порталі.

⁴⁷ Центр Разумкова, Фонд «Демократичні ініціативи» імені Ілька Кучеріва. 2020. [Освіта і пандемія: що українці думають про дистанційне навчання та як оцінюють ЗНО](#).

⁴⁸ Даних про закупівлю безпосередньо на рівні областей чи територіальних громад гаджетів для потреб дистанційного навчання учнів знайти не вдалось.

здійснюватися у дистанційному форматі⁴⁹. Не важко зрозуміти, що якість надання таких послуг в онлайн-форматі не була високою з огляду на складність організації процесу, який вимагає безпосереднього контакту учня та вчителя.

Також на час карантину в сім'ї повернулись діти, які навчаються у спеціальних школах⁵⁰ та навчально-реабілітаційних центрах. До прикладу, за даними служби у справах дітей Львівської ОДА, після початку карантину навесні 2020 року додому із закладів перебування повернулись 4 717 дітей, з них 1 933 мали ознаки складних життєвих обставин. Це, скоріш за все, означає, що батьки цих дітей навряд чи організують якісне навчання вдома, маючи проблеми з неможливістю забезпечити харчуванням та засобами першої необхідності, або ж взагалі не будучи спроможними дбати про дітей через проблеми з алкоголем чи іншими залежностями.

Що стосується методичної підтримки педагогам в організації дистанційного навчання, то «швидка допомога» у форматі освітнього серіалу⁵¹ з порадами щодо цифрових освітніх інструментів була надана Мінцифрою у березні 2020-го. Детальні ж рекомендації МОН щодо організації дистанційного освітнього процесу з'явилися лише у другій половині червня 2020. МОН затвердило методичний посібник⁵² щодо дистанційного навчання, розроблений ГО «Смарт освіта». Посібник у зручний та доступний спосіб пояснює методологію дистанційного навчання, інструменти та засоби для його створення. Оскільки посібник з'явився вже фактично після завершення навчального року, він став радше хорошим інструментом підготовки до майбутніх хвиль карантину. Напередодні нового навчального року, наприкінці серпня 2020-го, Міносвіти презентувало онлайн-курс⁵³ для вчителів та керівників шкіл про дистанційний та змішаний формати навчання, який став певною візуалізацією раніше затверджених методичних рекомендацій щодо дистанційного навчання.

Оцінювання

Оцінювання є невід'ємною частиною навчання, а учні за законом мають право на справедливе, неупереджене, об'єктивне оцінювання результатів навчання незалежно від виду та форми здобуття освіти.

⁴⁹ [Новина](#) на сайті НУШ.

⁵⁰ Відповідно до законодавства, спеціальна школа — це заклад загальної середньої освіти для осіб з особливими освітніми потребами, зумовленими порушеннями інтелектуального розвитку, фізичними та/або сенсорними порушеннями.

⁵¹ Міністерство цифрової трансформації України. 2020. [Оглядовий освітній серіал](#) «Карантин: онлайн-сервіси для вчителів».

⁵² ГО «Смарт освіта». 2020. [Організація дистанційного навчання в школі](#). Методичні рекомендації схвалено для використання у загальноосвітніх навчальних закладах (лист МОН від 18.06.2020 №22.1/12-Г-372).

⁵³ Міністерство освіти і науки України, EdEra. 2020. [Онлайн-курс](#) для вчителів та керівників шкіл про дистанційний та змішаний формати навчання.

Ще у квітні 2020 року МОН опублікувало рекомендації⁵⁴ щодо підсумкового оцінювання, яке також було рекомендовано провести у дистанційному форматі. Державна підсумкова атестація (ДПА) 11-класників мала проводитись очно у формі ЗНО. Міносвіти відстоювало ідею проведення ДПА у формі ЗНО як важливого інструменту об'єктивної оцінки знань усіх випускників шкіл, а не лише тих, хто планує вступати до закладів вищої освіти та потребуватиме ЗНО. Проте через гучні публічні суперечки щодо безпечності проведення ЗНО врешті було прийнято рішення скасувати ДПА у формі ЗНО у 2019–2020 навчальному році. Відповідні законодавчі зміни, запропоновані Президентом України, були прийняті Верховною Радою 18 червня 2020 року⁵⁵. Учні могли проходити ДПА у формі ЗНО за власним бажанням.

У червні в Уряді та Офісі Президента тривали дискусії щодо доцільності проведення ЗНО взагалі у 2020 році. Частина посадовців вважали, що проведення ЗНО призведе до зростання захворюваності серед учнів та учениць, і його необхідно скасувати, віддавши право організації вступних випробувань самим закладам вищої освіти. Внутрішня неузгодженість врешті вийшла у публічну площину, заповнивши інформаційне поле різними чутками, фейками та припущеннями — буде таки проведено ЗНО чи ні. Безперечно, така невизначеність не сприяла зосередженій підготовці учнів до завершення школи.

Увечері п'ятниці 12 червня Уряд своїм рішенням скасував проведення пробного ЗНО 2020, яке мало відбутись уже за 2 дні, у понеділок 15 червня. Хоч УЦОЯО і вдалось оперативно забезпечити доступ до пробних тестів у дистанційному режимі, таке раптове рішення Уряду було зовсім не прокомуніковане випускникам, які зареєструвались на проходження пробного ЗНО.

Основна сесія ЗНО все ж відбулась, хоч і з певним відтермінуванням, з 25 червня по 17 липня. При цьому Уряд окремих коштів з Фонду COVID-19 для забезпечення регіональних центрів оцінювання якості освіти не виділив. Засоби індивідуального захисту для безпечного проведення ЗНО були закуплені, зокрема, ЮНІСЕФ, посольством Швейцарії та НАК «Нафтогаз». Про випадки зараження учнів коронавірусом під час складання ЗНО не повідомлялось, принаймні публічно такої інформації не було — вочевидь, допомогли суворе дотримання правил безпеки та гігієни під час тестування.

Скасування обов'язковості ДПА у формі ЗНО спричинила одну з найнижчих явок на ЗНО за час його існування. За даними УЦОЯО 74,4% зареєстрованих з'явилися на складання тесту⁵⁶. У 2019 явка становила 91,4%. Найнижчою виявилась явка на ЗНО з біології — лише 65,3%.

⁵⁴ [Лист МОН](#) від 16.04.2020 №1/9-213 «Щодо проведення підсумкового оцінювання та організованого завершення 2019-2020 навчального року».

⁵⁵ [Закон України](#) від 18.06.2020 №725-IX «Про внесення змін до деяких законів України щодо окремих питань завершення 2019/2020 навчального року».

⁵⁶ Український центр оцінювання якості освіти. 2020. [Офіційний звіт про проведення в 2020 році зовнішнього незалежного оцінювання результатів навчання, здобутих на основі повної загальної середньої освіти](#).

При цьому явка випускників закладів загальної середньої освіти залишилась високою, у тому числі у порівнянні з попередніми роками. 88% зареєстрованих випускників шкіл склали тест, що загалом віддзеркалює тенденцію надання переваги вищій освіті, де для вступу потрібні сертифікати ЗНО. Натомість активно скористались можливістю не складати ДПА у формі ЗНО учні (слухачі) закладів професійно-технічної освіти. Лише 21,6% з'явилися на тест ЗНО.

Варто віддати належне УЦОЯО, який в умовах епідемії та в межах своїх обмежених ресурсів зробив усе можливе, аби процес ЗНО врахував усі можливі незручності, які були спричинені карантинними заходами. Так, додатковий період реєстрації було перенесено на 25 травня — 09 червня 2020 року. Також МОН розширило⁵⁷ перелік категорій осіб, які мали змогу зареєструватися під час додаткового періоду реєстрації для участі в додатковій сесії ЗНО, зокрема особи, які проживали чи перебували на території, на якій було встановлено карантин.

Загалом можемо констатувати кілька важливих висновків щодо процесів чи рішень, які прямо чи опосередковано впливали на доступ до якісних освітніх послуг у період першого зтяжного локдауну навесні 2020:

- Відсутність злагодженої та завчасної комунікації Уряду, особливо у контексті проведення випускних іспитів, створила значний стресовий фон для випускників шкіл та їхніх батьків, адже невизначеність лише роздмухувалась суперечливими заявами посадовців та не сприяла побудові довіри до рішень влади.
- Складно змодельювати, якою була б потенційна ситуація з ймовірністю зараження учнів/студентів, якби обов'язковість ДПА у формі ЗНО не була скасованою і на пункти тестування прийшла додаткова кількість учасників. Вжиті УЦОЯО та РЦОЯО заходи безпеки на пунктах тестування дозволили уникнути масового зараження під час усієї сесії тестування у 2020 році. Якщо дивитись на цю ситуацію з точки зору освіти, то учні, які не склали ЗНО, отримали ті оцінки, які їм були поставлені закладом освіти. З огляду на значні проблеми з доброчесністю в освітньому процесі в Україні, можемо припускати, що чимала кількість осіб отримала за свої навчальні досягнення бали, що не відповідають дійсності.
- Педагоги не отримали вчасної методичної підтримки. Детальні рекомендації щодо організації дистанційного навчання були опубліковані із суттєвим запізненням. Так само бракувало вчасних детальних рекомендацій щодо організації об'єктивного підсумкового оцінювання навчальних досягнень учнів у школах.
- Найбільше постраждали ті групи дітей, які й так були вразливими і мали ускладнений доступ до якісних освітніх послуг, а саме діти, що навчаються у сільських школах, діти, котрі не мають доступу або до інтернету, або до гаджетів удома, діти з особливими освітніми потребами та діти, які навчаються у спеціальних школах.

⁵⁷ [Новина](#) на сайті УЦОЯО.

Отже, перший етап карантину заподіяв значну шкоду якісному навчанню і доступу до шкільної освіти загалом. Безумовно, органи влади та заклади освіти змушені були приймати рішення та створювати умови для навчання у безпрецедентно складних умовах. Було б несправедливо не зауважити, у тому числі з огляду на дії інших країн, що забезпечити у дистанційному форматі якість навчання, яка була б аналогічною офлайн-формату, було практично неможливо.

