

УКРАЇНА

ПРОГРАМА З ПРИВ'ЯЗКОЮ ДО РЕЗУЛЬТАТІВ

Проект «Трансформування сектору охорони здоров'я завдяки реформуванню та інвестиціям в ефективність» (THRIVE) (P506083)

Оцінка екологічної та соціальної систем (ESSA)

ОНОВЛЕНА ВЕРСІЯ

для першого етапу додаткового фінансування

Світовий банк

Березень 2026 року

Оцінку екологічної та соціальної систем (ESSA) Програми з прив'язкою до результатів (PforR), «Трансформування сектору охорони здоров'я завдяки реформуванню та інвестиціям в ефективність» (THRIVE) (P506083) підготовлено командою Світового банку у складі Оксани Ракович (старша спеціалістка з питань довкілля), Марії Нікітової (спеціалістка з питань соціального розвитку), Анастасії Захарової (консультантка з питань соціального розвитку) та Наталії Хілобоченко (консультантка з питань довкілля).

Зміст

1. Вступ
2. Очікувані екологічні та соціальні наслідки
3. Правова та нормативна база для управління екологічними та соціальними впливами Програми
4. Оцінка інституційної спроможності щодо управління екологічними та соціальними наслідками Програми
5. Порівняльний аналіз екологічної та соціальної системи Позичальника та Основних принципів Світового банку
6. Взаємодія із зацікавленими сторонами
7. Висновки та рекомендації

Додаток 1. Перелік зацікавлених сторін, з якими проведено зустрічі

Додаток 2. Протоколи консультацій щодо ESSA із зацікавленими сторонами

Додаток 3. Оцінка екологічного та соціального законодавства і нормативно-правової бази України

Абревіатури

Термін	Розшифрування / визначення
CPF	Рамкова програма партнерства з країною (Country Partnership Framework)
CPS	Стратегія партнерства з країною (Country Partnership Strategy)
CSO	Організація громадянського суспільства (Civil Society Organization)
DLI	Показник, прив'язаний до вибірки коштів (Disbursement-Linked Indicator)
DLR	Результат, прив'язаний до вибірки коштів (Disbursement-Linked Result)
E&S	Екологічні та соціальні аспекти (Environmental & Social)
EC	Європейська комісія
ECA	Європа та Центральна Азія
EIB	Європейський інвестиційний банк
ESF	Екологічна та соціальна рамкова програма (Environmental and Social Framework)
ESIA	Оцінка екологічного та соціального впливу (Environmental and Social Impact Assessment)
ESMP	План екологічного та соціального управління (Environmental and Social Management Plan)
ESMS	Система екологічного та соціального управління (Environmental and Social Management System)
ESSA	Оцінка екологічної та соціальної систем (Environmental and Social Systems Assessment)
EU	Європейський Союз
EUR	Євро
GHG	Парниковий газ
GoU	Уряд України
GRM	Механізм розгляду скарг (Grievance Redress Mechanism)
IBRD	Міжнародний банк реконструкції та розвитку
IFI	Міжнародна фінансова установа
IPF	Фінансування інвестиційних проєктів (Investment Project Financing)
IVA	Незалежний агент з верифікації
IMF	Міжнародний валютний фонд
M&E	Моніторинг та оцінювання
MoH	Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ)
NDC	Національно визначені внески
NGO	Неурядова організація
NHSU	Національна служба здоров'я України (НСЗУ)
OHS	Охорона праці та безпека (Occupational Health and Safety)
PDO	Мета розвитку Програми (Program Development Objective)
PforR	Програма з прив'язкою до результатів (Program-for-Results)
PHC	Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД)
PMG	Програма медичних гарантій (ПМГ)
SOE	Державне підприємство
USD	Долар США
WB	Світовий банк

РЕЗЮМЕ

Опис Програми

Програма з прив'язкою до результатів (PforR), має на меті допомогти Уряду України усунути чотири системні вузькі місця, що обмежують ефективність Програми медичних гарантій (ПМГ): (i) неефективну пріоритезацію послуг, що фінансуються в межах ПМГ; (ii) застарілу та фрагментовану мережу надавачів медичних послуг; (iii) неповне впровадження активних методів оплати, що стимулюють результати надання послуг; та (iv) обмежену спроможність Національної служби здоров'я України (НСЗУ). Для вирішення цих питань Програма охоплює чотири Сфери результатів (RA).

- **Сфера результатів 1 - Пріоритезація в межах ПМГ:** PforR створюватиме стимули для стандартизації процесу перегляду пакета послуг ПМГ з метою поступового підвищення його економічної ефективності, а також для перерозподілу видатків ПМГ на рівень первинної медико-санітарної допомоги.
- **Сфера результатів 2 - Оптимізація мережі лікарень:** PforR створюватиме стимули для прискорення концентрації послуг у більших і спроможніших лікарнях, що мають кращий ефект масштабу та охоплення, із одночасним використанням ефективних альтернативних джерел енергії.
- **Сфера результатів 3 - Стратегічні закупівлі:** PforR стимулюватиме впровадження активних стратегічних методів оплати надавачів. Для ПМСД це передбачатиме запровадження пакетних платежів на основі досягнення ключових показників ефективності (KPI); для лікарень - підтримку подальшої деталізації системи діагностично-споріднених груп (DRG) та збільшення частки відшкодувань лікарням, що ґрунтуються на результатах надання послуг.
- **Сфера результатів 4 - Управлінська спроможність:** PforR посилить автономію НСЗУ та механізми нагляду, зокрема через залучення громадян, а також стимулюватиме зміцнення спроможності НСЗУ, особливо на децентралізованому рівні, щоб Служба могла ефективніше виконувати функції моніторингу і контролю та краще виявляти й повертати кошти ПМГ, втрачені внаслідок помилок у виставленні рахунків і шахрайства.

