

# СТІЙКІСТЬ УКРАЇНИ ПЕРЕД КРИЗАМИ: ПОСИЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ ТА ПІДВИЩЕННЯ АДАПТИВНОСТІ РИНКУ ПРАЦІ



## ПІДГОТУВАЛИ:

Олександра Коломієць, старша економістка ЦЕС

Максим Самойлюк, молодший економіст ЦЕС

---

## ДАТА:

8 грудня 2021 р.

# ЗМІСТ

1. Поширення інфекційних захворювань: найбільші загрози сталому соціально-економічному розвитку .....	4
1.1. Вразливість системи охорони здоров'я .....	5
1.2. Загрози громадському здоров'ю та формуванню тривалості життя .....	7
1.3. Загрози стабільності доходів від зайнятості .....	10
2. Оцінка спроможності держави реагувати на виклики, спричинені наступними пандеміями .....	13
2.1. Фактори, що впливають на стійкість системи охорони здоров'я .....	13
2.2. Характеристики адаптивності ринку праці .....	19
3. Рекомендації з підвищення протиепідемічної стійкості .....	21
3.1. Управління ризиками поширення інфекційних захворювань .....	21
3.2. Вплив на вакцинальну нерішучість .....	22
3.3. Проактивна політика зайнятості .....	22

---

Центр економічної стратегії – незалежний центр досліджень державної політики. Завдання ЦЕС – підтримка реформ в Україні з метою досягнення стійкого економічного зростання країни. Центр робить внесок у розробку стратегії економічного зростання України, здійснює незалежний аналіз найбільш важливих аспектів державної політики, а також працює над посиленням громадської підтримки реформ. Заснований у травні 2015 року.

Наші принципи:

- Економічна свобода (лібералізація, дерегуляція, приватизація)
- Вільна та чесна конкуренція
- Менша роль держави за підвищення її ефективності
- Інформаційна прозорість та свобода слова
- Верховенство права та захист приватної власності
- Здорові та стабільні державні фінанси
- Економіка, що створена на засадах знань.

Для більш детальної інформації про ЦЕС просимо звертатися до В'ячеслава Ноздріна, директора з комунікацій (тел.: (044) 492-7970, [office@ces.org.ua](mailto:office@ces.org.ua)).

Також запрошуємо відвідати наш сайт [www.ces.org.ua](http://www.ces.org.ua) та слідкувати за нами у соціальних медіа [facebook.com/cesukraine](https://facebook.com/cesukraine) чи [twitter.com/ces\\_ukraine](https://twitter.com/ces_ukraine).

*Це дослідження були представлені ЦЕС в рамках Програми сприяння громадській активності «Долучайся!», що фінансується Агентством США з міжнародного розвитку (USAID) та здійснюється Раєт в Україні.*

*Зміст дослідження є винятковою відповідальністю Раєт та його партнерів і не обов'язково відображає погляди Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) або уряду США.*

---

# 1. ПОШИРЕННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: НАЙБІЛЬШІ ЗАГРОЗИ СТАЛОМУ СОЦІАЛЬНО- ЕКОНОМІЧНОМУ РОЗВИТКУ

Пандемія COVID-19 стала в останні два роки найбільшим випробуванням на життєстійкість для усіх держав. Найважливішим завданням для національних урядів було віднайденого балансу між заходами, спрямованими на протидію поширенню коронавірусної хвороби, і мінімізацією негативних соціально-економічних наслідків локдаунів та інших обмежень.

Головною метою встановлених обмежень було скорочення соціальних контактів між індивідами, однак раптовість і суворість встановлених рамок призвели до змін у способі життя спільнот, в організації виробництва та господарській діяльності, мали наслідком перебудову освітніх процесів. Утім, жодній країні не вдалося уникнути навантаження на систему охорони здоров'я за допомогою інструментів державної політики.

Ресурсна обмеженість медичних систем, відсутність апробованих методик лікування тяжкого перебігу нової коронавірусної хвороби та ефективних лікарських засобів призводили до масштабних втрат людських життів, спричинених кожною новою хвилею захворюваності.

Всезагальна вакцинація від COVID-19 як результат виконання Глобального плану вакцинації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) надає шанс на подолання поточної пандемії, проте не захистить людство від масового поширення інших небезпечних інфекцій.

Наприкінці жовтня 2021 р. голова ВООЗ Тедрос Гебреїсус на зустрічі міністрів фінансів і охорони здоров'я G20 у Римі заявив, що **людство має засвоїти уроки поточної пандемії та підвищити готовність протистояти новим загрозам глобального поширення вірусів**. У зв'язку з цим він закликав учасників підтримати ухвалення міжнародної угоди з підготовки до пандемій та реагування на них, що накладає юридичні зобов'язання на уряди країн<sup>1</sup>.

На думку Еріка Лендера, радника президента США Джо Байдена з питань науки, наступні пандемії можуть мати для людства набагато згубніший вплив, ніж нинішня пандемія COVID-19. Пояснює він це тим, що SARS-CoV-2 належить до сімейства вірусів, які добре відомі людству. Шанс на відносно швидку масову вакцинацію ми отримали завдяки двадцятирічним дослідженням у галузі виробництва і випробування мРНК-вакцин, що передували пандемії. Водночас більшість із 26 сімейств вірусів, небезпечних для людини, є менш дослідженими і складно контрольованими<sup>2</sup>.

Відтак підвищення спроможності протистояти епідеміям має бути однією з головних цілей формування державної стійкості. При цьому загальну політику протидії варто формувати через виявлення і мінімізацію потенційних загроз найуразливішим до дії епідемій та протиепідемічних заходів суспільним сферам та інститутам.

---

<sup>1</sup> WHO Director-General's opening remarks at the meeting of G20 Health and Finance Ministers – 29 October 2021.

<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-g20-health-and-finance-ministers---29-october-2021>

<sup>2</sup> Opinion: As bad as covid-19 has been, a future pandemic could be even worse – unless we act now.

<https://www.washingtonpost.com/opinions/2021/08/04/bad-covid-19-has-been-future-pandemic-could-be-worse-unless-we-act-now/>

Найнебезпечнішими для сталого соціально-економічного розвитку держави під час поширення інфекційних захворювань є:

- вразливість системи охорони здоров'я;
- загрози громадському здоров'ю та формуванню тривалості життя;
- загрози стабільності доходів від зайнятості.

## 1.1. ВРАЗЛИВІСТЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

На початку пандемії подолання специфічних загроз суспільному здоров'ю, спричинених поширенням коронавірусу, ускладнювалося через незавершеність реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Фінансове утримання медичних закладів незалежно від кількості та якості медичних послуг, які вони надають, не дозволяло раціонально розпоряджатися обмеженими державними ресурсами в умовах безпрецедентного навантаження на другий рівень медичної системи.

Зміна організаційно-фінансового механізму системи охорони здоров'я дозволила Національній службі здоров'я України (НСЗУ) профінансувати лікарням пакети послуг з діагностики і лікування COVID-19, на що у 2020 р. було витрачено 19 млрд грн.<sup>3</sup> Передбачена умовами договору вимога до лікарень щодо документальних підтверджень своєї спроможності надавати відповідні послуги сприяла підвищенню їхньої якості. Водночас **домогосподарства продовжували нести витрати на лікування**, яке було попередньо профінансоване державою. В одних випадках пацієнти не володіли повною інформацією щодо обсягів і змісту безкоштовних для них медичних послуг, в інших – були знайомі із своїми правами на отримання медичної допомоги, однак стикалися з неможливістю реалізувати їх на практиці.

Від початку пандемії усі національні системи охорони здоров'я потерпали від браку багатьох видів ресурсів: лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу, засобів протиінфекційного захисту, лікарняних ліжок тощо. І вітчизняна система не стала винятком.

**На початку червня 2020 р. попередні оцінки Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) свідчили про те, що дефіцит лікарів-епідеміологів в обласних лабораторних центрах складав 48%, лаборантів-гігієністів – 51%, лікарів-вірусологів – 41%**<sup>4</sup>. За кілька тижнів до цього відомство оголосило про брак сімейних лікарів, лікарів-лаборантів і рентгенологів, фахівців із променевої діагностики<sup>5</sup>.

Через дефіцит лікарів-анестезіологів у жовтні 2020 р. було спрощено вимоги до укомплектування стаціонарних бригад для лікування COVID-19. У деяких випадках стало можливим залучення додаткових бригад без анестезіолога (може бути заміщений лікарем-інфекціоністом, або лікарем-

<sup>3</sup> Клініки звикли брати гроші у пацієнтів, і ця звичка вже майже генетична – в.о. глави НСЗУ. <https://ua.interfax.com.ua/news/interview/728951.html>

<sup>4</sup> Дефіцит епідеміологів в Україні становить майже 50% – МОЗ. <https://www.slovoidilo.ua/2020/06/10/novyna/suspilstvo/ukrayini-ne-vystachaye-majzhe-polovnyy-epidemiolohiv-moz>.