При цьому, органи державної влади за низкою напрямів навіть не виявляли бажання щось робити для вирішення проблем (як то забезпечення гаджетами для навчання вдома). Що зовсім не витримує критики, то це втрачений час протягом усього літа, який необхідно було використати для підготовки до нового навчального року 2020/2021 та вже тоді очевидних чергових хвиль карантину та закриття шкіл.

Навчальний рік 2020/2021

Після оголошеного у березні карантину школи так і не відновили стаціонарну роботу в 2019/2020 навчальному році, який було вирішено завершити дистанційно. Літній період, окрім проведення ЗНО, мав би слугувати періодом для підготовки до безпечного відкриття шкіл у вересні, на початку нового навчального року 2020/2021. Проте цілісної стратегії повернення до безпечного та якісного офлайн чи змішаного навчання запропоновано не було.

Протягом червня-липня залишалося невизначеним питання, чи повернуться діти узагалі до шкіл, адже чіткої комунікації ні від МОН, ні від Головного державного санітарного лікаря не було. Певної ясності було привнесено рішенням Уряду в кінці липня 2020 року, яким запроваджувався адаптивний карантин, тобто карантинні обмеження залежно від зонування⁵⁸:

- У зеленій та жовтій зонах дозволялось відвідування закладів освіти з дотриманням усіх заходів безпеки;
- У помаранчевій зоні — заборонялось відвідування закладів освіти здобувачами освіти групами кількістю більше ніж 20 осіб, крім закладів дошкільної та загальної середньої освіти;
- У червоній зоні відвідування закладів освіти учнівством заборонялось повністю.

Підхід із зонуванням працював до 11 листопада, коли Уряд скасував зони та ввів єдині для всіх областей карантинні обмеження⁵⁹.

Оскільки в липні складно було напевне спрогнозувати, яка кількість шкіл станом на 1 вересня буде в зеленій чи жовтій зоні, а яка у червоній, є всі підстави вважати, що Уряд мав би прицільно займатись підготовкою до повноцінного відкриття усіх шкіл на початку нового навчального року.

⁵⁸ [Постанова КМУ](#) від 22.07.2020 №641 «Про встановлення карантину та запровадження посилених протиепідемічних заходів на території із значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2».

⁵⁹ [Постанова КМУ](#) від 11.11.2020 №1100 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 22 липня 2020 р. № 641».

Що потрібно було зробити

На нашу думку, підготовка мала б вестись за такими напрямками:

1. Створення безпечних умов у школі для учнів, педагогів та технічного персоналу, забезпечення усіх необхідними засобами індивідуального захисту.
2. Надання методичної підтримки педагогам щодо відновлення навчального процесу, враховуючи, що певна частина матеріалу була пропущена; рекомендації щодо надолуження втрачених частин освітніх програм; пропозиції до конкретних інструментів допомоги дітям, які відстали у засвоєнні матеріалу, передбаченого державними стандартами шкільної освіти.
3. Вхідне моніторингове дослідження рівня знань учнів різних рівнів шкільної освіти.
4. Підтримка проведення змішаного та повністю дистанційного навчання — забезпечення комп'ютерною технікою тих дітей та педагогів, які цього потребують для навчального процесу.

Втілення кожного з пунктів мало б забезпечуватись фінансовими та нормативними інструментами.

Що було зроблено

Безпечні умови для навчання у школі

Вимоги до протиепідемічних заходів у закладах освіти на період карантину були затверджені постановою Головного державного санітарного лікаря лише наприкінці серпня 2020-го⁶⁰. Ці вимоги окреслювали перелік обов'язкових до виконання школами заходів — забезпечення вчителів масками з розрахунку одна маска на 3 години або щитками, наявність мила та паперових рушників у санітарних кімнатах, проведення занять у класних аудиторіях лише для окремих класів. Також вимоги передбачали обов'язкове обмеження кількості учнів у класі до 20 за умов, якщо школа перебуває у помаранчевій зоні карантину.

Попри ці встановлені вимоги, освіта стала, певно, єдиною великою соціальною сферою, яка не отримала фінансування (зокрема на створення безпечних умов навчання) з Фонду COVID-19, що був сформований навесні для боротьби з епідемією та її наслідками. Уряд так і не виділив кошти на підготовку шкіл до навчального процесу після літніх канікул або на якісь інші освітні цілі, крім виділених 52,5 млн грн в межах програми «Повернення коштів за пробне ЗНО у 2020 році», оскільки це пробне ЗНО скасували, хоча гроші за нього потенційні учасники сплатили. Це були єдині видатки, покриті за рахунок коштів Фонду для бюджетних програм МОН. При цьому, для формування Фонду лише з загальнодержавного бюджету освіти було забрано понад 4,5 млрд гривень. Попри обіцянки керівництва Уряду повернути ці кошти у сферу восени, цього зроблено не було.

⁶⁰ [Постанова Головного державного санітарного лікаря України](#) від 22.08.2020 №50 «Про затвердження протиепідемічних заходів у закладах освіти на період карантину у зв'язку поширенням коронавірусної хвороби (COVID-19)».

Так само Уряд проігнорував постанову Верховної Ради⁶¹ зі зверненням до Кабінету Міністрів виділити кошти саме з цільового Фонду на закупівлю засобів індивідуального захисту для шкіл, доплати педагогам та інші потреби. Станом на 1 вересня 2020 року засновники шкіл або обласні державні адміністрації мусили самостійно забезпечувати школи засобами безпеки — антисептиками, масками, захисними щитками для вчителів.

За інформацією департаменту освіти і науки Івано-Франківської ОДА, протягом літа з місцевих бюджетів по області для закладів загальної середньої освіти було виділено 6,5 млн грн на закупівлю засобів індивідуального захисту, а протягом вересня-грудня з обласного бюджету додано ще 3 млн грн на ці потреби.

У Тернопільській області для створення безпечного освітнього середовища у закладах освіти (Тернопільська ОДА у відповіді на запит не уточнила, чи йдеться лише про заклади загальної середньої освіти, чи також і про заклади дошкільної освіти) за кошти місцевих бюджетів придбано засоби індивідуального захисту загальною вартістю 2,6 млн грн.

На Рівненщині ж, до прикладу, засоби захисту педагога та учні купували самостійно. Загалом ситуація із забезпеченням шкіл засобами захисту була дуже неоднорідною і залежала від спроможності та готовності на місцях робити закупівлі.

Натомість Уряд прийняв рішення фінансувати підтримку безпечного середовища шкіл не з цільового Фонду COVID-19, а ще більше зрізати видатки у секвестрованому освітньому бюджеті 2020 року. На початку вересня МОН звернулось до КМУ щодо виділення 3 млрд грн з Фонду COVID-19 для створення безпечних умов здобуття середньої освіти у 2020 році. Лише в кінці жовтня були виділені 539 млн грн на забезпечення дезінфекційними засобами закладів загальної середньої освіти⁶², але не з Фонду, а за рахунок зменшення видатків за іншими освітніми програмами та збільшення видатків за субвенцією «Нова українська школа».

Тобто фінансування додали на вже наявну субвенцію, яка йде на забезпечення якісної, сучасної та доступної загальної середньої освіти. Оскільки це субвенція, кошти виділили на обласний рівень, де вони мали бути розподілені на місця залежно від кількості учнів в школах. Відповідно, місцеві органи влади мали швидко проводити тендери, щоб використати отримані кошти до кінця 2020 року, оскільки кошти субвенції не переходять з одного бюджетного року в інший. За оперативною інформацією з областей станом на середину січня 2021-го до кінця 2020 року області таки встигли провести тендерні закупівлі на засоби захисту на загальну суму 525,4 млн грн. Закуплені засоби знадобляться школам вже після виходу із січневого локдауну чи канікул (деякі школи протягом 8–24 січня запровадили канікули).

⁶¹ [Постанова ВРУ](#) від 18.09.2020 №920-ІХ «Про звернення до Кабінету Міністрів України щодо вжиття невідкладних заходів для забезпечення безпечного навчального процесу та якісної освіти в умовах карантину, запровадженого з метою запобігання поширенню на території України коронавірусної хвороби (COVID-19)».

⁶² [Постанова КМУ](#) від 21.10.2020 №984 «Про виділення у 2020 році коштів на забезпечення дезінфікуючими засобами захисту учасників освітнього процесу в закладах загальної середньої освіти».

Також у вересні Верховна Рада внесла зміни до Бюджетного кодексу⁶³ та, як виняток, дозволила використовувати у 2020 році залишки коштів освітньої субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам. Дані залишки — це кошти, які протягом кількох років акумулювались на рахунках місцевої влади та які, як правило, використовувались у наступному бюджетному році для інфраструктурних питань — закупівлі автобусів, ремонту внутрішніх вбиралень, їдалень, закупівлі обладнання для STEM-кабінетів тощо. Орієнтовна сума, яка була доступною на момент прийняття змін до Бюджетного кодексу (після вирахування інших капітальних видатків, які цільово мала здійснити місцева влада), складала близько 3,4 млрд грн.

З однієї сторони, такий хід можна сприймати як джерело фінансування на закупівлю засобів захисту, а з іншої — використання залишків субвенції на маски, санітаїзери та інші потреби означає в майбутньому році наявність значно меншого обсягу коштів на інші гострі потреби, зокрема, закупівлю автобусів для підвезення учнів, подальшу модернізацію харчоблоків та природничих кабінетів у школах.

Згідно з інформацією від Рівненської, Івано-Франківської та Тернопільської ОДА, кошти із залишків у цих областях не використовувались для закупівлі засобів індивідуального захисту. Перші дві області не планують цього робити у 2021 році. Івано-Франківщина на 2021-й має в обласному бюджеті окрему програму протиепідемічного захисту для всіх закладів загальної середньої освіти області.