У довгостроковій перспективі заходи Уряду України та стимули, що надаються Світовим банком, сприятимуть підвищенню ефективності ПМГ, ефективнішому використанню державного фінансування охорони здоров'я і, зрештою, покращенню показників здоров'я населення України.

PforR використовує два загальні типи DLI. Перший тип стимулює конкретні регуляторні та інституційні зміни. Другий спрямований на створення стимулів для змін у наданні послуг з метою підвищення ефективності ПМГ. DLI другої категорії будуть масштабованими, щоб заохочувати швидкий темп змін і водночас забезпечувати гнучкість для адаптації до ситуації в Україні, яка швидко змінюється під впливом конфлікту. У межах RA1 DLI зосереджуватимуться на раціоналізації та систематизації процесу перегляду обсягу гарантій ПМГ (DLI 1), підвищенні алокативної ефективності ПМГ шляхом ефективнішого встановлення тарифів для ПМСД (DLI 2, DLI 3) та створенні стимулів для надання більшого обсягу допомоги при неінфекційних захворюваннях (NCD) на рівні ПМСД (DLI 4). Завдяки перенесенню частини послуг із лікарень на рівень ПМСД DLI у цій Сфері результатів сприятимуть пом'якшенню зміни клімату шляхом зниження енергоспоживання на одного пацієнта. Вони також посилюватимуть адаптацію через покращення профілактики та управління серцево-судинними ризиками, які загострюються внаслідок зміни клімату. У межах RA2 DLI стимулюватимуть застосування селективного контракування (DLI 5), використання фінансових механізмів для концентрації та оптимізації надання послуг на лікарняному рівні (DLI 6) та використання сонячної енергії для підвищення енергоефективності й енергетичної безпеки системи охорони здоров'я (DLI 7). DLI у межах цієї Сфери результатів сприятимуть пом'якшенню зміни клімату завдяки збільшенню використання сонячної енергії в секторі охорони здоров'я. Вони також сприятимуть адаптації шляхом покращення допомоги при інсультах, стаціонарному хірургічному лікуванні інфаркту міокарда та пологів - станах, щодо яких глобальні дані свідчать про істотне зростання ризиків смертності й захворюваності внаслідок зміни клімату. У межах RA3 DLI стимулюватимуть удосконалення відшкодувань лікарням, зокрема точніше кодування станів, пов'язаних зі зміною клімату (DLI 8), та запровадження більш стратегічного підходу до закупівлі послуг первинної медико-санітарної допомоги (DLI 9). У межах RA4 DLI створюватимуть стимули для більшої управлінської автономії та прозорішого громадського нагляду за НСЗУ, а також для зміцнення спроможності НСЗУ у сфері моніторингу й контролю (DLI 10).

Дві операції Банку мають фінансування, пов'язане з видатками ПМГ. Проєкт HEAL (P180245) через умови, що ґрунтуються на результатах діяльності (PBC), відшкодовує видатки, понесені Урядом України на надання пріоритетних послуг, перерваних через вторгнення Росії, або нових послуг, потреба в яких виникла внаслідок вторгнення: послуг у сфері психічного здоров'я, реабілітації, субсидованих лікарських засобів, вакцинації дітей та розширених послуг первинної медико-санітарної допомоги. Загальний обсяг коштів, виділених на PBC у межах HEAL, становить 160 млн дол. США. Проєкт PEACE (P178946) надає Україні бюджетну підтримку. Частина цієї підтримки виплачується на основі суми, еквівалентної частині видатків на заробітну плату, про які звітують заклади охорони здоров'я, що мають договори з НСЗУ в межах ПМГ. З 2022 року в межах PEACE виплачено 9,618 млрд дол. США - суму, еквівалентну частині видатків на заробітну плату, про які звітують надавачі медичних послуг ПМГ, що мають договори з НСЗУ. З огляду на запланований бюджет ПМГ на 2026 рік у розмірі 4,2 млрд дол. США та максимальні заплановані виплати у розмірі 3,6 млрд дол. США за PEACE і 444,05 млн дол. США за THRIVE, бюджетного простору буде достатньо для здійснення виплат за всіма операціями. Міністерство фінансів здійснюватиме моніторинг виплат за обома проєктами, щоб уникнути дублювання.

З урахуванням запропонованої PforR орієнтовний обсяг фінансування Світового банку, пов'язаного з ПМГ, у період із лютого 2022 року до грудня 2026 року становить 3,8 млрд дол. США (таблиця 1).¹ Це становить близько 19,5% видатків Уряду України на ПМГ за цей період.²

Таблиця 1. Операції, що фінансуються Світовим банком, із фінансуванням, пов'язаним із ПМГ

Джерело фінансування та сфери підтримки	Фактичне та орієнтовне фінансування у 2022-2026 роках, млн дол. США
Світовий банк	
HEAL: відшкодування видатків на пріоритетні пакети послуг (психічне здоров'я, реабілітація, розширені обстеження, програма «Доступні ліки»)	160
PEACE: видатки ПМГ, еквівалентні видаткам на заробітну плату, про які звітують заклади охорони здоров'я, що мають договори з НСЗУ	2 400
THRIVE: підтримка реформ у межах ПМГ, спрямованих на підвищення її ефективності, у межах програми ПМГ та встановлених фіскальних меж	1 135
Уряд України	
Загальні державні видатки на ПМГ	19 500

Жодна з чинних операцій Банку не підтримує впровадження реформ ПМГ на перспективній основі. Так само жоден інший партнер з розвитку в Україні не надає фінансування, безпосередньо пов'язаного з ПМГ або її видатками. BOO3 та USAID надають технічну допомогу (ТА), спрямовану на зміцнення та прискорення реформ фінансування охорони здоров'я. Низка інших партнерів підтримує сектор охорони здоров'я ширше - через фінансування та технічну допомогу.