<sup>5</sup> У МОЗ розповіли, яких лікарів бракує в Україні. <https://www.slovoidilo.ua/2020/05/22/novyna/suspilstvo/moz-rozpozvily-yakux-likariv-ne-vystachaye-ukrayini>

терапевтом, або лікарем-пульмонологом). Водночас до лікування хворих були допущені лікарі внутрішньої медицини, хірурги, педіатри, лікарі-інтерни.<sup>6,7,8</sup>

Дефіцит медичних працівників став головною причиною невключення МОЗ цієї категорії до першого переліку професій, представники яких підлягають обов'язковій вакцинації. Нагадаємо, що у більшості країн світу лікарі, медичні сестри і соціальні працівники очолювали аналогічні переліки.

Проблеми кадрового забезпечення галузі (дефіцит сільських лікарів, незадовільне співвідношення між кількістю лікарів і середнього та молодшого медичного персоналу) **поставали і до пандемії**. У березні 2020 р. середній рівень оплати праці медичних працівників складав 71% від середньої зарплати в Україні. Вакансії з низьким рівнем заробітної плати у невеликих населених пунктах тривалий час залишалися незаповненими. На початку поширення COVID-19 зросла кількість звільнень у лікарнях великих міст, зокрема Києва і Дніпра<sup>9</sup>. Частина лікарів виїжджала працювати за кордон, частина (передусім особи пенсійного віку) звільнялася через страх інфікуватися коронавірусом.

Відтак, стійкості медичної системи загрожує **низький рівень соціальної захищеності медичних працівників**. Йдеться про відсутність адекватної системи страхування від професійних ризиків, з меншою кількістю бюрократичних перепон у фіксації факту виникнення захворювання через виконання обов'язків на робочому місці. Крім того, така система має передбачати гарантії для медичних працівників щодо проходження профілактичних обстежень і повного відновлення їхнього здоров'я (лікування, реабілітаційні заходи) у разі виникнення професійного захворювання.

Високий рівень захворюваності на COVID-19 серед лікарів і медсестр призводив до втрати ними працездатності і тривалого погіршення загального стану їхнього здоров'я. На додачу підвищувалося робоче навантаження на їхніх колег, які залишалися на передовій лінії боротьби із хворобою. Негативні наслідки професійного вигорання медичних працівників виходять далеко за межі проблематики «професійних ризиків». Це знижує якість надання медичної допомоги і ставить під загрозу життя пацієнтів, підвищує загальний рівень соціальної напруженості як усередині самої медичної системи, так і у стосунках між лікарями і пацієнтами, родичами пацієнтів.

## **Ресурсне забезпечення лікування важкохворих на COVID-19**

Витрати на лікування важкохворих на COVID-19 складаються з традиційних видатків на лікування у стаціонарі та додаткових видатків на кисневу терапію. У періоди значного навантаження на медичну систему забезпечення лікарень киснем стало одним із пріоритетних завдань МОЗ, органів місцевої влади та керівництва лікарень.

Від початку пандемії триває прокладення нових і реконструкція старих систем киснепостачання. В Україні на початку пандемії зношеність інфраструктури подачі кисню до лікарень складала, за

---

<sup>6</sup> Дефіцит медиків в Україні: хто лікуватиме хворих на COVID-19? <https://www.dw.com/uk/defitsyt-medykiv-v-ukraini-khto-likuvatyme-khvorykh-na-covid-19/a-55679753>

<sup>7</sup> Про затвердження Порядку залучення лікарів-інтернів до виконання заходів, пов'язаних із протидією поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0271-21#n14>

<sup>8</sup> Пресбрифінг Національної служби здоров'я України від 15 жовтня 2020 р. <https://www.facebook.com/nszu.ukr/photos/covid-19-doplatti-medzakladam-za-zbilyshennya-navantazhennya-rezulytaty-brifingy-nzsu/968418056969945/>

<sup>9</sup> Більше 7 тисяч медиків звільнились із лікарень Києва за 9 місяців – Кличко. <https://www.pravda.com.ua/news/2020/10/15/7270015/>;

Лікарі та медсестри масово тікають за кордон: чи буде в Україні "медичний локдаун". <https://tsn.ua/exclusive/likari-ta-medsestri-tikayut-zakordon-chi-bude-v-ukrayini-medichniy-lokdaun-1757440.html>

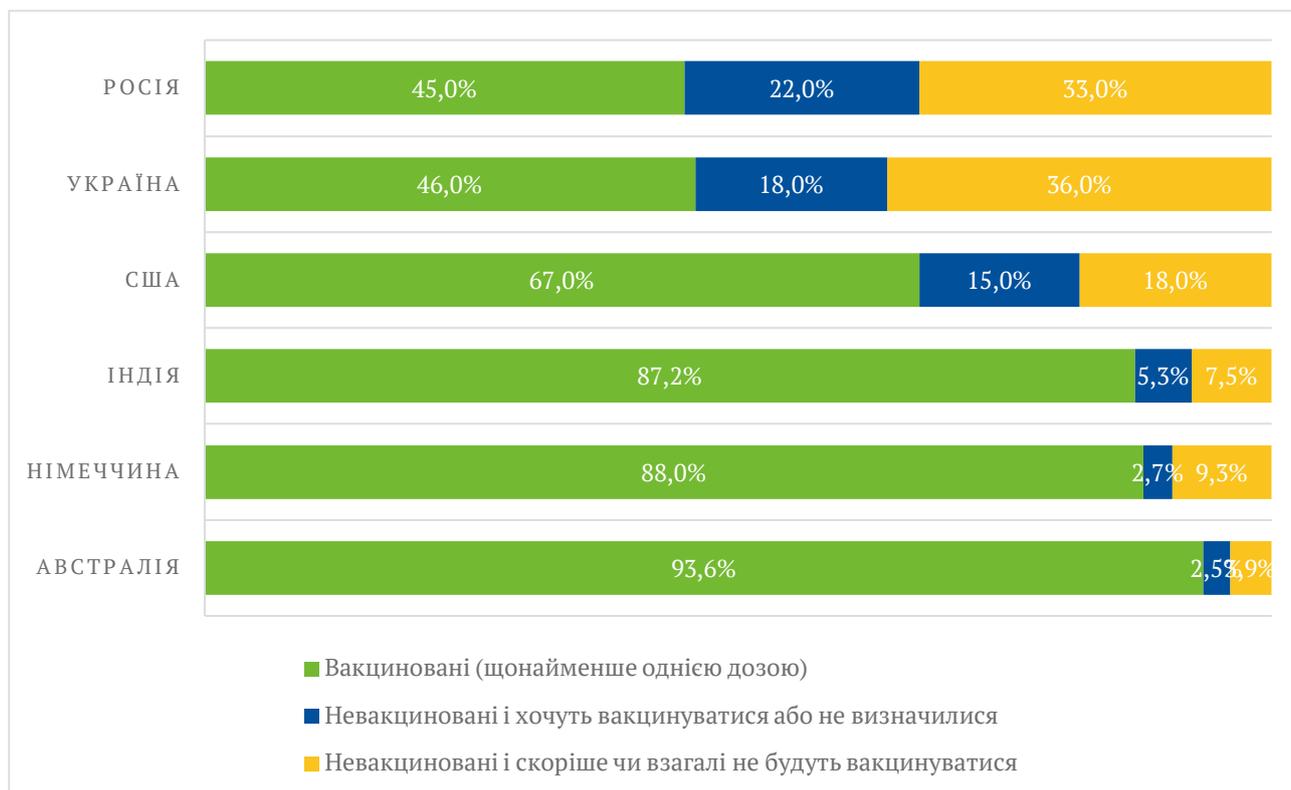
оцінками фахівців, 50%, а найпоширенішим способом кисневого забезпечення лікарень була доставка в балонах<sup>10</sup>.

У той період світовий попит на апарати ШВЛ у 10 разів перевищував кількість такого медичного устаткування, яке було на той час наявності<sup>11</sup>. Забезпечення лікарень апаратами ШВЛ стало першочерговим завданням у підготовці вітчизняної медичної системи до зростання захворюваності. На початок березня 2021 р. в Україні вже було 6165 таких апаратів<sup>12</sup>.

## 1.2. ЗАГРОЗИ ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ю ТА ФОРМУВАННЮ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ

Однією з головних проблем у формуванні протиепідемічної стійкості залишається **високий рівень вакцинальної нерішучості**<sup>13</sup> населення України. Дані соціологічних досліджень свідчать про те, що частка громадян, які не є вакцинованими від COVID-19 і не планують вакцинуватися, серед усього населення України є дуже високою у порівнянні з іншими країнами (рисунок 1).

Рисунок 1. Розподіл громадян України та інших країн відповідно до їх вакцинального статусу і бажання пройти вакцинацію від COVID-19



Джерела: дані опитувань і досліджень Соціологічної групи «Рейтинг», Левада-центру (РФ), The US vaccine dashboard, Erfurt University, Melbourne Institute, Local Circles, проведених у жовтні-листопаді 2021 р.