Реалізуючи згадані зміни до Бюджетного кодексу, Уряд ухвалив рішення, згідно з яким місцеві органи влади можуть використовувати зекономлені кошти освітньої субвенції на дезінфекційні засоби⁶⁴. Відповідно, ті місцеві органи влади, які матимуть залишки, нарешті зможуть витратити частину зекономленої освітньої субвенції на засоби захисту на початку 2021 року. Водночас досвід свідчить, що розподіл залишків освітньої субвенції є досить нерівномірним.⁶⁵

Таким чином, можемо констатувати, що прийняті Урядом рішення щодо фінансової допомоги засновникам шкіл у облаштуванні безпечного навчального процесу мали кілька важливих проблем.

- Перш за все, рішення Уряду виявились занадто запізненими. Виділення коштів наприкінці жовтня, у розпал місцевих виборів, гарантовано означало неможливість їхнього використання щонайменше до середини грудня 2020 року, допоки не були сформовані усі місцеві ради та не здійснені відповідні місцеві рішення та проведені тендери.
- По-друге, залишається незрозумілим, чому Уряд не використав цільовий Фонд COVID-19 для фінансування потреб шкіл, адже він був спеціально створений для швидкого реагування на наслідки епідемії у різних сферах.

⁶³ [Закон України](#) від 17.09.2020 909-IX «Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік».

⁶⁴ [Постанова КМУ](#) від 04.11.2020 №1064 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 14 січня 2015 р. №6».

⁶⁵ [Авторська колонка](#) на сайті НУШ.

- Крім того, не було зроблено спроб допомогти педагогам з огляду на додаткове навантаження. Хоча така вимога до Уряду була чітко передбачена у згаданій вище постанові ВРУ, а саме передбачити з Фонду додаткові доплати у розмірі 6 033 560,00 тис. грн до заробітної плати педагогічним та науково-педагогічним закладам освіти державної та комунальної форм власності за додаткове навчальне навантаження в умовах дистанційного та змішаного навчання на період до кінця 2020 року. Загалом близько 440 тисяч педагогів (з них близько 36 тисяч віком 55–60 років та близько 34 тисячі віком понад 60 років⁶⁶), які працюють у школах, змушені були або чекати допомоги від місцевої влади, або самостійно, або ж за кошт батьків купувати собі засоби захисту для проведення навчання.

При цьому МОН надіслало листа⁶⁷ керівникам обласних департаментів освіти щодо неухильного дотримання керівниками шкіл санітарних вимог, передбачених законодавством (зокрема і постановами Головного державного санітарного лікаря), підкресливши, що їхнє порушення передбачає накладення штрафу або обмеження волі строком до трьох років.

І що не менш важливо, не було виділено додаткових коштів до освітньої субвенції для виплати учителям заробітних плат при поділі великих класів на групи не більше 20 дітей, як це передбачено вимогами Головного державного санітарного лікаря. Це питання міг вирішити виключно Уряд, до повноважень якого належить фінансування заробітних плат вчителів.

Таким чином, школи не отримали вчасної і достатньої допомоги Уряду із облаштування безпечних умов навчання в умовах адаптивного карантину. Відповідальність за виконання урядових вимог щодо індивідуального захисту учасників освітнього процесу була покладена на місцеву владу, а в кінцевому результаті — на керівників шкіл. Часто виконати урядові вимоги щодо безпеки було неможливо через нестачу ресурсів. Цільові кошти з Фонду COVID-19 так і не були використані для потреб освітньої сфери, натомість лише наприкінці року області отримали гроші на засоби індивідуального захисту, які Уряд забрав з інших освітніх бюджетних програм.

Універсальне право на безпечні умови навчання не вдалось використати у всій країні, адже десь область, місто чи ОТГ за свій кошт закупували маски та санітайзери, а десь — це була цілковита відповідальність самих педагогів чи батьків, що не могло не вплинути на загальний рівень убезпеченості від вірусу в школах після їх відкриття у вересні 2020 року. Питання безпечних умов у закладах освіти, відтак, мало бути не лише відповідальністю на місцях, зважаючи на децентралізовані повноваження. Вчасна урядова допомога мала б створити ефект вирівнювання у доступі до засобів захисту.

Є підстави вважати, що не менше проблем буде у 2021 році із підтримкою безпечного навчального процесу. У Державному бюджеті на 2021 рік передбачена нова субвенція на заходи, спрямовані на боротьбу з COVID-19 та її наслідками під час навчального процесу в закладах ЗСО у розмірі 1 млрд грн. Наразі невідомо, які саме напрями використання коштів будуть передбачені відповідною постановою Уряду і на які нагальні потреби їх вистачить.

⁶⁶ [Портал відкритих даних](#) ДНУ «Інститут освітньої аналітики».

⁶⁷ [Лист МОН](#) від 09.09.2020 №1/9-517 «Щодо неухильного дотримання законодавства».

Надання методичної підтримки педагогам

Педагоги не отримали вчасної (до початку навчального року) дидактичної підтримки для здійснення змішаного або повністю дистанційного навчання. ВШО як ресурс з'явилась лише наприкінці грудня 2020-го. Фактично вересень-грудень педагоги вимушені були самостійно шукати цифровий контент для організації віддаленого навчання.

Важливою складовою успішного відновлення роботи шкіл (у тому числі у форматі змішаного навчання), як і подальшого дистанційного навчання у школах у червоній зоні, мала бути методична допомога вчителям.

Безперечно, протягом весни та літа 2020 року педагоги отримали значний досвід роботи з цифровими інструментами організації дистанційного навчання. Доступ до відкритих ресурсів та інструментів побудови цифрового навчання у стислі строки значно покращив цифрові навички педагогів. Однак проблема з доступом до якісного змісту для навчання залишилась актуальною на початок нового навчального року. Протягом осені вчителі не отримали доступу до єдиної платформи з освітнім цифровим контентом.

Крім того, ще навесні за пропозицією Уряду з бюджету МОН було забрано 300 млн грн до Фонду COVID-19, які були передбачені на підвищення кваліфікації педагогів за принципом «гроші ходять за вчителем». Попри обіцянки їх повернути, цього так і не було зроблено. Хоча саме ці кошти педагоги могли б використати для власного професійного розвитку, зокрема, щодо організації ефективного дистанційного чи змішаного навчання.

Вхідне моніторингове дослідження рівня знань

Адаптивний карантин та зонування ще більше поглибили негативний вплив повністю дистанційного навчання різної якості на навчальні досягнення. Адже ряд шкіл у країні працювали, а деякі були зачинені більшість навчального часу протягом осені 2020-го.

Невідомо, наскільки постраждав рівень опанування учнями шкільної програми, адже моніторингове дослідження по країні, за єдиними правилами, проведено не було. Натомість заперечувати загальне падіння рівня успішності за наслідками карантину не вдасться. Адже про це свідчать і перші міжнародні дослідження, і опитування батьків, і зворотній зв'язок від педагогів.

Окрім питання забезпеченості шкіл засобами безпеки, а педагогів належною фінансовою підтримкою, є й значно складніший виклик — як зберегти рівень навчальних досягнень учнів та надолужити пропущений навчальний час.

Українські школи відповідно до освітнього законодавства мають доволі широку автономію щодо організації освітнього процесу. Школи самостійно можуть формувати власні освітні програми в рамках державних стандартів освіти, використовувати різні системи оцінювання навчальних досягнень, а засновники шкіл мають право самостійно вирішувати питання тривалості навчального року, канікул, початку та завершення навчання у школах. Іншими словами, успіхи школи більшою мірою залежать від педагогів та керівництва школи, хоча підтримка засновників при цьому, безперечно, є важливою.

Так само як є важливою підтримка МОН. Хоча міністерство не втручається безпосередньо в щоденний освітній процес, саме МОН є тим центральним органом виконавчої влади, який формує стандарти освіти й організовує освітню систему так, аби всі могли досягати рівня цих стандартів, а також проводить національні моніторингові дослідження, які дають можливість на національному рівні побачити успіхи та проблеми з навчанням.

На нашу думку, відновлення роботи шкіл у 2020/2021 навчальному році мало супроводжуватись моніторинговим дослідженням (на основі репрезентативної вибірки шкіл, що відображала б усі регіони України) щодо успішності опанування учнями матеріалу попереднього навчального року. Здійснення таких досліджень є мандатом Українського центру оцінювання якості освіти МОН (УЦОЯО) — потужної інституції, яка вже має відповідний досвід у проведенні моніторингу.

Натомість МОН у своєму листі⁶⁸ до керівників шкіл рекомендувало самостійно провести такий моніторинг опанування учнями навчального матеріалу під час карантинних обмежень і визначити потребу в повторенні матеріалу. З однієї сторони, в межах своєї автономії школи дійсно можуть організувати виявлення рівня знань учнів. Але з іншої сторони, державі не відомо, яка кількість шкіл і як це дійсно організували, і як адаптували навчальний матеріал⁶⁹. Відповідно держава не володіє інформацією щодо реального впливу карантину на рівень знань у розрізі усіх регіонів. Як результат, держава не може приймати адекватних рішень для адаптації програм та надолуження втраченого.

При цьому вже є міжнародні дані, які не дозволяють ототожнити навчання у звичайному режимі у школі та повністю дистанційне навчання вдома. Так, експерти ОЕСР, та зокрема Андреас Шляйхер, провели навесні 2020 року опитування⁷⁰ освітян з 59 країни щодо їхньої думки про вплив пандемії на шкільну освіту. В результаті 51,1% опитаних вчителів та директорів, відповідаючи на питання щодо дистанційної освіти у порівнянні з «нормальним» навчанням у школі, відзначили, що дистанційно учні таки мали доступ до навчання, але вчилися менше, ніж якби були в цей час у школі. Щодо змісту освіти під час «дистанційки» — 46,6% педагогів сказали, що під час дистанційного навчання фокус був на меншій кількості предметів, аніж зазвичай у школі.