Перелік виключень Програми

ESSA розглянула запропоновані заходи Програми та визначила, що потенційні екологічні та соціальні (E&S) наслідки не передбачають неприйнятних негативних ризиків. Відповідно до вимог Політики PforR, заходи, які, за оцінкою, можуть мати значний негативний вплив на довкілля та/або населення, що є чутливим, різноманітним або безпрецедентним, не матимуть права на фінансування за PforR. Це буде конкретизовано під час підготовки та впровадження Операційного посібника Програми (РОМ), який міститиме вичерпний Перелік виключень E&S та відповідні заходи Плану дій Програми (РАР) у сфері E&S.

Гібридний підхід до інструментів фінансування Світового банку

Запропонована Програма використовує гібридний підхід для підтримки Уряду України у досягненні поставленої мети: (i) компонент PforR; та (ii) компонент фінансування інвестиційних проєктів (IPF), зосереджений на технічній допомозі та зміцненні спроможності установ-виконавців. Компонент IPF реалізовуватиметься для усунення критичних прогалин в інституційному розвитку та спроможності установ-виконавців. Ця ESSA зосереджується на питаннях E&S, пов'язаних із компонентом PforR, і підтримуватиме зусилля установ-виконавців у межах Програми щодо управління, пом'якшення та моніторингу таких ризиків. Компонент IPF управлятиметься відповідно до Екологічної та соціальної рамкової програми Світового банку (ESF).

Додаткове фінансування

Початкова Програма передбачала плановий дефіцит фінансування в розмірі 740,1 млн дол. США, який мав покриватися в міру надходження додаткових ресурсів. Початкове фінансування МБПП/МАР у розмірі 449 млн дол. США становило лише 39,6% оціночної вартості. Це фінансування забезпечило досягнення частини ранніх результатів, однак більшість результатів ще належить досягти та профінансувати. Після 15 місяців реалізації PforR вже продемонструвала значний прогрес. Оскільки результати досягаються відповідно до плану, Уряд України просить виділити додаткові ресурси в обсязі 444,05 млн дол. США, щоб зменшити дефіцит фінансування та посилити спроможність Уряду досягти PDO. Обсяг додаткового фінансування (AF) відповідає обсягу, погодженому та узгодженому під час підготовки, за винятком збільшення фінансування DLR 7.2.³ AF надасть додаткові ресурси для DLI 4, 6, 7 і 9 та продовжить підтримувати урядову програму реформ і захист населення України від фінансових труднощів. Основні напрями реформ, у яких очікується прогрес у 2026 календарному році, включають інтеграцію закладів центрального підпорядкування до ПМГ та проведення НСЗУ моніторингових візитів до надавачів. Змін до PDO, Сфер результатів, DLI, механізмів реалізації або дати закриття не пропонується, тому додаткова екологічна та соціальна оцінка не потрібна.

Методологія ESSA

ESSA підготовлено командою Світового банку на основі поєднання огляду наявних матеріалів Програми та доступної технічної літератури, а також інтерв'ю з представниками органів влади, неурядових організацій, громад і партнерів з розвитку. ESSA: (a)

¹ Ця цифра не включає можливе майбутнє фінансування в межах додаткового фінансування PEACE.

² Загальні фактичні та заплановані видатки на ПМГ у 2022-2026 роках становлять 19,5 млрд дол. США. Це включає 7,5 млрд дол. США фактичних видатків у 2022 і 2023 роках та 12,0 млрд дол. США запланованих видатків на 2024-2026 роки.

³ Загальний запропонований обсяг фінансування для DLR 7.2 «Збільшено кількість закладів, що мають договори за ПМГ і доступне джерело сонячної енергії» збільшено зі 120 млн дол. США до 140 млн дол. США.

аналізує обсяг, контекст і потенційні наслідки Програми з точки зору E&S; (b) детально оцінює різні E&S наслідки заходів Програми, включно з непрямими й кумулятивними наслідками, а також контекстуальними та політичними ризиками, пов'язаними з E&S питаннями; (c) оцінює спроможність національних органів управляти відповідними E&S ризиками та виявляти складні ризики під час реалізації E&S заходів; (d) порівнює системи Позичальника - закони, нормативно-правові акти, стандарти, процедури та практику їх реалізації - із шістьма Основними принципами PforR (див. нижче); та (e) формулює рекомендовані заходи для усунення прогалин у спроможності й ефективності щодо політичних питань та конкретних операційних аспектів, що мають значення для управління ризиками Програми. У межах процесу оцінки PforR буде проведено подальші консультації з ключовими зацікавленими сторонами. Висновки та оцінки, викладені в документі ESSA, є позицією Світового банку.

Шість Основних принципів E&S, на яких ґрунтується ESSA, полягають у тому, щоб:

1. сприяти екологічній та соціальній сталості під час розроблення Програми, що підтримується PforR; уникати, мінімізувати або пом'якшувати негативні впливи та сприяти обґрунтованому прийняттю рішень щодо екологічних і соціальних наслідків Програми, що підтримується PforR;
2. уникати, мінімізувати або пом'якшувати негативні впливи на природні середовища існування та об'єкти матеріальної культурної спадщини внаслідок Програми, що підтримується PforR;
3. захищати безпеку населення та працівників від потенційних ризиків, пов'язаних із: (i) будівництвом та/або експлуатацією об'єктів чи іншими операційними практиками в межах Програми, що підтримується PforR; (ii) впливом токсичних хімічних речовин, небезпечних відходів та інших небезпечних матеріалів у межах Програми; та (iii) реконструкцією або відновленням інфраструктури, розташованої в районах, схильних до стихійних лих;
4. управляти придбанням земель і втратою доступу до природних ресурсів таким чином, щоб уникати або мінімізувати переміщення, а також допомагати постраждалим особам покращити або щонайменше відновити їхні засоби до існування та рівень життя;
5. належним чином враховувати культурну прийнятність і рівний доступ до вигод Програми, що підтримується PforR, приділяючи особливу увагу правам та інтересам корінних народів і потребам чи занепокоєнням уразливих груп;
6. уникати загострення соціальних конфліктів, особливо в нестабільних державах, постконфліктних районах або на територіях, що є предметом територіальних спорів.