<sup>10</sup> COVID-19: як в Україні вирішують проблему нестачі медичного кисню. <https://www.dw.com/uk/covid-19-yak-v-ukraini-vyrishuiut-problemu-nestachi-medychnoho-kysniu/a-55257334>

<sup>11</sup> World Ventilator Demand Now 10 Times What's available, Says Maker. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-25/world-ventilator-demand-now-10-fold-what-s-available-says-maker?sref=kNX4EXaz>

<sup>12</sup> Чому в Україні помирає так багато пацієнтів із COVID, підключених до ШВЛ. <https://www.dw.com/uk/chomu-v-ukraini-pomyraie-tak-bahato-patsientiv-iz-covid-pidkliuchenykh-do-shvl/a-56773232>

<sup>13</sup> Тут і далі під «вакцинальною нерішучістю» ми розуміємо відсутність твердої готовності пройти вакцинацію без вагомих на те причин у вигляді позитивних або негативних стимулів.

Понад 70% дорослих українців у листопаді 2021 р. вважали порушенням прав запровадження обмежень щодо невакцинованих осіб, 14% – підтримували політиків, які не вакцинувалися. Водночас 26% респондентів не вважали обмеження для невакцинованих порушенням їхніх прав, майже половина респондентів (49%) не підтримували політиків, які не вакцинувалися. Найбільше прихильників обмежувальних заходів та противників політиків-антивакцинаторів було серед жителів м. Києва та вакцинованих громадян.<sup>14</sup>

Значна частка в Україні осіб, які не бажають вакцинуватися від COVID-19, частково пояснюється загальною недовірою наших співгромадян до вакцин. Так, за даними ВООЗ, в Україні в 2019 р. був найнижчий у європейському регіоні (за винятком Боснії та Герцеговини) рівень імунізації дітей від кашлюка-дифтерії-правця третьою дозою – 80%.<sup>15</sup> Через зниження рівня планової імунізації у 2017 р. в країні почався спалах кору, а в 2018 р. на нього перехворіло 53 218 осіб (з 82 596 випадків, зафіксованих у Європейському регіоні).<sup>16</sup>

Вочевидь, дається взнаки **відсутність** у країні **комплексної стратегії боротьби з медичною дезінформацією**. Притаманна нашим громадянам **схильність до самолікування** має логічне продовження у масовому набутті ними «експертних компетенцій» у питаннях вакцинації, в результаті чого Україна має один з найнижчих рівнів вакцинації від COVID-19 у Європі.<sup>17</sup>

### **Надлишкова смертність**

За підсумками останніх двох років надлишкова смертність була зафіксована практично в усіх країнах (за винятком Австралії, Нової Зеландії, Малайзії, Філіппін, Тайваню і Південної Кореї), хоча масштаб зростання цього явища у 2020–2021 рр. все ще залишається предметом вивчення. У більшості країн кількість випадків надлишкових смертей перевищувала число офіційних летальних випадків від COVID-19, а загальний рівень надлишкової смертності відкинув їхні досягнення щодо зростання середньої очікуваної тривалості життя на кілька років назад.

Оцінки обсягів надлишкової смертності в Україні у 2020–2021 рр. різняться залежно від методології, за якою вона вимірюється.

Суха статистика свідчить, що різниця між кількістю померлих за перші 9 місяців 2021 р. і 2020 р. складає 61 168 осіб. Одним з місяців, які зробили найбільший місячний внесок у зазначене зростання кількості смертей, був квітень 2021 р. У квітні цього року померло на 22 398 осіб більше, ніж у квітні минулого.

Зо оцінкою Українського центру охорони здоров'я (УЦОЗ), друга хвиля захворюваності на COVID-19 (у вересні-грудні 2020 р.) спричинила 31 033 надлишкові смерті на додачу до понад 16 тис. офіційних смертей внаслідок COVID-19.<sup>18</sup>

---

<sup>14</sup> Ситуація з коронавірусом: оцінки населення.

[https://ratinggroup.ua/research/ukraine/situaciya\\_s\\_koronavirusom\\_ocenki\\_naseleniya.html](https://ratinggroup.ua/research/ukraine/situaciya_s_koronavirusom_ocenki_naseleniya.html)

<sup>15</sup> Итоги выполнения программы плановой иммунизации в Европейском регионе ВОЗ за 2019 г.

[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/467675/Routine-immunization-summary-WHO-European-Region-2019-rus.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/467675/Routine-immunization-summary-WHO-European-Region-2019-rus.pdf)

<sup>16</sup> Як Україна стала столицею кору в Європі. <https://www.bbc.com/ukrainian/features-48752865>

<sup>17</sup> Статистика вакцинарования от коронавируса (COVID-19) по странам Европы.

<https://index.minfin.com.ua/reference/coronavirus/vaccination/europe/>

<sup>18</sup> Що там з квідом? <https://us1.campaign-archive.com/?u=37653d775d165f1d508fd7f4e&id=e73855e89c>

Епідеміологічна модель видання The Economist показує 112 400 надлишковий смертей в Україні з початку квітня 2020 р. до кінця вересня 2021 р., тобто без врахування останньої хвилі.<sup>19</sup> На даний момент видання оцінює наші втрати від надлишкової смертності у 150–190 тис. осіб і відносить Україну до групи країн, де надлишкова смертність на 100 тис. населення переважає 350 осіб (Україна перебуває в межах 350–440)<sup>20</sup>.

За оцінками фахівців Національної академії наук України, на кожен підтверджений МОЗ випадок смерті від COVID-19 припадає 2,1-2,2 надлишкові смерті.<sup>21</sup>

Головними причинами надлишкової смертності є смерті від COVID-19 (як виявлені, так і не виявлені), а також смерті, спричинені обмеженням надання медичних послуг та дефіцитом ресурсів медичної системи. У кожній третій країні Європейського регіону ВООЗ через перерозподіл ресурсів на користь боротьби з коронавірусом надання послуг з діагностики і лікування неінфекційних захворювань було частково або повністю призупинено<sup>22</sup>. Відсутність (відтермінованість) профілактичних оглядів та планових обстежень осіб з груп ризику збільшує загрозу зростання смертності від інших класів причин. На початку лютого 2020 р. голова Європейського бюро ВООЗ Ганс Клюге заявив, що невчасна діагностика онкологічних захворювань і затримка у їхньому лікуванні призведе до зростання смертності від раку у цьому регіоні.<sup>23</sup>

В Україні обмеження щодо надання медичних послуг і переспрямування ресурсів системи охорони здоров'я на боротьбу з COVID-19 призвели до:

- скорочення планових госпіталізацій;
- переведення в онлайн формат спілкування між лікарями і пацієнтами під час локдаунів;
- відтермінування надання медичної допомоги пацієнтам, які не перебувають у невідкладних станах (включаючи онкохворих);
- перепрофілювання окремих відділень і медичних закладів під лікування коронавірусу.

### **Формування середньої очікуваної тривалості життя**

За даними вчених з Oxford's Leverhulme Centre for Demographic Science, з-посеред 29 країн (європейських, а також США і Чилі), демографічні показники яких вони вивчали, у 27 відзначалося падіння середньої очікуваної тривалості життя.<sup>24</sup> У 22 країнах цей показник знизився на понад пів року; на понад рік показник впав для жінок у 8 країнах і чоловіків – у 11. Загалом для чоловіків скорочення було більшим, ніж для жінок. Зокрема найбільшим воно було для чоловіків у США – на 2,2 роки та чоловіків у Литві – на 1,7 року.

---

19 Tracking covid-19 excess deaths across countries. [https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker?fbclid=IwAR09hfXGsF5jq7kSEiB2IMxE4svw2vLivEhy8qEQACctj\\_fewktnJGYsyg](https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker?fbclid=IwAR09hfXGsF5jq7kSEiB2IMxE4svw2vLivEhy8qEQACctj_fewktnJGYsyg)

20 The pandemic's true death toll. <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-estimates>

21 Прогноз розвитку епідемії COVID-19 в Україні на 24 листопада – 7 грудня 2021 року («Прогноз РГ-56»). <https://www.nas.gov.ua/UA/Messages/Pages/View.aspx?MessageID=8446#055>

22 Ханс Клюге: из-за пандемии COVID-19 в Европейском регионе увеличится смертность от рака. <https://news.un.org/ru/story/2021/02/1395852>

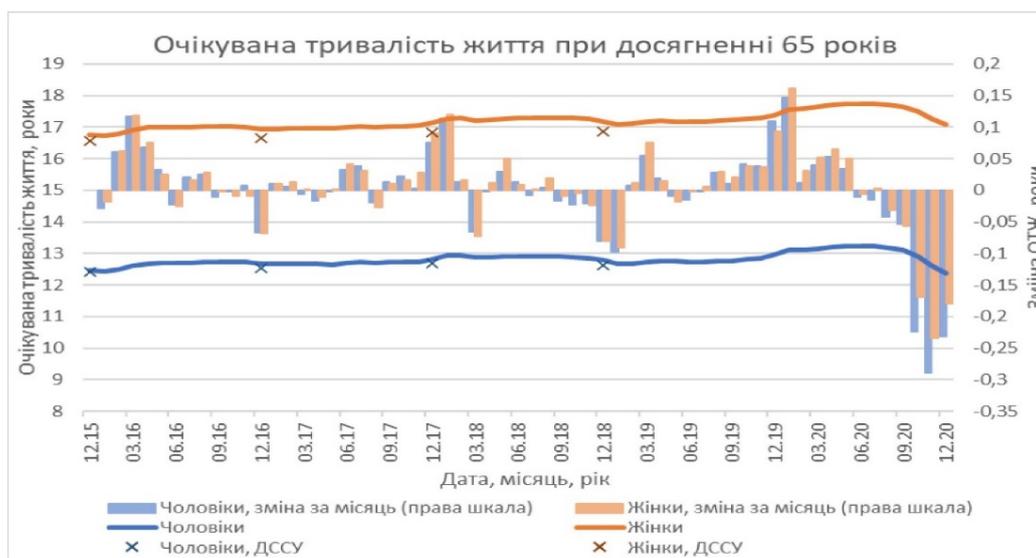
23 Там само.