Ця ж проблема з нерозумінням рівня втрати знань перейшла і у другу половину 2020/2021 навчального року. Адже в Державному бюджеті 2021 року для УЦОЯО не передбачено додаткового фінансування для проведення таких критично необхідних моніторингових досліджень рівня знань. Іншими словами, ми не знаємо, чи реально діти будуть опановувати знання, вміння та навички, що передбачені державними стандартами освіти, які держава декларує як обов'язкові для всіх. Це, ймовірно, матиме особливо негативні наслідки для циклу природничих предметів та математики, де прогалини у певних темах

⁶⁸ [Лист МОН](#) від 05.08.2020 №1/9-420 «Щодо організації роботи закладів загальної середньої освіти у 2020/2021 навчальному році».

⁶⁹ Згідно з інформацією від Рівненської та Івано-Франківської ОДА, школи у цих областях самостійно приймали рішення як і чи проводити оцінювання рівня знань на початку навчального року 2020/2021. Інформації від шкіл про здійснення цих заходів і їхні результати обласні департаменти освіти і науки не збирали.

⁷⁰ Reimers, Fernando M., Andreas Schleicher, and Grace A. Ansah. 2020. [Schooling Disrupted, Schooling Rethought](#) *How the Covid-19 Pandemic Is Changing Education*.

не даватимуть можливості успішно опанувати наступний матеріал. При цьому, як показала PISA-2018, саме з математикою в українського учнівства є найбільші труднощі, адже 36% 15-річних учнів не досягають навіть базового рівня математичних знань.

Різниця між рівнем знань може ще більше поглибитись між окремими регіонами та за соціально-економічним статусом учнів, залежно від кількості часу, проведеного поза шкільним навчанням в очному режимі.

До моменту скасування Урядом на початку листопада карантинного зонування територій залежно від рівня захворюваності, ті школи, що знаходились у червоній зоні, мусли переходити на повністю дистанційне навчання. Відповідно, якась кількість шкіл переходила на дистанційне навчання, тоді як решта працювали в очному режимі.

Так, до прикладу, місто Чернівці перебувало в червоній зоні з 31 серпня до 21 вересня та з 19 жовтня по 9 листопада, місто Бережани Тернопільської області — з 31 серпня по 12 жовтня та з 19 жовтня по 9 листопада, місто Суми — з 12 жовтня по 9 листопада, міста Володимир-Волинський та Полтава з 19 жовтня по 9 листопада⁷¹. Натомість Київ чи Дніпро жодного разу не підпадали під обмеження червоної зони, хоча окремі школи або класи переходили на тимчасове дистанційне навчання, якщо у школі чи класі виявлялись випадки захворювань серед вчителів, учнів чи технічного персоналу школи.

За інформацією департаменту освіти і науки Рівненської ОДА в області протягом вересня 2020 — січня 2021-го усі дні потенційного дистанційного навчання вдалось компенсувати плановими канікулами. Натомість вибірка, здійснена департаментом освіти і науки Івано-Франківської ОДА, по місту Івано-Франківськ показала, що 5–11 класи міста з березня по січень мали 39 навчальних днів дистанційно (без урахування канікул).

З огляду на очевидну меншу ефективність повністю дистанційного навчання, можемо цілковито припускати, що ті учні, чиї школи не зачинялись на карантин у решті зон, мали більше шансів краще опанувати навчальний матеріал. Попри очевидну нерівність у навчальних результатах, поки що стратегії вирівнювання знань Уряд не презентував. Ця нерівність буде лише поглиблюватись за результатами загальнонаціонального локдауну 8–24 січня 2021 року. Адже, як зазначалось вище, діти з соціально вразливих груп матимуть значно менше шансів на якісне дистанційне навчання порівняно з їхніми однолітками, які навчаються школах у великих містах та проживають у сім'ях з високим рівнем достатку.

Зазначимо, що Закон України «Про повну загальну середню освіту» пропонує інструмент для допомоги з надолуженням знань. Так, стаття 20 закону зазначає, що учні мають право на отримання додаткових індивідуальних та (або) групових консультацій та (або) занять з навчальних предметів, з яких проводиться державна підсумкова атестація на відповідному рівні повної загальної середньої освіти, та з яких рівень досягнутих результатів навчання менше середнього рівня результатів навчання учнів відповідного року навчання у відповідному закладі освіти. Для використання цього інструменту Уряду необхідно нарешті розробити порядок реалізації цієї статті, а також передбачити додаткові кошти у бюджеті освітньої субвенції на заробітну плату вчителів.

⁷¹ ГО «Ініціатива ХОЛОН». 2021. [Хронологія](#) введення заходів адаптивного карантину.

Забезпечення комп'ютерною технікою

Друга фаза Всеукраїнської школи онлайн (ВШО) була підготовлена та запущена наприкінці грудня 2020 року, перед початком другого локдауну в січні 2021-го. Безперечно, це надважливий ресурс для дистанційного навчання, що був створений у кооперації між Інститутом розвитку освіти МОН, Міністерством цифрової трансформації та ГО «Освіторія».

Щоправда, залишаються відкритими принаймні два критичні питання. По-перше, оскільки друга фаза ВШО передбачає використання платформи лише онлайн, як зможуть вчитися діти, у яких немає гаджетів або є проблеми з доступом до інтернету? А по-друге, якою буде підтримка для дистанційного навчання у початковій школі, адже ВШО містить уроки лише для 5–11 класів?

Підсумки першого півріччя 2020/2021 навчального року

Проблеми

Майже рік перебування шкільної освіти в умовах епідемії мало значущий вплив, як на якість освітнього процесу, так і на доступ до освіти загалом.

Заклади загальної середньої освіти мусили швидко, у межах своїх ресурсів, перелаштувати значну частину часу на повністю дистанційне навчання, а з початку навчального року 2020/2021 — на змішане. Якість організації дистанційного освітнього процесу дуже сильно різнилась по країні й залежала від багатьох факторів, зокрема:

- готовності та спроможності педагогів швидко опанувати (хто не мав попереднього достатнього досвіду) та застосувати цифрові навички,
- наявності в учнів та педагогів стабільного доступу до інтернету та гаджетів.

І якщо на ці два фактори Уряд, місцева влада могли так чи інакше впливати, надаючи допомогу (хоча з доступом до технічних засобів допомоги так і не надійшло), то були й інші чинники, що значно ускладнювали навчання вдома:

- емоційна стійкість учнів до навчання в нових умовах,
- наявність тихого та зручного місця для навчання,
- готовність батьків допомогти в облаштуванні освітнього процесу вдома.

Такі ж проблеми були відчутними і для педагогів. І хоч дистанційне чи змішане навчання стало більш звичним та налагодженим на початку нового навчального року, постійні зміни карантинних зонувальних та відповідних обмежень у освітньому процесі не сприяли сталості навчання.

Неабияк на доступ до освіти впливала дуже різна спроможність засновників шкіл забезпечити заклади загальної середньої освіти та учасників освітнього процесу засобами індивідуального захисту.

Вищезазначені проблеми ще більше ускладнили доступ до якісної освіти тих учнів, які й так навчались у складніших умовах — дітей із сільської та гірської місцевостей, інших територій, де є проблеми з доступом до інтернету, дітей з малозабезпечених сімей чи сімей зі складними життєвими обставинами, учнів з особливими освітніми потребами.

- Найбільше постраждали від умов навчання у новому навчальному році 2020/2021 діти з соціально вразливих категорій. Адже так і не було запущено програм забезпечення дітей комп'ютерною технікою, якщо вони її потребують. Так само не було запропоновано механізмів компенсації втрачених чи не отриманих знань.
- Окремою вразливою категорією є діти початкових класів, які зокрема під час локдауну в січні 2021-го не могли відвідувати школи, а також не отримали підтримки у вигляді уроків ВШО. Фактично, освітою дітей 1–4 класів знову змушені були займатись їхні батьки, як це вже було навесні 2020 року. З огляду на фундаментальну важливість початкової освіти для подальших навчальних успіхів, украй важливо запропонувати компенсаторні механізми для їхньої соціалізації та надолуження шкільного матеріалу.
- Спорадичним залишився доступ до освітніх послуг дітей з особливими освітніми потребами, які навчаються на інклюзивному навчанні у закладах загальної середньої освіти, адже їхнє навчання тісно пов'язане з безпосереднім перебуванням у школі, контактом з педагогами, отриманням корекційних послуг (у тому числі й у інклюзивно-ресурсних центрах).
- Дистанційне чи змішане навчання, яке є простішим для учнів старших класів, було значно складніше організувати для початкової школи, де учні, зважаючи на вікові особливості, не можуть довго сидіти перед екраном комп'ютера чи сприймати довго матеріал на слух. Для дітей молодших класів має бути діяльнісне навчання, ігрові методики, групова робота, значно менше зорового контакту з гаджетами, що складно забезпечити в ZOOM чи Skype.

Можливості

Було б несправедливим не відзначити тенденції, які можуть потенційно стати точками зростання чи каталізаторами вирішення багатолітніх проблем в освіті.

Перш за все, вимушене дистанційне навчання мотивувало педагогів, у неочікуваний ще якийсь час тому спосіб, суттєво покращити свої цифрові навички, опанувати інноваційні методи навчальної діяльності, привнести в навчання зв'язок з реальним світом, що все більше стає цифровим.

Надзвичайно важливо для подальшого втілення Нової української школи мотивувати педагогів зберегти і розвивати креативні та нестандартні рішення у навчанні. Як правильно каже Андреас Шляйхер, уряди не можуть робити інновації у шкільних класних кімнатах, але вони можуть створити та комунікувати умови для змін⁷².