Очікувані переваги у сфері E&S

Програма матиме низку позитивних екологічних наслідків завдяки підвищенню операційної ефективності та впровадженню заходів із пом'якшення зміни клімату. Екологічні наслідки переважно є непрямыми та впливають із покращення адміністрування й політики у сфері охорони здоров'я, що сприятиме ефективнішому використанню ресурсів та економії енергії, як описано нижче.

1. **Операційна ефективність і використання ресурсів:**
 - Рационалізація та систематизація процесу перегляду ПМГ може зменшити використання ресурсів, зокрема паперу та енергії, оскільки адміністративні процеси стануть більш упорядкованими та потенційно цифровізованими.
 - Перехід до профілактичної допомоги й ефективного ведення хронічних захворювань відповідає зусиллям із пом'якшення зміни клімату, оскільки потенційно зменшує екологічний слід надання медичної допомоги, особливо якщо знижує потребу у стаціонарному лікуванні, яке зазвичай є більш ресурсоемним.
2. **Пом'якшення зміни клімату:**
 - Сприяння використанню сонячної енергії в закладах охорони здоров'я зменшуватиме викиди парникових газів завдяки меншій залежності від викопного палива, а також посилюватиме енергетичну безпеку медичних закладів, забезпечуючи стабільніше електропостачання, що особливо важливо в районах із ненадійними електромережами або під час відключень електроенергії.
 - Заохочення використання відновлюваних джерел енергії відповідає глобальним цілям сталого розвитку та може створити приклад для інших секторів.

Програма також матиме позитивні соціальні наслідки, зокрема сприятиме підвищенню якості медичної допомоги, удосконаленню врядування, залученню громадськості, підзвітності та загальної ефективності системи охорони здоров'я:

1. **Покращення якості та доступу до медичної допомоги:** стимули до підвищення якості та розширення обсягів діяльності можуть покращити медичні послуги; надавачі можуть пропонувати більше послуг, що розширить доступ до допомоги; зосередження на пріоритетних послугах може покращити загальні результати у сфері здоров'я.
2. **Покращення врядування, підзвітності, дотримання вимог і якості:** нові механізми прямого нагляду можуть підвищити прозорість і підзвітність серед надавачів медичних послуг; очний моніторинг може сприяти підвищенню якості допомоги, а присутність моніторингового персоналу - зміцнювати довіру пацієнтів і громадськості.
3. **Посилення організаційної спроможності та автономії НСЗУ:** більший адміністративний бюджет може покращити здатність НСЗУ виконувати свої функції; зміна правового статусу НСЗУ може сприяти більш стратегічним закупівлям медичних послуг. Загалом сильніша НСЗУ може сприяти кращим результатам у сфері здоров'я.
4. **Посилення участі громадськості:** Рада громадських консультацій забезпечує ширше залучення громадськості до прийняття рішень; ефективніший місцевий нагляд за договорами на медичні послуги може покращити якість медичної допомоги.

Контекстуальні фактори ризику

E&S ризики Програми добре зрозумілі та можуть бути пом'якшені шляхом удосконалення практик чинної системи управління E&S. Однак ці ризики - переважно ризики у сфері охорони праці та безпеки (OHS) під час очного моніторингу та заходів зі зміцнення спроможності - можуть посилюватися через можливі повітряні удари (зокрема цілеспрямовані удари по критично важливій інфраструктурі охорони здоров'я) та інші воєнні дії, що створюють надзвичайну невизначеність і ризик загибелі або серйозного травмування, який неможливо повністю усунути заходами екологічного та соціального управління. Ці ризики будуть враховані шляхом підготовки Плану готовності та реагування на надзвичайні ситуації, пов'язані з воєнними загрозами, у межах компонента IPF.

Політичні та репутаційні ризики

Медичні послуги, що надаються в межах Програми THRIVE, можуть сприйматися як розподілені несправедливо, особливо якщо складається враження, що окремі регіони отримують більше ресурсів, ніж інші. Таке сприйняття може посилити наявну напруженість і призвести до соціальних конфліктів, опору ініціативам у сфері охорони здоров'я та погіршення співпраці між громадами й надавачами медичних послуг. У ESSA цей ризик оцінено як соціальний; відповідні заходи - інклюзивну кампанію із залучення громад - пропонується включити до дизайну Програми.

Потенційні E&S ризики та впливи

Потенційні прямі негативні екологічні наслідки пов'язані з необхідністю належного поводження з медичними та фармацевтичними відходами:

1. **Здоров'я та безпека громад:** розширення медичних послуг, особливо очного лікування, може призвести до підвищення ризику інфекцій в окремих місцях - у великих лікарнях, які прийматимуть більше пацієнтів порівняно з малими лікарнями, що надаватимуть менше послуг і матимуть менше пацієнтів. Це має супроводжуватися пропорційним посиленням готовності до інфекційного контролю та управлінської спроможності кожного відповідного закладу охорони здоров'я, включно з необхідною інфраструктурою, обладнанням і персоналом.
2. **Медичні відходи:** розширення медичних послуг, особливо послуг із прийняття пологів і хірургічних втручань, може призвести до збільшення обсягів медичних відходів, включно з біологічними медичними відходами, в окремих місцях. Це має супроводжуватися пропорційним нарощуванням спроможності кожного відповідного закладу охорони здоров'я у сфері поводження з відходами, включно з необхідною інфраструктурою, обладнанням і персоналом.
3. **Фармацевтичні відходи:** збільшення використання рецептурних лікарських засобів для лікування артеріальної гіпертензії має супроводжуватися належними механізмами утилізації, щоб запобігти забрудненню довкілля.