24 Covid has wiped out years of progress on life expectancy, finds study. <https://www.theguardian.com/society/2021/sep/27/covid-has-wiped-out-years-of-progress-on-life-expectancy-finds-study>

Зменшення даного показника для обох статей було зафіксовано у 2020 р. і в Україні. Так, за даними Держстату, для жінок середня очікувана тривалість життя склала 76,22 років (у порівнянні з 76,98 років у 2019 р.). Для чоловіків було відзначено падіння з 66,92 до 66,32 років у той самий період.

За розрахунками Робочої групи з математичного моделювання проблем, пов'язаних з епідемією коронавірусу SARS-CoV-2 в Україні, при незмінних умовах життя у 2020 р. показник очікуваної тривалості життя жінок міг би бути більшим на 0,88 року, чоловіків – на 0,8 року. При цьому очікувана тривалість життя при досягненні 65 років зменшувалася наприкінці року на 3 місяці кожного місяця і скоротилася за 2020 р. на 0,87 року для чоловіків і на 0,67 – для жінок (рисунк 2).<sup>25</sup>

Рисунк 2. Очікувана тривалість життя при досягненні 65 років



Джерело: за розрахунками фахівців Робочої групи з математичного моделювання проблем, пов'язаних з епідемією коронавірусу SARS-CoV-2 в Україні (базова установа – Інститут проблем математичних машин і систем НАН України)

### 1.3. ЗАГРОЗИ СТАБІЛЬНОСТІ ДОХОДІВ ВІД ЗАЙНЯТОСТІ

Оновлена після виявлення «омікрону» позиція ВООЗ щодо протидії новому штаму полягає у тому, що при встановленні обмежувальних заходів уряди повинні забезпечувати баланс між рятунням життів та захистом джерел доходів громадян.<sup>26</sup> Передусім йдеться про збереження зайнятості як головного джерела самозабезпечення домогосподарств.

Поточна пандемія виявила, що в ситуації запобігання поширенню інфекційних захворювань адміністративними засобами стабільності зайнятості загрожують:

- пряма **заборона здійснювати економічну діяльність** у сферах, де відбувається близький особистий контакт персоналу з покупцями або отримувачами послуг;

<sup>25</sup> Прогноз розвитку епідемії COVID-19 в Україні на 24 березня – 6 квітня 2021 року («Прогноз РГ-40»). <https://www.nas.gov.ua/UA/Messages/Pages/View.aspx?MessageID=7641>

<sup>26</sup> Інтерв'ю. ВОЗ відповідає: потрібно ли носити маску после вакцинации против COVID-19? [https://news.un.org/ru/interview/2021/11/1414652?utm\\_source=UN+News+-+Russian&utm\\_campaign=eb6cae0492-EMAIL\\_CAMPAIGN\\_2021\\_11\\_30\\_01\\_00&utm\\_medium=email&utm\\_term=0\\_6a23d2f3b7-eb6cae0492-107915425](https://news.un.org/ru/interview/2021/11/1414652?utm_source=UN+News+-+Russian&utm_campaign=eb6cae0492-EMAIL_CAMPAIGN_2021_11_30_01_00&utm_medium=email&utm_term=0_6a23d2f3b7-eb6cae0492-107915425)

- велика частка в економіці робочих місць у галузях, **де неможливо організувати виконання роботи дистанційно** (працівники не можуть бути задіяні у разі накладання обмежень на роботу транспорту);
- збільшення **навантаження неоплачуваною роботою** на працівників з дітьми, які не можуть відвідувати освітні заклади.

Початок вакцинальної кампанії призвів до позитивних зрушень у зайнятості в більшості країн. Водночас, за даними Міжнародної організації праці (МОП), **поновлення ринків праці** у другій половині 2021 р. **сповільнилося**. Це означатиме втрату за підсумками року 4,3% робочого часу (або 125 млн робочих місць в еквіваленті повної зайнятості) у глобальному масштабі у порівнянні з «доковідним» періодом.

Розвинені країни відновлюються швидше, оскільки мають вищі темпи вакцинації та ширші можливості надавати допомогу бізнесу та домогосподарствам. За підрахунками фахівців МОП, вакцинація 14 осіб допомагає зберегти 1 робоче місце, а збільшення бюджетно-податкового стимулювання на 1% від ВВП призводить до збільшення робочого часу на 0,3% у порівнянні з четвертим кварталом 2019 р.<sup>27</sup>

Під час пандемії найбільш значимим трендом на ринку праці у глобальному масштабі стало **пожвавлення руху робочої сили**. За даними консалтингової компанії Маккінзі, оприлюдненими у липні 2021 р., 40% працівників з усього світу думали про зміну роботодавця до кінця року.<sup>28</sup> Дослідження, проведене компанією Майкрософт і представлене на Всесвітньому економічному форумі, свідчить, що працівників, які бажали в 2021 р. змінити роботу, було 41%, у складі робочої сили покоління Z – 54%.<sup>29</sup> Про плани звільнитися з роботи у найближчі пів року заявили влітку також 38% працівників з Великої Британії та Ірландії.<sup>30</sup>

У жовтні 2021 р. органи статистики США повідомили, що у серпні понад 4 млн працівників (3% від загального обсягу робочої сили) подали своїм роботодавцям заяви на звільнення<sup>31</sup>; п'ятий місяць поспіль встановлювався новий рекорд з кількості працівників, які покидають своє робоче місце. Згадана тенденція отримала назву «Ера великих відставок» (Great Resignation) і, за оцінками американських фахівців, матиме критичне значення для діяльності великих секторів зайнятості у найближчому майбутньому.<sup>32</sup>

<sup>27</sup> Новини ООН. Последствия пандемии для рынков труда оказались серьезнее, чем предполагалось, 27 октября 2021. <https://news.un.org/ru/story/2021/10/1412662>

<sup>28</sup> McKinsey and Company. COVID-19: Implications for business, July 14, 2021. <https://www.mckinsey.com/business-functions/risk-and-resilience/our-insights/covid-19-implications-for-business>

<sup>29</sup> World Economic Forum. Survey: 40% of employees are thinking of quitting their jobs, June 2, 2021. <https://www.weforum.org/agenda/2021/06/remote-workers-burnout-covid-microsoft-survey/>

<sup>30</sup> Там само.

<sup>31</sup> Insider. Another 4 million workers quit in the 5th month in a row of record exits, and it shows how the pandemic is still making people rethink what they want out of work and life, October 12, 2021. [https://www.businessinsider.com/over-4-million-workers-quit-record-labor-shortage-great-resignation-202110?nr\\_email\\_referer=1&utm\\_source=Sailthru&utm\\_medium=email&utm\\_content=Business\\_Insider\\_select&pt=385758&ct=Sailthru\\_BI\\_Newsletters&mt=8&utm\\_campaign=Insider%20Select%202021-10-13&utm\\_term=INSIDER%20SELECT%20ENGAGED%2C%20ACTIVE%2C%20PASSIVE%2C%20DISENGAGED%2C%20NEW](https://www.businessinsider.com/over-4-million-workers-quit-record-labor-shortage-great-resignation-202110?nr_email_referer=1&utm_source=Sailthru&utm_medium=email&utm_content=Business_Insider_select&pt=385758&ct=Sailthru_BI_Newsletters&mt=8&utm_campaign=Insider%20Select%202021-10-13&utm_term=INSIDER%20SELECT%20ENGAGED%2C%20ACTIVE%2C%20PASSIVE%2C%20DISENGAGED%2C%20NEW)

<sup>32</sup> Fast Company. These industries are being impacted most by the Great Resignation, July 16, 2021. <https://www.fastcompany.com/90654925/these-industries-are-being-impacted-most-by-the-great-resignation>

Найбільшу роль у формуванні згаданої тенденції поживлення руху робочої сили відіграло бажання працівників знайти своє місце на новому ринку праці – гнучкому, адаптивному, з високими вимогами до «м'яких навичок». Фактично, значна частина працівників усвідомила, що вирішення питання стійкості зайнятості як джерела самозабезпечення – їхня власна відповідальність.

В Україні спостерігаються подібні тенденції, однак означена ситуація має свої особливості. Переважна більшість (85%) респондентів, опитаних сайтом пошуку роботи Jooble у вересні-жовтні 2021 р., заявили про свій намір змінити роботу у найближчий рік. Серед найбільш поширених причин для ухвалення цього рішення респонденти назвали відсутність перспектив збільшення заробітної плати, брак можливостей для кар'єрного розвитку та ненадійність роботодавця<sup>33</sup>. Відтак має місце невдоволення базовими умовами найму та діловими якостями роботодавців.