По-друге, директори шкіл набули цінного досвіду переформатування освітнього процесу, організації безпечних умов, загалом отримали унікальний шанс продемонструвати свої управлінські здібності. Найкращі практики також варті аналізу та поширення. Так само важливо підтримати та розвивати навички самостійної роботи, самоорганізації,

⁷² Schleicher, Andreas. 2018. *World Class: How to Build a 21st-Century School System*, *Strong Performers and Successful Reformers in Education*.

практикування індивідуальної освітньої траєкторії, які змогли спробувати та опанувати учні (принаймні частина учнівства).

Крім того, в Україні з'явився шанс, з огляду на обставини, нарешті впоратись з чималим цифровим розривом, який супроводжував навчання дітей та й загалом життя значної частини громадян. Ми не знаємо, як довго триватиме пандемія COVID-19, але можемо припускати, що карантинні обмеження триватимуть ще значний період у тому чи іншому вигляді. Відтак, є момент, коли не потрібно довго переконувати владу, що варто інвестувати в інфраструктуру та комп'ютерні технології для навчання. Наявність доступу до інтернету стає де факто невід'ємною частиною права на освіту.

Довідка щодо фінансування освіти

Загальна інформація

Основним джерелом фінансування шкіл є освітня субвенція, яка розраховується на основі кількості дітей шкільного віку у відповідній місцевості. Параметри, які впливають на розмір субвенції, включають кількість учнів, наповнюваність класів, ряд коригуючих коефіцієнтів.⁷³

За рахунок освітньої субвенції виплачуються заробітні плати вчителям, а місцеві органи влади відповідають за розвиток освітньої мережі, оплату комунальних послуг, виплату заробітної плати непедагогічним працівникам. Залишки освітньої субвенції місцеві органи влади можуть використовувати не лише на заробітні плати, але й на оновлення матеріально-технічної бази закладів освіти комунальної власності. Освітня субвенція традиційно розподілялась на рівень області та районів, що змінюється в рамках реформи децентралізації: отримувачем освітньої субвенції стає об'єднана територіальна громада (ОТГ).

Хоча формула розрахунку освітньої субвенції чітко прописана, а місцеві органи влади відповідають за фінансування однакового переліку функцій, насправді рівень фінансування різних шкіл суттєво різниться, про що свідчать дані Міністерства фінансів:⁷⁴

- Середні видатки на одного учня у 2019 році становили від 20,3 тис. грн в Одеській області до 26,8 тис. грн в Кіровоградській та 27,2 тис. грн у Луганській області.
- При цьому існує велика відмінність між містом та селом: середні видатки в місті становлять 19,0 тис. грн, а в селі 32,3 тис. грн (дані за 2019 рік). При цьому середня наповнюваність класів становила 25 учнів в місті та 13 в селі, а навантаження на вчителя складало відповідно 11,4 та 6,1 учнів.

Саме тому дедалі більше обговорюється питання про потребу закриття малокомплектних шкіл, які, з одного боку, дорожче коштують, але з іншого, за окремими даними, надають гіршу якість освіти (середні бали ЗНО гірші в сільських школах з усіх предметів), що

⁷³ [Постанова КМУ](#) від 19.02.2020 №114 «Про внесення змін до формули розподілу освітньої субвенції між місцевими бюджетами».

⁷⁴ [Дашборд](#) на сайті Мінфіну.

свідчить про неефективність витрачання бюджетних коштів. Одним з рішень є створення опорних шкіл. На практиці, місцеві органи влади подекуди дофінансовують заробітну плату педагогічним працівникам, що найчастіше пояснюється неможливістю або небажанням оптимізувати мережу шкіл на місцях⁷⁵.

Отже, на рівень фінансування шкільної освіти впливає не лише кількість учнів та наповнюваність класів, але й спроможність місцевих органів влади та їхня фіскальна відповідальність. Також, серед іншого йдеться і про заходи з енергоефективності, що сприяє зниженню видатків місцевих органів влади на оплату комунальних платежів. Вже протягом кількох років існують різні проекти міжнародної допомоги на підвищення енергоефективності шкіл. Така економія може дозволити запровадити додаткові доплати вчителям та закупівлю оснащення для шкіл.

Фінансування у 2020 році

Протягом року відбулися зміни у фінансуванні загальнодержавних видатків МОН. Зокрема, під час квітневого радикального перегляду Державного бюджету на 2020 рік ці видатки було скорочено до 83,9 млрд грн. Зокрема, було скорочено фінансування програми «Спроможна школа для кращих результатів», яка є важливою для розбудови шкіл з метою надавати якісні освітні послуги.

Згодом видатки дещо відновили за рахунок внесених змін до Державного бюджету та завдяки перерозподілу між програмами. При цьому заплановане фінансування освітньої субвенції збільшили через підвищення мінімальної заробітної плати з 4723 до 5000 грн з вересня 2020 року. Фінансування програми спроможних шкіл було підвищено до 2,5 млрд грн за рахунок додатково передбаченого фінансування за спеціальним рахунком бюджету у сумі 2,0 млрд грн, але фактичні видатки на цю програму становили лише 0,5 млрд грн.

Водночас протягом року було повністю скасовано фінансування «Субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на покращення соціального захисту окремих категорій педагогічних працівників закладів загальної середньої освіти», яку мали спрямувати на виплати молодим учителям (Таблиця 3). Таке рішення не виглядає доцільним з огляду на те, що заробітні плати в секторі залишаються одними з найнижчих в економіці, а 15,1% педагогів є пенсійного віку.

⁷⁵ Міністерство фінансів України. 2020. [Інтерв'ю заступника міністра фінансів Романа Єрмоличева інформагенції «Укрінформ»](#).

Таблиця 3: Бюджетні програми МОН за загальнодержавними видатками, млрд грн.

Код	Назва бюджетної програми	2020			2021	
		Початкова версія ухваленого бюджету (14.11.2019)	З урахуванням змін та перерозподілів (на 01.12.2020)	Фактичні видатки	Поданий на перше читання	Ухвалений закон
2211000	Міністерство освіти і науки України (загальнодержавні видатки та кредитування)	87,0	85,6	83,8	106,6	103,7
2211190	Освітня субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам	77,5	80,9	81,2	102,5	99,7
2211210	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на створення навчально-практичних центрів сучасної професійної (професійно-технічної) освіти	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2
2211220	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на надання державної підтримки особам з особливими освітніми потребами	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
2211230	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на забезпечення якісної, сучасної та доступної загальної середньої освіти «Нова українська школа»	1,4	1,6	1,6	1,4	1,4
2211260	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реалізацію програми «Спроможна школа для кращих результатів»	3,5	2,5	0,5	1,0	1,0
2211270	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на покращення соціального захисту окремих категорій педагогічних працівників закладів загальної середньої освіти	3,8	2,2 млрд грн переглянутий план, 0,0 млрд грн після перекидок	0,0		

2211280	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на заходи, спрямовані на боротьбу з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками під час навчального процесу в закладах загальної середньої освіти				1,0	1,0
---------	--	--	--	--	-----	-----

Джерела даних: Закон про Державний бюджет на 2020 рік від 14.11.2019 та зі змінами, Проект закону про Державний бюджет на 2021 рік, поданий на перше читання, ухвалений закон про Державний бюджет на 2021 рік.

Фінансування у 2021 році

Поданий у вересні Урядом проєкт Закону про Державний бюджет на 2021 рік передбачав збільшення освітньої субвенції на 26,7% до 102,5 млрд грн, що передусім було пов'язано зі суттєвим підвищення мінімальної заробітної плати, яке початково планувалось до 6000 грн з грудня 2021 року та до 6500 грн з липня 2021 року. В ухваленій версії Державного бюджету друге підвищення мінімальної заробітної плати перенесли з липня на грудень, чим пояснили зниження субвенції на 2,86 млрд грн. Водночас було надалі відтерміновано рішення про підвищення заробітних плат вчителям в межах виконання закону «Про освіту» з огляду на «брак коштів» або ж, можливо, через невисокий пріоритет розвитку шкільної освіти.

Фінансування субвенції на реалізацію програми «Спроможна школа для кращих результатів» заплановане у сумі 1 млрд грн порівняно з початковим планом на 2020 рік у 3,5 млрд грн. Саме в рамках цієї програми фінансують будівництво нових та ремонт наявних шкіл і формування нового освітнього простору для учнів. Фінансування НУШ залишиться близьким до рівня 2020 року (хоча у 2020 році частково в межах цієї програми фінансували дезінфекційні засоби, а тому пряме порівняння є складним).

Нарешті передбачено кошти на заходи з боротьби з COVID-2019 у сумі 1 млрд грн. Однак поки що не зрозуміло, яким саме чином будуть розподілені ці кошти і на які саме цілі буде дозволено їх витратити.

Також в Державному бюджеті на 2021 рік передбачено 500 млн грн на фінансування «Субвенції на реалізацію заходів, спрямованих на підвищення доступності широкосмугового доступу до інтернету в сільській місцевості». Це має підвищити доступність до інтернету і учнів, що сприятиме доступності до освіти завдяки зниженню цифрового розриву.

Кейс про вплив епідемії на групи ризику

Юлія Панченко

Експертка з публічного управління

Епідемія COVID-19 непропорційно вплинула на різні групи населення, зокрема — через соціальні, епідеміологічні та професійні чинники. Особливої уваги потребують права жінок, що одночасно потрапляють до кількох груп ризику.

Звіти багатьох українських та міжнародних організацій свідчать про те, що COVID-19 непропорційно впливає на жінок у багатьох напрямках.

Жінки виконують майже у 2,5 рази більше неоплачуваного догляду та домашньої роботи, ніж чоловіки, і вони частіше, ніж чоловіки, стикаються з додатковими обов'язками щодо надання допомоги при закритті шкіл, що ускладнює виконання оплачуваної роботи.

Повідомлення фахівців та волонтерів вказують на збільшення рівня домашнього насильства в умовах карантину. Ізоляція та обмеження в пересуванні поглибили проблему з причин підвищеного стресу, тісних та важких умови життя, а також відсутності підтримки громади. Карантинні умови обмежують можливості уникнути жорстокого поводження та знайти безпечний притулок від кривдників.