Програма також має низку непрямих негативних екологічних наслідків, які є подальшими наслідками діяльності, на яку Програма, ймовірно, впливатиме, але яка безпосередньо не пов'язана із заходами Програми:

1. **Використання ресурсів для сонячної інфраструктури:** виробництво та встановлення сонячних панелей потребує ресурсів і може утворювати відходи. Однак довгострокові переваги відновлюваної енергетики зазвичай переважають ці початкові екологічні витрати.
2. **Збільшення обсягів транспортних перевезень:** пацієнтам та членам їхніх сімей, можливо, доведеться долати більші відстані для отримання послуг із прийняття пологів, оскільки частина послуг буде зосереджена у більш центральних закладах спроможної мережі, які можуть бути віддалені від частини пацієнтів. Це потенційно збільшуватиме викиди, пов'язані з транспортом.
3. **Будівництво та реконструкція:** сама Програма безпосередньо не підтримує втручання у фізичну інфраструктуру. Однак якщо для задоволення підвищеного попиту на послуги з прийняття пологів лікарні потребуватимуть розширення або реконструкції, це може призвести до тимчасового збільшення використання ресурсів та утворення відходів, а також до інших типових наслідків будівельних робіт - шуму, пилу, інтенсивнішого руху, ризиків у сфері OHS та здоров'я і безпеки громад тощо.

Основні потенційні прямі негативні соціальні наслідки, пов'язані із заходами Програми, включатимуть:

1. **Розподіл ресурсів:** збільшення адміністративного бюджету може сприйматися як відволікання коштів від безпосереднього надання медичних послуг або інших сфер системи охорони здоров'я, що може викликати суперечки серед зацікавлених сторін і невдоволення громадськості та професійної спільноти, особливо якщо збільшений бюджет не призведе до помітного покращення результатів роботи НСЗУ.
2. **Ресурсоемність:** очний моніторинг потребує значних людських ресурсів і часу, що потенційно може відволікати увагу від інших критично важливих завдань, порушувати повсякденну роботу закладів охорони здоров'я та впливати на надання послуг.
3. **Безпека населення:** необхідне збільшення кількості призначень лікарських засобів для лікування артеріальної гіпертензії, а також хірургічних втручань, потенційно може призвести до необґрунтованих діагнозів і неправильного лікування.
4. **Безпека та добробут працівників:** медичні працівники стикаються з ризиками фізичної шкоди, психологічного стресу - наприклад, усвідомлення того, що їхню роботу моніторять, може створювати додатковий стрес через наслідки для збереження робочого місця в і без того складних умовах війни - та вигорання, особливо у воєнний час, за недостатніх заходів безпеки та браку підтримки психічного здоров'я. Це може впливати на якість наданої допомоги.

5. **Управління змінами та потенційна нерівність у розподілі медичних послуг:** розширення децентралізованих міжрегіональних департаментів (MRD) може вимагати суттєвих змін у роботі НСЗУ на місцевому рівні, що може спричинити тимчасові порушення роботи або спротив серед наявного персоналу. Якщо розширення MRD відбуватиметься нерівномірно, окремі регіони можуть отримати більше переваг, ніж інші, що потенційно посилює регіональні відмінності в якості та доступності медичної допомоги, спричинить соціальні конфлікти та підірве ефективність Програми THRIVE.
6. **Доступ до медичної допомоги для вразливих та незахищених груп населення:** вразливі групи можуть стикатися з бар'єрами у доступі до медичних послуг, зокрема через фізичну віддаленість, руйнування інфраструктури, обмежену поінформованість і проблеми з фінансовою доступністю, особливо в районах, що постраждали від конфлікту.
7. **Неефективні механізми розгляду скарг (GRM):** GRM у межах Програми THRIVE можуть бути недоступними та недостатньо прозорими, особливо для віддалених або вразливих груп населення, що може призводити до невіршених скарг і зниження довіри до системи охорони здоров'я.
8. **Сексуальна експлуатація та насильство (SEA):** існує підвищений ризик SEA серед вразливих груп населення та медичних працівників, особливо в ізольованих районах або зонах конфлікту, через відсутність комплексних заходів із запобігання, повідомлення та реагування на випадки SEA в межах Програми THRIVE.

Для зменшення ризику примусової праці ESSA пропонує посилити процеси закупівель, пов'язаних із сонячною енергетикою, шляхом включення декларацій учасників торгів щодо відсутності примусової праці, кваліфікаційних вимог та посилення договірних положень до закупівель, що передбачають фінансування сонячних панелей/компонентів сонячних систем. Зазначені негативні соціальні наслідки відображають потенційні виклики та сфери занепокоєння, що можуть виникнути під час реалізації заходів, описаних у DLI, зокрема дискусії щодо розподілу ресурсів, операційні перебої, стрес серед медичного персоналу та ширші соціальні ризики, пов'язані з Програмою THRIVE.

Правова та нормативна база

Щодо інфекційного контролю та поводження з відходами, включно з медичними і фармацевтичними відходами, Уряд України та відповідальні міністерства - Міністерство охорони здоров'я і Міністерство захисту довкілля - розробили національне природоохоронне законодавство та ухвалили закони й нормативні акти, а також низку програм і планів дій для вирішення екологічних проблем і сприяння сталому підходу до поводження з відходами. Цю законодавчу базу було апробовано під час пандемії COVID-19 та переглянуто з метою кращого узгодження з вимогами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і Міжнародної організації праці (МОП). У соціальній сфері країна сформувала відповідну правову та нормативну базу, що охоплює ключові соціальні питання, включно з трудовими відносинами та умовами праці, соціальною інклюзією і сталістю. ESSA містить стислу оцінку E&S правової та нормативної бази країни за шістьма Основними принципами Політики Світового банку щодо PforR, які вважаються застосовними до запропонованої Програми, із зазначенням її сильних сторін і викликів.