При цьому реальний масштаб плинності кадрів свідчить про те, що заявлені наміри багатьох працівників про зміну роботи не знаходять реалізації на ринку праці. Так, під час дослідження Randstad Employer Brand Research (січень 2021 р.) фахівці дослідницької фірми KANTAR зафіксували, що у другій половині 2020 р. роботодавців змінили тільки 13% українських працівників. Серед тих, чия зайнятість постраждала через COVID-19, таких було 18%. Ще 27% працівників заявили, що мають намір зробити це у найближчі шість місяців.<sup>34</sup>

Для опитуваних найбільш важливими критеріями у пошуку роботи у цей період були приваблива заробітна плата і соціальний пакет (79%), фінансова спроможність роботодавця (69%). Більше третини українських працівників (39%) приваблює можливість працювати віддалено. Таких більше серед жінок та працівників з вищою освітою.<sup>35</sup> Характерна для України **перманентно нестабільна соціально-економічна ситуація залишає фінансові причини для зміни роботи у пріоритеті, однак можливість здійснення роботи дистанційно, з огляду на останні події на ринку праці, набирає вагу.**

Збільшення обороту робочої сили має **негативні наслідки для продуктивності праці** на підприємствах, в організаціях та установах, що є очевидним ризиком для роботодавців. Загалом **скорочення пропозиції праці підвищує її вартість**. Іншими (крім звільнень) джерелами такого скорочення в умовах пандемії та впровадження обмежувальних заходів можуть бути:

- адміністративний тиск на роботодавців у питанні відсторонення невакцинованих працівників від роботи;
- втрати робочого часу через підвищення захворюваності співробітників;
- вигорання працівників через роботу в умовах надомної та іншої дистанційної зайнятості.

Щодо **безробіття і вимушених звільнень**, то за інших рівних умов найбільшому ризику при запровадженні протиепідемічних заходів підлягають зайняті у галузях, що передбачають близький особистий контакт між надавачами та отримувачами послуг. Саме для цих сфер у більшості країн були запущені програми допомоги бізнесу, спрямовані на протидію масовим звільненням через фінансування (часткове фінансування) урядом утримання робочої сили до завершення дії обмежувальних заходів. Дані наймасштабніших досліджень свідчать про те, що у розвинених

---

<sup>33</sup> 85,6% українців планують змінити роботу в найближчий рік – опитування Jooble. [https://ua.jooble.org/blog/85-6-ukrayincziv-planuyut-zminyuty-robotu-v-najblyzhchyj-rik-opytuvannya-jooble/?fbclid=IwAR30LhpGxgTRomnWT1tsG3quTXsc-YhKL58rwyoSLJnZ\\_5UMQgSiAmZMsOY](https://ua.jooble.org/blog/85-6-ukrayincziv-planuyut-zminyuty-robotu-v-najblyzhchyj-rik-opytuvannya-jooble/?fbclid=IwAR30LhpGxgTRomnWT1tsG3quTXsc-YhKL58rwyoSLJnZ_5UMQgSiAmZMsOY)

<sup>34</sup> Бренд роботодавця в новій реальності. <https://ancor.ua/press/news/brend-robotodavtsya-v-noviy-realnosti/>

<sup>35</sup> Там само.

економіках кількість звільнень за власним бажанням значно переважала у 2020–2021 рр. кількість вимушених звільнень (див. вище).

Водночас, у період падіння економіки ризику безробіття для окремих категорій працівників незмінно зростають. Передусім йдеться про **робітників з низькою кваліфікацією**. Їх добір у будь-якій економіці не потребує значних ресурсів, тому роботодавці не бачать сенсу в їхньому утриманні в складні для бізнесу часи. Під час криз зростають обсяги тривалого безробіття, поширеного серед категорій працівників мало- або неконкурентоспроможних на ринку праці, збільшуються показники молодіжного безробіття. Так, у 2020 р. частка безробітних, які шукали роботу понад 12 місяців в Україні, зросла до 21,2% (з 13,1% у 2019 р.), а рівень безробіття серед молодих людей 15–24 років зріс з 15,4% у 2019 р. до 19,3% у 2020 р.<sup>36</sup>

## 2. ОЦІНКА СПРОМОЖНОСТІ ДЕРЖАВИ РЕАГУВАТИ НА ВИКЛИКИ, СПРИЧИНЕНІ НАСТУПНИМИ ПАНДЕМІЯМИ

### 2.1. ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА СТІЙКІСТЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У 2019 р. в Глобальному індексі безпеки здоров'я (англ. Global Health Security Index, GHSI) США були відзначені як країна, що найкраще підготовлена до протистояння спалаху інфекційної хвороби. Наступна за рівнем підготовки – Велика Британія. Через 2 роки після початку пандемії США стикнулися з найбільшим у глобальному вимірі числом жертв COVID-19 (понад 700 тис.), а у Великій Британії зафіксовано усемеро більше смертей, ніж ті 20 тис., що були спрогнозовані у березні 2020 р. головним науковим радником уряду як «хороший результат». Відтак, оцінка Глобального індексу безпеки здоров'я, що базується на понад сотні показників і підпоказників, мала дуже мало спільного з реальною ефективністю протидії новій коронавірусній хворобі.<sup>37</sup>

---

*«Коли ми говоримо про готовність уряду або готовність системи охорони здоров'я реагувати, то ми маємо розуміти, що це не тільки відповідальність системи охорони здоров'я, це дійсно комплексна відповідь держави і здатність адекватно і швидко нарощувати потенціал або ресурси».*

*Ігор Кузін, заступник міністра охорони здоров'я, головний державний санітарний лікар*

---

#### Удосконалення механізму фінансування медичних послуг

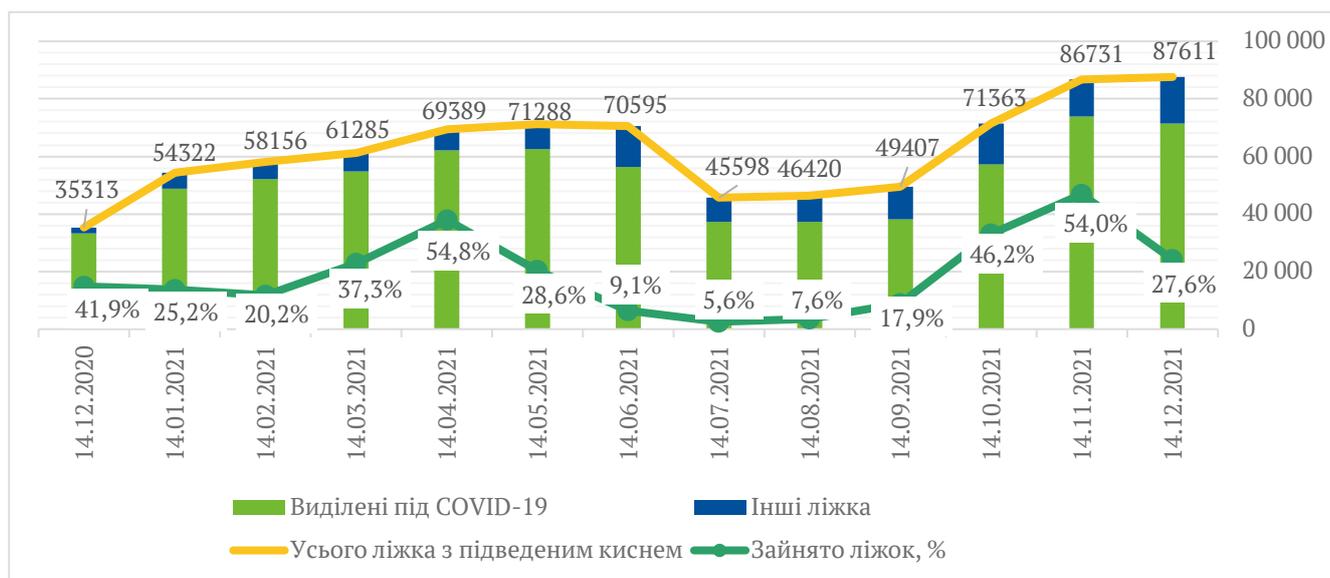
Увесь період пандемії 2020–2021 рр. українська держава, подібно до інших держав, передусім нарощувала спроможність системи охорони здоров'я витримувати збільшення числа госпіталізацій хворих на COVID-19. Відбувалося перепрофілювання окремих закладів і відділень, збільшувалося число тестувань, виділялися додаткові ліжка, до все більшої кількості ліжок підводився кисень (рисунок 3), ремонтувалися апарати ШВЛ.

---

<sup>36</sup> За даними Держстату.

<sup>37</sup> Better Pandemic Preparedness. [https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2021/12/Pandemic-preparedness-Patel-Sridhar.htm?utm\\_medium=email&utm\\_source=govdelivery](https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2021/12/Pandemic-preparedness-Patel-Sridhar.htm?utm_medium=email&utm_source=govdelivery)

Рисунок 3. Динаміка показників забезпеченості медичної системи лікарняними ліжками з 14 грудня 2020 р. по 14 грудня 2021 р.