У неформальному секторі, де немає гарантій роботи та мережі захисту, переважно працюють жінки, і епідемія COVID-19 руйнує їхній зарібок. Неформальна робота включає багато професій, яким найімовірніше може зашкодити карантин, соціальне дистанціювання та економічне уповільнення, такі як вуличні торговці, торговці товарами, сезонні працівники та працівники сфери обслуговування. Жінки також надмірно представлені у сферах послуг, які найбільше постраждали від епідемії COVID-19.

За даними Держстату за 2020 рік 52,9% домогосподарств «очолюють» жінки; 37,7% домогосподарств з дітьми до 18 років, з яких 16% не мають батька, тобто жінка самостійно веде домогосподарство. Таким чином, у разі захворювання на COVID-19, домогосподарство втрачає на певний час годувальницю та опікуна одночасно, що може призвести до занепаду домогосподарства. Тим більше у разі, коли жінка отримує дохід за неофіційним місцем роботи або на умовах самозайнятості.

Також уразливість жінок пропорційно збільшується відповідно до професійної приналежності. Згідно з даними Державної служби статистики за 2018 рік⁷⁶ у сфері охорони здоров'я в Україні жінки становлять 82% від загальної кількості працівників. Дуже схожа ситуація й у сфері шкільної освіти, де за даними Інституту освітньої аналітики жінки складають 90% вчительського персоналу (99% у початковій школі та 81% у середній і

⁷⁶ Державна служба статистики України. 2018. [Діти, жінки та сім'я в Україні](#). Статистичний збірник.

старшій). При цьому близько 16% з них знаходяться в групі ризику щодо ураження COVID-19 за віковим критерієм, тобто є старшими за 55 років.

Страх у громадах щодо ураження, з яким стикаються медичні працівники, може призвести до того, що жінок, які працюють у медичній сфері, уникатимуть або стигматизуватимуть (в інших сферах), що ускладнює для них захист свого здоров'я та здоров'я своїх сімей. Це може проявлятися, наприклад, у спробі забезпечити догляд за дітьми під час роботи. До того ж стигматизація може мати дуже вагомі наслідки для стану громадського здоров'я, тому що спонукає людей приховувати хворобу для уникнення дискримінації, викликає заперечення щодо своєчасного звернення за медичною допомогою та послаблює звички здорової поведінки.

Кейс про участь громадянського суспільства

Юлія Панченко

Експертка з публічного управління

Першою лінією у боротьбі з COVID-19 разом з лікарями стали громадські організації, які взяли на себе левову частку забезпечення медиків та освітян засобами особистого захисту, яких критично бракувало.

За активною допомогою бізнесу та міжнародних організацій громадські організації вкладали багато сил та ресурсів у розв'язання проблем, викликаних епідемією COVID-19: закуповували ліки, маски та захисні екрани, кисень та апарати ШВЛ для лікарень, організовували збір коштів та речей для допомоги людям, які опинилися в скрутних життєвих обставинах через COVID-19, забезпечували розробку та розповсюдження методичної інформації щодо захисту від зараження та маршрутизації пацієнтів.

Громадські організації виявилися більш підготованими, гнучкими та ефективними у боротьбі з епідемією. Разом із представниками бізнесу, меценатами, благодійниками, місцевим самоврядуванням та лікарями вони вивчали потреби та оперативно їх забезпечували. Система державних закупівель у кризових умовах виявилася недостатньо швидкою та ефективною.

Також відчувається поновлення активності волонтерського руху. Волонтерські ініціативи за фінансування благодійних організацій та міжнародних фондів допомагали з доставленням товарів та ліків додому вразливим категоріям громадян; забезпечували транспортом лікарів та робітників соціальної сфери; доставляли гарячі обіди в лікарні, які були переповнені; надавали інформаційну підтримку; організовували пошиття медичного одягу, захисних костюмів, масок та бахіл; самостійно виготовляли за рецептурою ВООЗ антисептики та доставляли малозабезпеченим громадянам; також піклувалися про безпритульних.

Цілком справедливо, що Уряд може покладати певні сподівання на волонтерів та розраховувати на допомогу активної громадськості, адже влада об'єктивно не спроможна швидко вирішити різноманітні соціальні проблеми, викликані епідемією.

Революція Гідності та війна з Росією продемонстрували існування громадянського суспільства в Україні, а епідемія COVID-19 підтвердила його спроможність швидко та ефективно протидіяти складним викликам на противагу слабкій здатності держави виконувати цілу низку основних своїх функцій — економічну, правозахисну, соціальну та інформаційну.

Кейс про економічну нерівність регіонів

Юрій Джигир

Експерт у галузі публічних фінансів, заступник міністра фінансів у 2018–2020 роках

Однією з хронічних проблем у доступі до медичних послуг в Україні є просторова нерівність. Історично мешканці сільських територій мали значно менші шанси отримати вчасну медичну допомогу порівняно з містянами. Станом на 2018 рік відсоток домогосподарств, що мусили відмовитись від діагностичних тестів, візитів до лікаря, а також лікування в стаціонарі, був відчутно вищим у сільських громадах, ніж у містах. І хоча причиною відмови часто залишалась висока вартість послуг, до 2018-го (останній рік, для якого наявні відповідні дані, і перший рік медичної реформи), жителі сільських територій все частіше стикались із проблемою пошуку відповідних спеціалістів або медичних закладів. Крім того, значні розбіжності залишались між доступністю та якістю послуг серед міст та районів країни. Така ситуація була спричинена, зокрема, не лише фінансовою незахищеністю пацієнтів, але і фрагментованістю медичних бюджетів, неефективністю наявної мережі надавачів послуг та неможливістю обирати місце отримання допомоги незалежно від місця проживання.

Реформа фінансування охорони здоров'я була розроблена для прицільного вирішення цих проблем. Закупівля гарантованих в межах ПМГ послуг через єдиного національного закупівельника та надання пацієнтам вільного вибору надавача послуг почала створювати фундамент для забезпечення єдиного гарантованого рівня медичної допомоги для всіх жителів країни незалежно від географії їх розташування. В той же час етап розширення реформи на вторинну ланку був пов'язаний із низкою ризиків для просторової доступності послуг:

- Першим ризиком було і залишається тимчасове падіння у фінансуванні закладів, що раніше користувались значною підтримкою місцевих бюджетів. До початку епідемії COVID-19 у 2020-му прийняті місцевими радами бюджети дійсно знизили свою участь у загальному бюджеті на охорону здоров'я (частка місцевої «доплати» скоротилась з 24% до 18%, а загальний ресурс сектору до початку епідемії мав скоротитись у 2020-му з 3,23% до 3,04% ВВП). Крім загального впливу на фінансування охорони здоров'я, це падіння мало просторовий вимір, оскільки політика місцевих рад щодо подальшого фінансування медичної допомоги скоріш за все відрізнялась в розрізі окремих громад. Однак, дані щодо географії цих рішень будуть наявними лише у 2021 році.
- Другим ризиком була і залишається потенційна нерівномірність в місцевому фінансуванні капітальних видатків закладів. Хоча реформа централізувала більшу частину ПМГ на рівні центрального бюджету, місцева влада залишається відповідальною не лише за комунальні видатки закладів, але і за їхні капітальні видатки. Така диференціація створює потенційну географічну нерівність у доступі

до якісних послуг, оскільки спроможність інвестувати в сучасне обладнання та капітальне оновлення лікарень залишається залежною від фіскальної спроможності громади. Втім, дані про фактичні відмінності у фінансуванні таких капітальних видатків в розрізі територій також поки що не доступні.

Розгортання епідемії суттєво змінило позицію щодо фінансування ОЗ як на центральному, так і на місцевому рівні. Зміни до бюджетних планів, прийняті у реагуванні на епідемію, включали збільшення медичних видатків на 25,4 млрд в державному бюджеті і на 5,1 млрд — в місцевих. Однак лише реальні показники місцевих бюджетів у 2020 році зможуть показати, наскільки рівномірним було це реагування поміж містами та районами країни, а також — якою мірою зміни у просторовій нерівності можуть бути пов'язані з додатковими ковідними видатками, а якою — з початком змін в результаті системної реформи.

Рекомендації

Відновлення довіри

- Органи влади повинні суворо дотримуватися принципів верховенства права і відповідних процедур та не допускати порушення прав людини.
- Створити єдиний координаційний центр дій державних структур.
- Залучити професійну експертизу для вироблення обґрунтованих рішень.
- Проводити своєчасну, чітку та узгоджену комунікацію на різні цільові аудиторії від урядових структур.
- Надати вищий пріоритет сферам освіти та охорони здоров'я при розробці політик і розподілі бюджетного фінансування як таким, що безпосередньо впливають на розвиток людського капіталу, який є одним із чинників економічного зростання країни.
- Врахувати потреби вразливих груп при виробленні урядових рішень.
- Створити сприятливі умови для розвитку громадянського суспільства.

Здоров'я

- Докорінно змінити підхід до протидії епідемії у 2021 році. Надати пріоритет ранньому виявленню та стримуванню спалахів (тестування, відстеження контактів, ізоляція) та енергійній кампанії імунізації від COVID-19.
- Дослідити вплив епідемії на втрати людського капіталу: недоотримані послуги (forgone care), надмірна смертність, додатковий тягар захворюваності, зокрема щодо хронічних хвороб.
- Спрямувати ресурси на поновлення програм збільшення доступності медичних послуг, зокрема тих, що стосуються хронічних хвороб (програми «Доступні ліки», програм протидії серцево-судинним хворобам, онкозахворюванням).
- Збільшити зусилля для зміцнення програми календарної вакцинації. Повернутися до тенденції збільшення охоплення з метою досягти середньосвітових та згодом середньоєвропейських показників. Необхідно враховувати збільшення навантаження на систему через програму вакцинації від COVID-19.
- Активно продовжувати структурну трансформацію фінансування охорони здоров'я на вторинному рівні. Відійти від «перехідного фінансування» та більш активно застосовувати принцип «гроші за послугою».
- Продовжити реорганізацію неефективних напрямів та служб, зокрема системи інфекційних лікарень, яка не продемонструвала ефективності під час протидії COVID-19.