Оцінка інституційної спроможності

МОЗ управлятиме фідучіарними, екологічними та соціальними аспектами державної програми видатків. Було оцінено ключові характеристики заходів Програми - їхній характер, тип і масштаб - та відповідну E&S спроможність органів управління, включно з НСЗУ.

Хоча в МОЗ функціонує усталена Група впровадження проєктів (PIU), яка управляє трьома проєктами, що фінансуються Світовим банком, і має відповідний E&S персонал, у НСЗУ наразі немає спеціалістів з E&S та є обмежений досвід застосування Екологічних і соціальних стандартів Банку (ESS). НСЗУ має попередній досвід спільної реалізації заходів із залучення громадян, які нині здійснює команда PIU у МОЗ у співпраці з незалежною сторонньою неурядовою організацією в межах поточних проєктів, що фінансуються Банком. Оскільки проєкт має на меті зміцнити спроможність НСЗУ реалізовувати реформи, компонент IPF підтримуватиме E&S спроможність НСЗУ шляхом залучення до PIU МОЗ одного спеціаліста з питань довкілля та одного спеціаліста з соціальних питань, які допомагатимуть МОЗ і НСЗУ управляти E&S ризиками.

Порівняльний аналіз E&S системи Позичальника та Основних принципів Світового банку

Нижче узагальнено ключові висновки оцінки E&S систем, зокрема сильні сторони та слабкі місця / напрями для вдосконалення чинної системи. Вони слугуватимуть основою для запропонованих заходів із усунення прогалин і пом'якшення ризиків, щоб забезпечити управління Програмою відповідно до Основних принципів Політики PforR Банку.

1. Основний принцип 1 - Екологічна та соціальна сталість і управління ризиками

Сильні сторони

- Україна формально **наблизила своє законодавство до Директиви ЄС** про оцінку впливу на довкілля (ОВД) та Директиви про стратегічну екологічну оцінку. Після підписання Угоди про асоціацію з ЄС Україна також приєдналася до міжнародних конвенцій у сфері довкілля та сталого розвитку й ухвалила широкий спектр нормативно-правових актів і програм.
- **Сфера українського природоохоронного законодавства, включно із законодавством про небезпечні відходи, є комплексною** - понад 300 нормативно-правових актів - і охоплює більшість напрямів охорони довкілля та управління природними ресурсами.

Слабкі сторони / напрями для вдосконалення

- Законодавство значною мірою має декларативний характер і не містить усіх необхідних механізмів забезпечення виконання правових актів та міжнародних угод, особливо через обмежену спроможність відповідальних органів в умовах триваючої війни. Багато актів є неузгодженими; наприклад, контроль за дотриманням санітарних правил інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я покладений на санітарну інспекцію, яку було ліквідовано, а що відповідальність чітко не перепризначено.
- **E&S спроможність МОЗ і НСЗУ**, як основних установ-виконавців, потребує значної підтримки - зокрема для впровадження належної практики у сфері ESHS - та додаткового персоналу для забезпечення реалізації PforR.

2. **Основний принцип 2 - Природні середовища існування та об'єкти матеріальної культурної спадщини**

- Цей Основний принцип не застосовується до Програми. Запропонована Програма не передбачає робіт або заходів у межах чи поблизу природних середовищ існування або археологічних / культурних пам'яток.

3. **Основний принцип 3 - Безпека населення та працівників**

Сильні сторони

- Законодавство України про охорону праці складається із Закону України «Про охорону праці» та численних підзаконних актів. Триває робота над приведенням правової бази України у сфері OHS у відповідність до ключових міжнародних та європейських стандартів охорони праці й трудових відносин.
- Національна система охорони здоров'я має встановлені протоколи для автоматичної перевірки невідповідностей у тенденціях діагностування та призначення лікарських засобів.

Слабкі сторони / напрями для вдосконалення

- Високі показники виробничого травматизму та професійних захворювань свідчать, що у сфері запобігання професійним ризикам і забезпечення безпеки, здоров'я та добробуту працівників залишається значний обсяг роботи.
- Ці прогалини та недоліки додатково загострюються через поточну конфліктну ситуацію. Несчасні випадки зі смертельними наслідками, спричинені воєнними діями, становлять майже половину всіх смертельних травм на виробництві в умовах конфлікту.
- Низка організаційних та інфраструктурних недоліків у сфері інфекційного контролю та поводження з медичними відходами підвищує ризик впливу небезпечних факторів і забруднення довкілля.
- Перевірки OHS у закладах охорони здоров'я проводяться нерегулярно. Планові перевірки з охорони праці, які зазвичай здійснює Державна служба України з питань праці, призупинено на період воєнного стану, а заклади охорони здоров'я рідко мають необхідні ресурси та персонал для нагляду за дотриманням вимог OHS у своїй діяльності.
- Система виграє б від оновлення протоколів очного моніторингу в поєднанні зі зміцненням спроможності для забезпечення реалізації заходів з усунення прогалин.

4. **Основний принцип 4 - Управління придбанням земель і примусовим переселенням**

- Цей Основний принцип не застосовується до Програми. Заклади охорони здоров'я не передбачатимуть прямого економічного чи фізичного переміщення осіб, яких стосується проект, оскільки запропонована Програма не підтримує придбання земель і не передбачає примусового фізичного чи економічного переміщення, спричиненого фінансуванням державних установ клієнта в межах Програми.

5. **Основний принцип 5 - Інклюзія вразливих груп**

Сильні сторони

- Нормативно-правова база України містить широкий спектр політик і законодавчих актів різних рівнів управління щодо гендерних питань і соціальної інклюзії, які мають значення для забезпечення інклюзивного доступу вразливих груп до переваг Програми.