Джерело: дані РНБО

В умовах обмежених ресурсів позитивну роль у боротьбі з COVID-19 відіграло впровадження нового організаційно-фінансового механізму системи охорони здоров'я «гроші йдуть за пацієнтом», спрямованого на покриття витрат на надання конкретних медичних послуг. Це дозволило медичним закладам, які були визначені головами облдержадміністрацій спільно з МОЗ і НСЗУ для надання медичної допомоги хворим на COVID-19, акумулювати необхідні для цього ресурси; укомплектувати, виходячи з наявного кадрового забезпечення, стаціонарні бригади для надання відповідних послуг.

Боротьба з епідемією дозволила виявити «вузькі місця» вітчизняної системи охорони здоров'я – дефіцит лікарів окремих спеціальностей, неоптимальне співвідношення чисельності лікарів і середнього медичного персоналу, технологічну неготовність окремих закладів охорони здоров'я до переходу до роботи в Електронній системі охорони здоров'я, проблеми з оперативним забезпеченням лікарськими засобами та медичними виробами в умовах надзвичайної ситуації тощо. При надзвичайній ситуації, якою стало поширення COVID-19, не залишалося нічого іншого, як пріоритизувати проблемні питання і перерозподіляти ресурси системи відповідно до визначених пріоритетів.

Ситуація з поширенням COVID-19 актуалізувала погляд на **витрати на формування безпеки в галузі громадського здоров'я як на важливу суспільну інвестицію**. Такого роду вкладення окупаються двічі: вперше під час виникнення гострих непередбачених ситуацій, що несуть безпосередні загрози громадському здоров'ю (включаючи виклики, спричинені поширенням антимікробної резистентності), вдруге – при розбудові більш здорового та справедливого суспільства. І перше, і друге є невід'ємними складовими здорового суспільства.<sup>58</sup>

Незважаючи на те, що в абсолютному вимірі державні видатки на охорону здоров'я на душу населення залишаються в Україні одними з найнижчих у Європі, їхня частка у відсотках до ВВП зросла з 3,3% у

<sup>58</sup> Toward Better Pandemic Preparedness. [https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2021/12/Pandemic-preparedness-Patel-Sridhar.htm?utm\\_medium=email&utm\\_source=govdelivery](https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2021/12/Pandemic-preparedness-Patel-Sridhar.htm?utm_medium=email&utm_source=govdelivery)

2019 р. до 4,1% у 2022 р. На думку фахівців Українського центру охорони здоров'я, стабільне зростання частки таких видатків обумовлено тим, що уряд зобов'язаний закуповувати визначений набір медичних послуг за встановленими тарифами.<sup>39</sup> Як результат, у порівнянні з медичною субвенцією (коштами на утримання лікарень) нова Програма медичних гарантій (кошти, на закупівлю медичних послуг) зросла утричі.<sup>40</sup>

### Досвід боротьби з епідемією COVID-19

Думка населення щодо **спроможності держави протистояти пандемії** була обстежена в кількох соціологічних дослідженнях. Дані одного з останніх свідчать про те, що тільки 14,7% наших співгромадян вважають, що українська влада спроможна захистити населення від поширення COVID-19, 31,7% визнають, що можливості влади протидіяти цьому захворюванню є обмеженими, тоді як 42,4% висловили думку, що вона не спроможна протидіяти загрозам пандемії.<sup>41</sup>

Думка українців щодо підготовленості системи охорони здоров'я до ситуації масового зараження COVID-19 та епідемії за останній рік покращилася. Так, з лютого 2020 р. до жовтня 2021 р. середня оцінка підготовленості системи (за шкалою від 1 – «зовсім не готова» до 5 – «дуже добре підготовлена») зросла з 2,06 до 2,5.<sup>42</sup> Дослідники зазначають, що зростання середнього показника відбулося за рахунок скорочення частки респондентів, які оцінили підготовленість системи охорони здоров'я на оцінки «1» та «2».<sup>43</sup>

Такі результати свідчать про те, що в оцінці спроможності держави реагувати на епідемічні виклики громадяни України враховують, що вітчизняна **медична система набуває цінного практичного досвіду у боротьбі з поширенням інфекційних захворювань**. Через два роки від початку пандемії можна побачити, що найефективніше поширенню COVID-19 простояли країни, які переживали спалахи схожих інфекцій (MERS, SARS-CoV), а африканські країни успішно застосовували досвід, набутий у боротьбі з хворобою, спричиненою вірусом Ебола. У нагоді стали не тільки відновлені (розбудовані) системи епідемічного нагляду та відстеження контактів, а й досвід залучення волонтерів для вирішення логістичних питань у віддалених регіонах, досвід мобілізації усіх суспільних ресурсів на боротьбу з поширенням інфекції.

### Посилення інфекційного контролю і поновлення системи епідемічного нагляду

Боротьба з поширенням COVID-19 сприяла посиленню епідеміологічного нагляду на рівні держави. У 2020–2021 рр. в систему державного контролю над поширенням інфекційних захворювань було додано 40 лікарів-епідеміологів, які будуть розбудовувати протиепідемічну стійкість країни у найближчі 5–6 років. Суттєво збільшилися потужності державних лабораторій, з'явилася можливість здійснювати секвенування патогенів, що має критичне значення у боротьбі з майбутніми епідеміями.<sup>44</sup>

<sup>39</sup> Що там з ковідом? [https://mailchi.mp/94bfae9aed5f/uhc\\_covid19todayua19-4323158?e=6e9fcff105](https://mailchi.mp/94bfae9aed5f/uhc_covid19todayua19-4323158?e=6e9fcff105)

<sup>40</sup> Там само.

<sup>41</sup> Ставлення громадян України до питань пов'язаних з пандемією коронавірусу COVID-19 (жовтень 2021р.). <https://razumkov.org.ua/napriamky/sotsiologichni-doslidzhennia/stavlennia-gromadian-ukrainy-do-pytan-poviazanykh-z-pandemiieiu-koronavirusu-covid19>

<sup>42</sup> Там само.

<sup>43</sup> Презентація результатів проекту "COVID-19: наслідки, виклики та можливості для України". <https://www.youtube.com/watch?v=LEaganO-yZg&t=5363s>

<sup>44</sup> З виступу Ігоря Кузіна, заступника міністра охорони здоров'я, головного державного санітарного лікаря на форумі «Стійкість України перед кризами: погляд у майбутнє».

Епідемія привернула увагу громадян до побутової профілактики інфекційних захворювань. Забезпечення якісного кондиціонування, дотримання нормативних площ при розміщенні працівників, забезпечення доступності дезінфікуючих засобів у вільному доступі стають частинами нової культури організації навчального і виробничого процесів. Посилюється увага до організації якісного кондиціонування приміщень.

З 1 вересня 2021 р. почали діяти нові правила інфекційного контролю у закладах системи охорони здоров'я. Вони спрямовані не лише на протидію поширенню інфекційних захворювань, а й на скорочення антимікробної резистентності, зменшення випадків внутрішньолікарняного інфікування.

### **Вакцинальна нерішучість та недовіра до державних інституцій**

---

*«Вакцинація є маркером готовності суспільства довіряти тим меседжам, які транслюються, і, по суті, довіряти усьому ланцюжку у поставках вакцин».*

*Ігор Кузін, заступник міністра охорони здоров'я, головний державний санітарний лікар*

---

Офіційна статистика покращення показників, які характеризують спроможність системи охорони здоров'я обслуговувати збільшення госпіталізацій, оприлюднювалася разом з даними про рекордне зростання захворюваності та смертності. Вочевидь, давалася ознака низька ефективність комунікації між державними інституціями та населенням щодо загальної стратегії боротьби з епідемією.

Прикметно, що окремі комунікативні заходи були реалізовані. Серед країн з високим рівнем надлишкової смертності Україна має один з найменших розривів між кількістю офіційно визнаних смертей від COVID-19 та кількістю усіх надлишкових смертей. Це означає, що дані щодо смертності, асоційованої з COVID-19, український уряд не приховує. Навпаки, донесення інформації щодо серйозності ситуації із захворюваністю і смертністю було частиною комунікаційної стратегії МОЗ. Так само піднімалися питання захворюваності лікарів, дефіциту медичних працівників тощо.

Через офіційні канали доносилися інформація щодо необхідності проходження вакцинації населенням: як у контексті забезпечення індивідуального захисту і збереження здоров'я близьких, так і з метою досягнення колективного імунітету як важливого суспільного блага. Однак для послаблення вакцинальної нерішучості МОЗ доводилося шукати нетрадиційні методи взаємодії між медичною системою та населенням.

*«Найкраще спрацьовує авторитет людей, які поруч – лідера об'єднаної територіальної громади, сільського голови, сільського старости».*

*Ігор Кузін, заступник міністра охорони здоров'я, головний державний санітарний лікар*

---

МОЗ випробувало різні моделі розширення охоплення населення щепленнями від COVID-19. Зокрема були реалізовані спеціальні заходи із підвищення доступності пунктів вакцинації (наприклад, через відкриття таких на базі відділень Укрпошти). Однак доступність виявилася не головним проблемним питанням вакцинальної кампанії. Фактично воно було закрите через кілька місяців після формування достатньої кількості мобільних бригад і надання усім категоріям населення можливості обирати вакцини різних виробників.