Освіта

- Підготувати комплексну стратегію компенсації втрачених знань українських школярів. Зокрема використати можливості статті 20 Закону «Про повну загальну середню освіту», а також продумати можливість продовження навчального року 2020/2021 для збільшення часу на опанування шкільної програми в умовах офлайн-навчання. Як додаткова альтернатива — залучати партнерів, як-от програма «Навчай для України», для проведення додаткових позаурочних занять та активностей, аби розвантажити вчителів.
- Завчасно оприлюднити варіанти проведення сесії ЗНО у 2021 році. Запобігти повторенню практики скасування ДПА у формі ЗНО для учнів, які не вступатимуть до закладів вищої освіти.
- Провести серію моніторингових досліджень якості освіти на різних рівнях загальної середньої освіти з метою ідентифікації глибини прогалин у недоотриманих або втрачених знаннях та навичках. Для цього необхідно закласти кошти у бюджет УЦОЯО.
- Якомога швидше підготувати нормативно-правові акти, щоби вчителі у 2021 році змогли використати кошти на підвищення кваліфікації за принципом «гроші ходять за вчителем». Передбачити одним з обов'язкових напрямів навчання педагогів організацію якісного дистанційного та змішаного навчання, аби інтегрувати в освітній процес найкращі практики та інновації цифрового навчання. Агрегувати та поширювати найкращі практики українських педагогів під час дистанційного чи змішаного навчання.
- Якомога швидше затвердити рішенням КМУ порядок використання коштів субвенції місцевим бюджетам на заходи, спрямовані на боротьбу з COVID-19 та її наслідками під час навчального процесу в закладах ЗСО. При цьому при розробці провести детальні консультації з кожною з областей та Києвом задля розуміння потреб на місцях. Адже десь потрібні засоби індивідуального захисту, а десь ця потреба закрита місцевим фінансуванням, натомість необхідні інвестиції для закупівлі комп'ютерної техніки для учнів та педагогів.
- Розширити зміст ВШО на класи початкової школи, принаймні на другий цикл початкової школи — 3 та 4 класи. Поряд з цим затвердити стратегію та конкретні дії для компенсації втрачених та не набутих навичок, умінь та знань в учнівства початкових класів, зокрема, як приклад, шляхом створення та фінансування з державного бюджету додаткових позаурочних активностей у школі у літній період.
- Надати більше можливостей та фінансової автономії закладам загальної середньої освіти, аби вони були більш мобільні у своїх діях, зокрема під час закупівель потрібних їм засобів. Поширити найкращі практики, які вже існують, зокрема у Львові, щодо децентралізованого підходу до фінансування шкіл, коли заклади загальної середньої освіти можуть вільніше розпоряджатись своїми бюджетами на поточні видатки, а не залежати від рішення міста, району чи ОТГ щодо закупівлі необхідних поточних речей, зокрема засобів індивідуального захисту.
- Протягом 2021 року за рахунок коштів державного бюджету та залишків коштів освітньої субвенції на рівні місцевих бюджетів забезпечити доступом до інтернету заклади загальної середньої освіти, де немає інтернету, або ж швидкість є недостатньою.

Додаток 1. Фонд боротьби з COVID-19

У березні 2020 року Уряд подав до парламенту проєкт змін до Державного бюджету на 2020 рік, який був допрацьований разом з парламентом до другого читання й ухвалений в квітні.

Серед іншого, оновлений Державний бюджет на 2020 рік містив нову загальнодержавну бюджетну програму «Фонд боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками». Головним розпорядником бюджетних коштів за цією програмою було Міністерство фінансів, а «загальнодержавний» характер дозволяв перерозподіляти видатки за цією програмою між різними розпорядниками нижчого рівня.

Причиною створення такої бюджетної програми стала неспроможність Уряду спрогнозувати додаткові видатки на охорону здоров'я та соціальні видатки, безпосередньо пов'язані з епідемією COVID-19. Це було не дивно через високий рівень невизначеності, який існував як в Україні, так і багатьох інших країнах. Початково на фінансування Фонду боротьби з COVID-19 планували витратити близько 63 млрд грн. Порядок використання коштів за цією програмою ухвалили 22 квітня 2020 року⁷⁷.

Вже 10 червня 2020 року КМУ ухвалив рішення про виділення коштів з Фонду на здійснення доплат військовим та поліцейським, які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації надзвичайної ситуації⁷⁸. Тобто це сталося до того, як почалися доплати медичним працівникам, рішення про які було ухвалено лише 22 липня.

1 липня Уряд ухвалив рішення про виділення коштів для здійснення будівництва, реконструкції, ремонту та утримання автомобільних доріг загального користування державного значення, що стало найбільшою статтею видатків з Фонду боротьби з COVID-19. Пізніше таке рішення пояснювали тим, що такі видатки стимулюють розвиток економіки та стримують підвищення рівня безробіття, що, найвірогідніше, відповідає правді. Однак в цей час МОЗ дуже повільно витрачав кошти на свої програми, фінансування яких здійснювалося з Фонду. Відповідно, після певного збільшення планового фінансування програм МОЗ восени, в останні тижні року його дещо знову скоротили, оскільки МОЗ не був спроможний витратити всі призначення.

Загалом до кінця року планове фінансування Фонду боротьби з COVID-19 за загальним фондом зросло до 72,0 млрд грн, з яких витратили 63,7 млрд грн, а за спеціальним фондом становило 8,9 млрд грн, з яких було витрачено 2,8 млрд грн (однак 3,6 млрд грн було виділено і тому буде витрачено у 2021 році).

⁷⁷ [Постанова КМУ](#) від 22.04.2020 №302 «Про затвердження Порядку використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками».

⁷⁸ [Дашборд](#) на сайті Мінфіну містить дані про видатки з Фонду боротьби з COVID-19, перелік всіх рішень КМУ з приводу розподілу коштів з Фонду та посилання на них.

Таблиця 4: Фінансування Фонду боротьби з COVID-19, планові та фактичні видатки, млн грн.

№ з/п	Головний розпорядник коштів / Назва бюджетної програми (подається скорочено)	План	Факт	%
	ЗАГАЛЬНИЙ ФОНД ДЕРЖАВНОГО БЮДЖЕТУ	72 013,77	63 727,6	88,5
1	Міністерство соціальної політики, загальний фонд	6 759,8	4 044,3	59,8
1.1	КПКВК 2501520 «Виплата допомоги на дітей фізичним особам-підприємцям I та II груп на спрощеній системі оподаткування»	1 369,3	1 271,9	92,9
1.2	КПКВК 2501310 «Фінансова допомога Фонду соціального страхування України для виплати матеріального забезпечення та страхових виплат на безповоротній основі»	107,2	92,7	86,5
1.3	КПКВК 2501320 «Фінансова допомога Фонду соціального страхування України для виплати матеріального забезпечення на поворотній основі»	1 807,7	1 807,7	100,0
1.4	КПКВК 2501140 «Фінансова допомога Фонду соціального страхування України для страхових виплат медичним працівникам державних і комунальних закладів охорони здоров'я та членам їхніх сімей»	233,3	62,7	26,9
1.5	КПКВК 2501170 «Надання Пенсійним фондом одноразової матеріальної допомоги застрахованим особам, які можуть втратити доходи у разі повної заборони сфери їх діяльності внаслідок посилення обмежувальних заходів»	3 242,3	809,2	25,0
2	Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства, загальний фонд	10 681,6	8 774,8	82,1
2.1	КПКВК 1201120 «Фінансова допомога Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття для виплати по частковому безробіттю»	2 803,0	2 780,4	99,2
2.2	КПКВК 1201240 «Фінансова допомога Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття на поворотній основі»	1 277,00	1 277,00	100,0
2.3	КПКВК 1201310 «Фінансова допомога Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття для забезпечення своєчасної виплати допомоги по безробіттю»	4 171,2	3 865,9	92,7
2.4	КПКВК 1201390 «Надання одноразової компенсації суб'єктам господарювання для відшкодування витрат, понесених на сплату єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування, на період здійснення обмежувальних протиепідемічних заходів, запроваджених з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19»	630,4	204,6	32,5
2.5	КПКВК 1201340 «Надання одноразової матеріальної допомоги суб'єктам господарювання на період здійснення обмежувальних протиепідемічних заходів, запроваджених з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19»	1 800,0	647,0	35,9
3	Міністерство охорони здоров'я, загальний фонд	20 468,6	17 776,1	86,8
3.1	КПКВК 2301240 «Придбання апаратів штучної вентиляції легень»	100,0	84,0	84,0
3.2	КПКВК 2301230 «Забезпечення готовності та реагування системи громадського здоров'я на спалахи гострої	3 980,0	3 288,6	82,6