Слабкі сторони / напрями для вдосконалення

- Існує ризик, що вразливі групи та меншини можуть бути виключені з переваг Програми з різних причин, зокрема через статус внутрішньо переміщених осіб (ВПО), віддаленість, інвалідність або недостатню цифрову грамотність.

6. **Основний принцип 6 - Уникнення соціальних конфліктів**

Сильні сторони

- Існує низка національних політик і нормативно-правових актів, що передбачають наскрізні системи взаємодії із зацікавленими сторонами та розкриття інформації щодо всіх заходів Програми.

- Закон України «Про звернення громадян» гарантує право подавати зауваження, скарги та пропозиції до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, об'єднань громадян, підприємств, установ та організацій.

Слабкі сторони / напрями для вдосконалення

- На відміну від міжнародної належної практики, законодавство України не передбачає можливості подання анонімних скарг.
- Хоча МОЗ та НСЗУ мають власні системи роботи зі скаргами, їхню функціональність доцільно переглянути та посилити, наприклад чинну гарячу лінію для звернень, пов'язаних із ПМГ.

Класифікація ризиків

Заходи, що підтримуються Програмою, матимуть потенційні E&S ризики та наслідки, пов'язані з наданням / розширенням медичних послуг та підвищенням підзвітності системи ПМГ. Ці ризики та наслідки не виникатимуть у екологічно або соціально чутливих районах, є добре зрозумілими і, як очікується, матимуть обмежений вплив. Заходи Програми навряд чи вимагатимуть суттєвих змін у загальних підходах Одержувача до управління; водночас існує висока ймовірність того, що Програма досягне своїх операційних цілей і забезпечить стійкість бажаних E&S результатів. Установа-виконавець Одержувача має підтверджений досвід управління визначеними ризиками за підтримки заходів технічної допомоги та зміцнення спроможності в межах компонента IPF.

На момент підготовки ESSA загальний рівень E&S ризиків оцінюється як «Помірний» (**Moderate**) відповідно до Керівництва Світового банку з ESSA, із належними виключеннями та заходами з пом'якшення, наведеними в ESSA.

Взаємодія з клієнтом (серпень - вересень 2024 року)

Під час підготовки цієї ESSA команда Банку провела серію зустрічей із Клієнтом на основі попередньої анкети ESSA. Через безпекову ситуацію в країні виїзди на місця не проводилися. Клієнт продовжує надавати необхідну інформацію, а E&S команда Банку включає нові результати до Звіту ESSA.

Висновки та рекомендації

На підставі наведеної вище оцінки для запропонованої Програми рекомендовано низку заходів і дій, спрямованих на усунення виявлених прогалин між державною системою управління E&S та Основними принципами Політики Банку щодо PforR. Це має забезпечити управління запропонованою Програмою у спосіб, що відповідає Основним принципам. Заходи також буде включено до Операційного посібника Програми (POM) із відповідними детальними операційними настановами. Їхню ефективність продовжуватимуть моніторити та коригувати протягом усього життєвого циклу Програми:

1. забезпечення належного кадрового укомплектування у сфері E&S та розвиток інституційної спроможності МОЗ і НСЗУ;
2. підготовка та впровадження POM із вичерпним Переліком виключень E&S та заходами E&S PAP;
3. видання рекомендації МОЗ щодо належних практик управління E&S ризиками для майбутніх проєктів реконструкції / будівництва, включно з посиленням закупівельних процесів, пов'язаних із сонячною енергетикою;
4. проведення комплексного аналізу прогалин у національному E&S законодавстві щодо інфекційного контролю, поводження з медичними відходами, OHS, готовності до надзвичайних ситуацій і реагування на них та підготовка для відповідних центральних органів державної влади рекомендацій щодо змін до нормативно-правових актів, які регулюють діяльність закладів охорони здоров'я. Надалі - реалізація рекомендацій аналізу прогалин у межах сфери відповідальності МОЗ;
5. перегляд аспектів управління E&S ризиками у протоколах моніторингу та надання рекомендацій;
6. проведення оцінки потреб щодо доступності медичних послуг для вразливих груп;
7. створення функціонального механізму розгляду скарг (GM) або вдосконалення наявного механізму;
8. регулярна та інцидентна звітність у межах Програми.

1 ВСТУП

Опис Програми

1. Запропонована Програма («Р») є складовою Національної стратегії охорони здоров'я України (NHS) на 2024-2030 роки («р»). Загальна програма NHS («р») визначає пріоритети сектору охорони здоров'я на наступні сім років. Вона складається з трьох стратегічних цілей, поділених на 16 операційних цілей. Перша стратегічна ціль зосереджена на покращенні надання послуг; друга - на зміцненні інституцій та фінансуванні; третя - на людських і технологічних ресурсах у секторі охорони здоров'я. Програма («Р»), яку підтримує PforR, визначається як ПМГ, включно з реформами, що реалізуються в межах Стратегічної цілі 2 NHS «Зміцнення та підвищення спроможності інституцій національної системи охорони здоров'я» та її Операційної цілі 2 «Забезпечення належного фінансування системи охорони здоров'я та ефективності використання фінансових ресурсів». У межах Програми заходи PforR для підтримки досягнення Операційної цілі 2 Стратегічної цілі 2 поділено на чотири Сфери результатів (RA), що відповідають чотирьом ключовим вузьким місцям, які перешкоджають розгортанню та ефективності ПМГ. Межа видатків Програми охоплює видатки ПМГ за роки, які охоплює PforR, для чотирьох пакетів послуг ПМГ, що найбезпосередніше пов'язані з реформами, спрямованими на підвищення ефективності: (i) первинна медико-санітарна допомога; (ii) стаціонарна хірургічна допомога в лікарнях; (iii) лікування інсульту в лікарнях; та (iv) пологи. У бюджетному законодавстві України ПМГ визначено як окрему

бюджетну програму з орієнтовним бюджетом на 2024-2026 роки близько 11,9 млрд дол. США та орієнтовним бюджетом 4,9 млрд дол. США для чотирьох зазначених пакетів послуг (див. Рамку видатків). У таблиці 2 наведено напрями, які PforR підтримуватиме в межах програми NHS.