Після цього на перший план вийшла **проблема протидії поширенню медичної дезінформації**. Негативний вплив інфодемії, з якою стикнулися з початком вакцинації усі країни, в Україні

посиливався через традиційний брак довіри населення до будь-яких державних інституцій. Аналіз МОЗ різних методів популяризації вакцинації свідчить, що найдієвішим позитивним стимулом у подолання вакцинальної нерішучості був особистий приклад людей, які відіграють важливу роль у житті об'єднаної територіальної громади. Вочевидь, саме на роз'яснювальній роботі з місцевими «лідерами думок» має базуватися майбутня комунікаційна стратегія під час реалізації важливих для протиепідемічної стійкості заходів державної політики.

---

*[...щодо ролі лікарів, то] «мова йде про солідарність, про експертизу і про відповідальність самих лікарів перед тими пацієнтами, які їм довіряють і підписали декларацію».*

*Ігор Кузін, заступник міністра охорони здоров'я, головний державний санітарний лікар*

---

Однією із значущих помилок в організації вакцинальної кампанії була несформованість чіткої одностайної позиції щодо окремих аспектів вакцинації (чи потрібно вакцинуватися тим, хто перехворів, які є реальні протипоказання для вакцинації, в які терміни можуть проявитися ускладнення для здоров'я, спричинені вакцинацією, тощо) у медичному середовищі.

Відтак у популяризації вакцинації були мало задіяні потенційно найбільш ефективні «агенти впливу» – медичні працівники, передусім первинної ланки надання медичної допомоги. Через багаторічні проблеми у медичній сфері багато медичних працівників не почуваються представниками надійної державної системи, якій вони самі можуть довіряти.

### **Низький рівень згуртованості у боротьбі з епідемією**

---

*«Приклад Сполучених Штатів нам показав, що найбільш підготовлена із 195 країн система, маючи політичне лідерство невіддале, може провалити все».*

*Павло Ковтонюк, співзасновник Українського центру охорони здоров'я*

---

Пандемія COVID-19 довела, що на ефективність вирішення значущих суспільних проблем критично впливає **бажання членів суспільства вирішувати їх спільно**, у взаємодії один з одним. І що у мобілізації до таких спільних дій вирішальне значення має позиція вищого керівництва держави. Для привернення більшої уваги до важливості дотримання обмежувальних заходів у більшості країн громадян інформували про серйозність загроз, пов'язаних з коронавірусною хворобою, перші особи. Вони ж, як правило, найактивніше пропагували вакцинацію.

Країни, в яких лідери або демонстративно заперечували загрози від поширення коронавірусної хвороби (Бразилія, Мексика, Нікарагуа, Туркменістан, Білорусь), або не ухвалили рішень щодо встановлення жорстких обмежень (США, Велика Британія і Швеція), мали високий рівень захворюваності і вищий рівень смертності, ніж держави з подібними медичними системами.

На початку епідемії під час запровадження першого локдауну українська влада вела відкритий діалог з суспільством, зокрема щодо реальної спроможності системи охорони здоров'я протистояти поширенню інфекції. Однак у питанні вакцинації **політичні лідери віддали ініціативу формування інформаційного порядку денного основним каналам дезінформації** – соціальним мережам, засобам інформації, що є інструментами гібридної агресії РФ проти України. Як наслідок, питання

вакцинації стало настільки чутливим, що політики остерігалися електоральних наслідків вираження особистої підтримки масової імунізації.

Суттєвим фактором підвищення соціальної напруженості і послаблення суспільної згуртованості стало **запровадження органами місцевої влади необґрунтовано жорстких обмежувальних заходів**, що позначалися на благополуччі сімей. Йдеться про закриття шкіл – за наявності офіційних рекомендацій уповноважених органів ЄС та ВООЗ щодо незастосування карантинних обмежень до закладів освіти.

За даними Європейського центру з профілактики та контролю захворюваності (ECDC), освітні заклади не є осередком поширення коронавірусу – за умови, що в них дотримуються необхідних профілактичних заходів. Враховуючи значний негативний вплив закриття шкіл на психологічний стан дітей та підлітків, а також довгострокові втрати в якості освіти, збереження навчального процесу у школах має бути ключовою метою урядів під час планування запровадження карантинних обмежень.<sup>45</sup>

До аналогічних висновків дійшли й експерти ВООЗ: діти менш серйозно переносять COVID-19 і мають менший ризик зараження дорослих порівняно з передачею вірусу в інших середовищах від дорослих до дорослих; шкода від закриття шкіл на карантин є суттєво більшою, ніж користь.<sup>46</sup>

У більшості регіонів, що перебували восени 2021 р. у «червоних зонах», школи були відкриті тільки після офіційних звернень ЮНІСЕФ і ВООЗ до українського уряду.<sup>47</sup> **Якби представники української влади (як центральної, так і місцевої) дотримувалися рекомендацій ВООЗ у своїх діях щодо встановлення карантинних обмежень, то підвищилась би довіра населення і до інших меседжів цієї організації – зокрема тих, що стосуються вакцинації.**

---

*«Нам треба зараз почати підготовку до марафонського забігу, до окопної війни і тільки мобілізувавши всіх – політичний клас, експертів, лікарів, будучи твердими... Ми тільки тоді зможемо побудувати за короткий час культуру колективного захисту проти пандемій».*

*Павло Ковтонюк, співзасновник Українського центру охорони здоров'я*

---

Боротьба з COVID-19 в Україні іноді мала побічним наслідком вирішення тих проблем у сфері охорони здоров'я, які накопичувалися десятками років. Вона ж може стати і драйвером подолання браку суспільної довіри. Масштаби втрат нашої країни від надлишкової смертності, спричиненої COVID-19, зобов'язують українське суспільство гуртуватися задля формування протиепідемічної стійкості.

### **Страхування медичних працівників від професійних ризиків**

Відсутність надійної централізованої **системи страхування лікарів, середнього медичного персоналу** від професійних захворювань не тільки загрожує стабільному кадровому забезпеченню

---

<sup>45</sup> European Centre for Disease Prevention and Control – COVID-19 in children and the role of school settings in transmission. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>

<sup>46</sup> WHO – What we know about COVID-19 transmission in schools. <https://www.who.int/publications/m/item/update-39-what-we-know-about-covid-19-transmission-in-schools>

<sup>47</sup> Украина откликнулась на призыв ЮНЕСКО и ВОЗ открыть школы для очного обучения. [https://news.un.org/ru/story/2021/11/1414292?utm\\_source=UN+News+-+Russian&utm\\_campaign=2dc156905c-EMAIL\\_CAMPAIGN\\_2021\\_11\\_23\\_01\\_00&utm\\_medium=email&utm\\_term=0\\_6a23d2f3b7-2dc156905c-107915425](https://news.un.org/ru/story/2021/11/1414292?utm_source=UN+News+-+Russian&utm_campaign=2dc156905c-EMAIL_CAMPAIGN_2021_11_23_01_00&utm_medium=email&utm_term=0_6a23d2f3b7-2dc156905c-107915425)

галузі, а й знижує суспільну значущість професії медичного працівника. Станом на початок листопада 2021 р. тільки 22% представників родин медиків, які померли від COVID-19, отримали грошові компенсації від Фонду соціального страхування.<sup>48</sup> Нерідко фонд робить перерахування компенсацій тільки після винесення відповідних рішень у судах. СВа́ме у судах родичам померлих доводиться оскаржувати рішення Комісій із спеціальних розслідувань і доводити, що потерпілі інфікувалися COVID-19 на роботі від пацієнтів.

## 2.2. ХАРАКТЕРИСТИКИ АДАПТИВНОСТІ РИНКУ ПРАЦІ

---

*«Що ми бачимо у довгостроковій перспективі? Ще до пандемії ми прогнозували суттєве скорочення робочої сили в Україні... Тепер додається новий виклик – скорочення пропозиції праці через довгострокове погіршення стану здоров'я та смертність осіб працездатного віку від COVID-19. Тому ще більше зростає [демоєкономічне] навантаження на тих осіб, які залишаються – на молодь та доросле зайняте населення... І вони мають просто звикнути навчатися впродовж життя для того, щоб бути продуктивними і підтримувати себе, своїх батьків і своїх дітей».*

*Ольга Купець, консультантка Світового банку, доцентка Київської школи економіки:*

---

### **Законодавче урегулювання нестандартних форм зайнятості**

Найбільш актуальним і адекватним заходом державної політики на ринку праці під час пандемії стало закріплення у трудовому законодавстві норм, що регулюють нестандартні форми зайнятості. Зокрема у Кодекс законів про працю було введено поняття «надомна робота», «дистанційна робота», добре виписано різницю між ними. Також було додано норми, що регулюють «відключення» – час відпочинку протягом дня, коли працівник, який працює на умовах дистанційної зайнятості, не зобов'язаний виконувати робочі завдання і виходити на зв'язок з роботодавцем, керівником або колегами.