	респіраторної хвороби COVID-19, та забезпечення засобами індивідуального захисту працівників закладів екстреної медичної допомоги та закладів охорони здоров'я першої хвилі для госпіталізації пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19»			
3.3	КПКВК 2301150 «Придбання обладнання для приймальних відділень опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах»	2 302,6	2 302,6	100,0
3.4	КПКВК 2301190 «Здійснення доплат медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену SARS-CoV-2, та тим, що забезпечують життєдіяльність населення»	5 539,3	5 307,7	95,8
3.5	КПКВК 2311520 «Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення доплат медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я»	416,0	169,1	40,6
3.6	КПКВК 2311530 «Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на забезпечення подачею кисню ліжкового фонду закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19»	1 466,6	1 419,3	96,8
3.7	КПКВК 2311540 «Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на забезпечення здійснення деяких заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій гострої респіраторної хвороби COVID-19»	259,2	231,2	89,2
3.8	КПКВК 2311550 «Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на облаштування тимчасових закладів охорони здоров'я (спеціалізованих шпиталів) для надання медичної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками»	90,2	50,4	55,8
3.9	КПКВК 2308060 «Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення»	5 264,9	3 901,9	74,1
3.10	КПКВК 2311560 «Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам для забезпечення опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах медичним обладнанням, а саме системами рентгенівськими діагностичними стаціонарними загального призначення (цифровими) та апаратами ультразвукової діагностики за рахунок коштів, виділених з фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19»	1 049,7	1 021,2	97,3
4	Міністерство розвитку громад та територій, загальний фонд	1 680,0	1 381,6	82,2
4.1	КПКВК 2761330 «Субвенції на реалізацію проєктів з реконструкції, капітального ремонту приймальних відділень в опорних закладах охорони здоров'я у госпітальних округах»	1 680,0	1 381,6	82,2
5	Державне управління справами, загальний фонд	51,2	51,1	99,8
5.1	КПКВК 0301510 «Забезпечення готовності та реагування закладів охорони здоров'я Державного управління справами на спалахи гострої респіраторної хвороби COVID-19, та для надання медичної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19»	51,2	51,1	99,8

6	Міністерство юстиції, загальний фонд	126,7	123,8	97,8
6.1	КПКВК 3601270 «Забезпечення готовності та реагування державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» та її відокремлених структурних підрозділів на спалахи гострої респіраторної хвороби COVID-19, та забезпечення засобами індивідуального захисту медичних працівників, які надають медичну допомогу засудженим та особам, взятим під варту, з гострою респіраторною хворобою COVID-19»	22,6	22,3	98,6
6.2	КПКВК 3601280 «Забезпечення засобами індивідуального захисту педагогічних та науково-педагогічних працівників навчальних закладів Державної кримінально-виконавчої служби України та здобувачів освіти, дезінфекційними засобами та антисептиками, медичними виробами та обладнанням для технічного забезпечення дистанційного навчання здобувачів освіти»	1,1	0,9	77,7
6.3	КПКВК 3601170 «Платежі на виконання рішень закордонних юрисдикційних органів, прийнятих за наслідками розгляду справ проти України»	103,0	100,7	97,8
7	Міністерство внутрішніх справ, загальний фонд	4 708,5	4 702,5	99,9
7.1	КПКВК 1001240 «Здійснення доплати медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України, які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації захворювання гострою респіраторною хворобою COVID-19, за рахунок коштів, виділених з фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками»	193,3	193,2	99,9
7.2	КПКВК 1007060 «Здійснення доплати поліцейським, які забезпечують життєдіяльність населення на період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19»	4 228,9	4 228,7	100,0
7.3	КПКВК 1002170 «Здійснення доплати військовослужбовцям Державної прикордонної служби України, які забезпечують життєдіяльність населення на період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, медичним та іншим працівникам, які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації захворювання»	103,8	103,6	99,8
7.4	КПКВК 1003120 «Здійснення доплати військовослужбовцям Національної гвардії, які забезпечують життєдіяльність населення на період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширення на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19»	125,1	125,1	100,0
7.5	КПКВК 1006130 «Здійснення доплати особам рядового і начальницького складу органів і підрозділів цивільного захисту, які забезпечують життєдіяльність населення на період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширення на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, медичним та іншим працівникам, які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації захворювання гострою респіраторною хворобою COVID-19»	29,1	29,1	100,0
7.6	КПКВК 1006140 «Облаштування мобільного госпіталю Державної служби з надзвичайних ситуацій для надання	28,3	22,8	80,6

	медичної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, за рахунок коштів, виділених з фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками»			
8	Державне агентство автомобільних доріг України, загальний фонд	26 183,0	25 726,8	98,3
8.1	КПКВК 3111020 «Розвиток мережі та утримання автомобільних доріг загального користування державного значення»	26 183,0	25 726,8	98,3
9	Міністерство культури та інформаційної політики, загальний фонд	777,8	680,5	87,5
9.1	КПКВК 3801320 «Державна підтримка сфери культури, туризму та креативних індустрій у зв'язку з дією обмежувальних заходів, пов'язаних із поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, та її наслідками»	777,8	680,5	87,5
10	Міністерство освіти і науки, загальний фонд	52,5	41,9	79,9
10.1	КПКВК 2201050 «Повернення коштів, сплачених за надання послуги із проведення пробного зовнішнього незалежного оцінювання у 2020 році»	52,5	41,9	79,9
11	Міністерство молоді та спорту, загальний фонд	475,8	409,6	86,1
11.1	КПКВК 3401110 «Розвиток спорту серед осіб з інвалідністю та їх фізкультурно-спортивна реабілітація»	88,3	82,9	93,9
11.2	КПКВК 3401220 «Розвиток фізичної культури, спорту вищих досягнень та резервного спорту»	387,48	326,65	84,3
12	Фонд держмайна	48,4	14,6	30,1
12.1	КПКВК 6611020 «Заходи, пов'язані з проведенням приватизації державного майна»	48,4	14,6	30,1
	СПЕЦІАЛЬНИЙ ФОНД ДЕРЖАВНОГО БЮДЖЕТУ	8 900,00	2 797,7	43,6
1	Міністерство соціальної політики, спеціальний фонд	5 037,2	2 797,7	55,5
1.1	КПКВК 2501170 «Надання Пенсійним фондом України одноразової матеріальної допомоги застрахованим особам, які можуть втратити доходи у разі повної заборони сфери їх діяльності внаслідок посилення обмежувальних заходів»	5 037,2	2 797,7	55,5
2.1	Міністерство охорони здоров'я, спеціальний фонд	1 376,7	0,0	0,0
2.1	КПКВК 2301230 «Забезпечення готовності та реагування системи громадського здоров'я на спалахи гострої респіраторної хвороби COVID-19, та забезпечення засобами індивідуального захисту працівників закладів екстреної медичної допомоги та закладів охорони здоров'я першої хвилі для госпіталізації пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19»	1 376,7	0,0	0,0

Джерело даних: [Дашборд](#) на сайті Мінфіну.

Додаток 2. Бюджетні програми МОЗ

Таблиця 5. Фінансування охорони здоров'я у 2020 та 2021 роках (окремі бюджетні програми).

Код	Найменування бюджетної програми	2020 рік				2021 рік	
		Початкова версія ухваленого бюджету, 14.11.2019	План зі змінами, без Фонду COVID-19	Зі змінами, включно з видатками за рахунок коштів Фонду COVID-19	Фактичні видатки	Поданий на 1 читання	Ухвалений закон
2300000	Міністерство охорони здоров'я України	98,18	116,37	136,87	126,37	155,24	159,19
2301040	Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями	3,72	3,75	4,63	4,22	2,71	2,64
2301110	Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я	1,09	1,11	1,30	1,27	1,52	1,49
2301150	Придбання обладнання для приймальних відділень опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах			2,30	2,30		
2301170	Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладах Міністерства охорони здоров'я України	1,71	1,82	2,09	2,04	1,72	1,68
2301190	Здійснення доплат медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену			5,54	5,31		

	коронавірусом SARS-CoV-2, та тим, що забезпечують життєдіяльність населення						
2301210	Модернізація та оновлення матеріально-технічної бази багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування	1,00	1,00	1,00			
2301220	Розвиток системи екстреної медичної допомоги*		0,92	0,92	0,73	2,00	2,00
2301230	Забезпечення готовності та реагування системи громадського здоров'я на спалахи гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, та забезпечення засобами індивідуального захисту працівників закладів екстреної медичної допомоги та закладів охорони здоров'я першої хвилі для госпіталізації пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2			5,36	3,29		
2301240	Придбання апаратів штучної вентиляції легень			0,10	0,08		
2301270	Проведення вакцинації населення від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2					2,60	2,60
2301360	Лікування громадян України за кордоном	1,09	1,09	1,12	1,12	1,09	0,70
2301400	Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та	8,07	8,07	8,07	7,03	9,53	10,30

	комплексних заходів програмного характеру						
2301700	Забезпечення засобами індивідуального захисту під час здійснення протиепідемічних заходів з протидії поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, на території України			0,04	0,03		
2308060	Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення	72,00	88,88	92,22	89,53	123,44	123,49
2310000	Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування)	17,71	16,86	22,47	21,84	3,50	3,50
2311410	Медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам	14,58	14,58	14,58	14,55	0,00	0,00
2311450	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання ангиографічного обладнання	0,08	0,08				
2311470	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на розвиток системи екстреної медичної допомоги ⁷⁹	0,92					
2311500	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я	1,45	1,52	3,61	3,55	2,94	2,94
2311520	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам			0,42	0,17		

⁷⁹ Субвенцію на розвиток системи екстреної медичної допомоги замінили на бюджетну програму, розпорядником якої є МОЗ.

	на здійснення доплат медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я						
2311530	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на забезпечення подачею кисню ліжкового фонду закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2			1,47	1,42		
2311540	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на забезпечення здійснення деяких заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2			0,26	0,23		
2311550	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на облаштування тимчасових закладів охорони здоров'я (спеціалізованих шпиталів) для надання медичної допомоги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2			0,09	0,05		
2311560	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам для забезпечення опорних закладів охорони здоров'я у			1,05	1,02		

	госпітальних округах медичним обладнанням, а саме системами рентгенівськими діагностичними стаціонарними загального призначення (цифровими) та апаратами ультразвукової діагностики						
2311600	Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»	0,66	0,66	0,99	0,84	0,56	0,56

Джерела даних: Закон про Державний бюджет на 2020 рік від 14.11.2019 та зі змінами, Проект закону про Державний бюджет на 2021 рік, поданий на перше читання, ухвалений закон про Державний бюджет на 2021 рік.