Ці норми передбачають, що під час загрози поширення епідемії або за інших форс-мажорних обставин дистанційна (надомна) робота може запроваджуватися наказом по підприємству без погодження з працівниками і підписання відповідного договору. Відтак, українська держава має законодавчу базу, яка дозволяє роботодавцям у разі необхідності оперативно перевести працівників у режим дистанційної зайнятості без втрат робочого часу.

### **Надання вразливим працівникам права працювати дистанційно (надомно)**

Змінами до трудового законодавства за окремими категоріями працівників (вагітні жінки; працівники з малолітніми дітьми, двома або більше дітьми до 15 років; батьки, які виховують дітей з інвалідністю) було закріплено право працювати на умовах надомної зайнятості та дистанційної роботи за їхнім бажанням, якщо роботодавець може надати їм таку можливість.

Такі новації не тільки дозволяють працівникам з дітьми поєднувати трудову діяльність з виконанням батьківських обов'язків під час запровадження локдаунів. Вони є вдалим рішенням на перспективу,

---

<sup>48</sup> Компенсації від держави. Історії родин померлих медиків, які захворіли на COVID-19. <https://suspilne.media/178296-kompensacii-vid-derzavi-istorii-rodin-pomerlih-medikiv-aki-zahvorili-na-covid-19/>

адже будуть підвищувати залученість цих категорій до ринку праці в майбутньому, що може стати значним джерелом збільшення пропозиції робочої сили, а відтак – чинником економічного зростання.

### **Компенсація державою втрат робочого часу роботодавцям**

В Україні допомога бізнесу в частині підтримки зайнятості здійснювалася практично за тією ж схемою, що і в інших країнах, а саме – через оформлення часткового безробіття (що вважалося втратою робочого часу). Компенсуючи втрати робочого часу, уряди уникали негативних соціальних наслідків від втрат робочих місць. З точки зору реалізації державної політики керувати втратою робочого часу значно простіше, ніж керувати втратою робочих місць.

У межах програми надання допомоги з часткового безробіття, що була розгорнута в Україні, на виплати частіше за все претендували суб'єкти господарювання, які не здійснювали в період локдауну жодної економічної діяльності взагалі. Умовою отримання державної допомоги було нарахування працівникам за місяць заробітної плати, не нижчої за мінімальну (і сплатою за них ЄСВ відповідно). Відтак відбувалося звичайне співфінансування роботодавцями і державою утримання на місцях робочої сили під час виробничого простою. Наявні статистичні дані свідчать, що це запобігло масовим звільненням під час локдауну.

Модель компенсації втрат робочого часу окремим бізнесам, що найбільше постраждали від обмежувальних заходів, також може бути ефективною під час нетривалих локдаунів. Однак вона потребує значних ресурсів, особливо у разі, якщо перелік «постраждалих» галузей буде розширюватися.

### **Структурні характеристики ринку праці**

У 2020 р. 22,9% від усіх зайнятих працювали у сфері торгівлі, ремонту автотранспортних засобів і мотоциклів, 14,8% – були зайняті у промисловості. Ці дві сфери мають найбільші частки зайнятих на національному ринку праці і водночас залишаються найуразливішими з точки зору підтримання стабільності зайнятості у разі виникнення наступних епідемій. Робота у торгівлі передбачає безпосередній особистий контакт із значною кількістю людей, зайнятість у промисловості не дозволяє працівникам виконувати роботу дистанційно.

Визначальним напрямом підвищення адаптивності ринку праці (як під час епідемій, так і загалом) могла би бути цілеспрямована політика держави щодо структурної перебудови ринку праці. Передусім варто розробляти і реалізовувати ефективні заходи стимулювання трудової мобільності. Підвищення частки працівників, робота яких може виконуватися дистанційно, призведе до зменшення для них індивідуальних ризиків її втрати під час запровадження обмежувальних заходів.

### **Соціальна підтримка працівників з дітьми**

У багатьох розвинених країнах сім'ї з дітьми були визнані одними з найбільш вразливих до дії коронавірусних обмежень типів домогосподарств. Для їхньої соціальної підтримки були запроваджені додаткові компенсації у разі втрати годувальниками роботи, а також у разі необхідності для батьків брати неоплачувану відпустку на період закриття освітніх закладів на локдаун.

Державні програми та органи місцевої влади надавали сім'ям з дітьми матеріальну підтримку і допомагали вирішувати проблеми з психічним здоров'ям (підвищення тривожності, проблеми зі сном, прояви агресивної поведінки), що виникали у дітей та їхніх батьків<sup>49</sup>.

В Україні ж спеціальною соціальною допомогою під час пандемії були охоплені лише окремі категорії сімей: сім'ї працівників-ФОПів з дітьми до 10 років, малозабезпечені сім'ї та родини, в яких дітей виховують самотні матері. Для двох останніх категорій сімей відбулось звичайне підвищення передбачених для них законом виплат. Водночас інші категорії домогосподарств з дітьми вимушені були долати фінансові труднощі самотужки.

Одним із чинників формування протиепідемічної стійкості має бути розробка універсальних соціальних програм, спроможних підвищити «запас міцності» усіх сімей працівників з дітьми у разі виникнення проблем з самозабезпеченням або труднощів з поєднанням професійних і батьківських обов'язків внаслідок запровадження державою обмежувальних заходів.

Підвищення конкурентоспроможності на ринку праці молодих фахівців, жінок з маленькими дітьми та низькокваліфікованих працівників повинно стати **довгостроковим стратегічним завданням держави у боротьбі за розширення зайнятості** та стимулювання населення до самозабезпечення.

Робота із залучення цих категорій на ринок праці має вестися постійно, зокрема через реалізацію спеціальних програм навчання та підвищення кваліфікації, створення для роботодавців фіскальних стимулів для найму таких працівників. Відтак, залучення та утримання на ринку праці вразливих категорій працівників має бути проактивним. У період же економічного спаду їх зайнятість може підтримуватися або окремими коригуючими заходами, або в межах реалізації загальної політики збереження робочих місць.

## 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПІДВИЩЕННЯ ПРОТИЕПІДЕМІЧНОЇ СТІЙКОСТІ

### 3.1. УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ ПОШИРЕННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Управління ризиками поширення інфекційних захворювань може бути удосконалено через:

- ✓ розширення у медичних закладах вищої освіти України підготовки лікарів за спеціальностями «епідеміологія», «вірусологія» та «бактеріологія»;
- ✓ ухвалення у другому читанні Проекту закону про систему громадського здоров'я (реєстраційний номер 4142), що дозволить сформувати адекватну систему, спроможну швидко, ефективно і якісно реагувати на виклики для здоров'я та благополуччя населення;
- ✓ зменшення бюрократичних перепон для ухвалення рішень щодо збереження громадського здоров'я під час надзвичайних ситуацій;

---

<sup>49</sup> Looking beyond COVID-19: Strengthening family support services across the OECD. <https://www.oecd.org/els/family/fss2021-brief-covid.pdf>

- ✓ розроблення і запровадження дієвої системи страхування медичних працівників від професійних ризиків, яка б дозволяла їм швидко і безперешкодно отримувати компенсації у разі шкоди їхньому здоров'ю під час виконання професійних обов'язків.

## 3.2. ВПЛИВ НА ВАКЦИНАЛЬНУ НЕРІШУЧІСТЬ

Вплив на вакцинальну нерішучість необхідно здійснювати шляхом:

- ✓ формування у медичних працівників почуття приналежності до державної системи громадського здоров'я, офіційну позицію якої їм слід представляти як під час виконання професійних обов'язків, так і у побутових ситуаціях;
- ✓ посилення інформаційно-роз'яснювальної роботи, що проводиться медичними працівниками первинної ланки з особами з груп ризику; донесення причин їхньої підвищеної вразливості до інфекційних захворювань, об'єктивно обумовленої станом їхнього здоров'я;
- ✓ проведення інформаційних кампаній, що висвітлюють негативні наслідки інфекційних захворювань для здоров'я дітей, вакцинація від яких передбачена Календарем профілактичних щеплень;
- ✓ залучення засобів масової інформації до поширення знань про роль вакцинації у зниженні дитячої смертності та подовженні тривалості життя у ХХ ст., про технології виготовлення різних видів вакцин;
- ✓ мобілізації усіх ресурсів для згуртування суспільства задля вирішення проблеми формування колективного імунітету до інфекційних захворювань.

## 3.3. ПРОАКТИВНА ПОЛІТИКА ЗАЙНЯТОСТІ

Проактивна політика зайнятості має втілюватися у таких заходах:

- ✓ створення економічних стимулів для підвищення міжсекторальної мобільності робочої сили (зокрема реформування систем оплати праці у бюджетному секторі, розроблених для стабілізації кадрів на робочих місцях);
- ✓ посилення фіскальних стимулів для найму вразливих категорій працівників;
- ✓ залучення приватних надавачів освітніх послуг до виконання програм навчання та підвищення кваліфікації, які реалізуються через Державну службу зайнятості;
- ✓ розроблення регламентів переходу підприємств, установ і організацій на дистанційний режим роботи у випадку непередбачуваної ситуації;
- ✓ розробка і впровадження спеціального механізму соціальної підтримки працівників з дітьми, які втратили роботу (були переведені на неповну зайнятість) через карантинні обмеження, або не мають можливості поєднати роботу з виконанням батьківських обов'язків.