2. **Дві операції Банку мають фінансування, пов'язане з видатками ПМГ.** Проект HEAL (P180245) через умови, що ґрунтуються на результатах діяльності (PBC), відшкодовує видатки, понесені Урядом України на надання пріоритетних послуг, перерваних вторгненням Росії, або нових послуг, потреба в яких виникла внаслідок вторгнення: послуг у сфері психічного здоров'я, реабілітації, субсидованих лікарських засобів, вакцинації дітей та розширених послуг первинної медико-санітарної допомоги. Загальний обсяг коштів, виділених на PBC у межах HEAL, становить 160 млн дол. США, з яких 120 млн дол. США вже виплачено. Проект PEACE (P178946) надає Україні бюджетну підтримку. Частина цієї підтримки виплачується на основі суми, еквівалентної частині видатків на заробітну плату, про які звітують надавачі медичних послуг, що мають договори з НСЗУ в межах ПМГ. З 2022 року в межах PEACE виплачено 2,4 млрд дол. США, пов'язаних із видатками на заробітну плату, про які звітують надавачі медичних послуг, що мають договори з НСЗУ. Останню виплату в сумі 243 млн дол. США здійснено у вересні 2023 року.

3. З урахуванням запропонованої PforR орієнтовний обсяг фінансування Світового банку, пов'язаного з ПМГ, у період із лютого 2022 року до грудня 2026 року становить 3,8 млрд дол. США (таблиця 1).⁴ Це становить близько 19,5% видатків Уряду України на ПМГ за цей період.⁵

Таблиця 1. Операції, що фінансуються Світовим банком, із фінансуванням, пов'язаним із ПМГ

Джерело фінансування та сфери підтримки	Фактичне та орієнтовне фінансування у 2022-2026 роках, млн дол. США
Світовий банк	
HEAL: відшкодування видатків на пріоритетні пакети послуг (психічне здоров'я, реабілітація, розширені обстеження, програма «Доступні ліки»)	160
PEACE: видатки ПМГ, еквівалентні видаткам на заробітну плату, про які звітують заклади охорони здоров'я, що мають договори з НСЗУ	2 400
THRIVE: підтримка реформ у межах ПМГ, спрямованих на підвищення її ефективності, у межах програми ПМГ та встановлених фіскальних меж	1 135
Уряд України	
Загальні державні видатки на ПМГ	19 500

4. **За винятком фінансування Уряду США, що спрямовується через PEACE, жоден інший партнер з розвитку в Україні не надає фінансування, безпосередньо пов'язаного з ПМГ або її видатками.** Швейцарське агентство з розвитку та співробітництва (SDC), Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) та BOOЗ надають технічну допомогу, спрямовану на зміцнення й прискорення реформ фінансування охорони здоров'я. Низка інших партнерів підтримує сектор охорони здоров'я ширше шляхом фінансування та технічної допомоги. Наприклад, USAID підтримує державні закупівлі фармацевтичної продукції; SDC підтримує низку ініціатив у сфері психічного здоров'я, реабілітації та людських ресурсів для охорони здоров'я (HRH); інші партнери - Програма розвитку ООН (UNDP), Дитячий фонд ООН (UNICEF), Управління ООН з обслуговування проектів (UNOPS) - підтримують реагування на надзвичайні та гуманітарні потреби, пов'язані з наслідками вторгнення.

5. **PforR має на меті допомогти Уряду України усунути чотири системні вузькі місця, що обмежують ефективність ПМГ:** (i) неефективну пріоритизацію послуг, що фінансуються в межах ПМГ; (ii) застарілу та фрагментовану мережу надавачів; (iii) неповне впровадження активних методів оплати, що стимулюють результати надання послуг; та (iv) обмежену спроможність НСЗУ. Для цього **визначено чотири Сфери результатів (RA):**

- **Сфера результатів 1 - Пріоритизація в межах ПМГ:** PforR створюватиме стимули для стандартизації процесу перегляду пакета послуг ПМГ з метою поступового підвищення його економічної ефективності та для перерозподілу видатків ПМГ на рівень ПМСД.
- **Сфера результатів 2 - Оптимізація мережі лікарень:** PforR створюватиме стимули для прискорення концентрації послуг у більших і спроможніших лікарнях, що мають кращий ефект масштабу та охоплення, із використанням ефективних альтернативних джерел енергії.
- **Сфера результатів 3 - Стратегічні закупівлі:** PforR стимулюватиме впровадження активних стратегічних методів оплати надавачів. Для ПМСД це передбачатиме запровадження пакетних платежів на основі досягнення ключових показників ефективності (KPI); для лікарень - підтримку подальшої деталізації системи DRG та збільшення частки відшкодувань лікарням, що базуються на результатах надання послуг.

⁴ Ця цифра не включає можливе майбутнє фінансування в межах додаткового фінансування PEACE.

⁵ Загальні фактичні та заплановані видатки на ПМГ у 2022-2026 роках становлять 19,5 млрд дол. США. Це включає 7,5 млрд дол. США фактичних видатків у 2022 і 2023 роках та 12,0 млрд дол. США запланованих видатків на 2024-2026 роки.

- **Сфера результатів 4 - Управлінська спроможність:** PforR посилить автономію НСЗУ та механізми нагляду, зокрема через залучення громадян, і стимулюватиме зміцнення спроможності НСЗУ, особливо на децентралізованому рівні, щоб Служба могла ефективніше виконувати функції моніторингу і контролю та краще виявляти й повертати кошти ПМГ, втрачені внаслідок помилок у виставленні рахунків і шахрайства.

6. У довгостроковій перспективі заходи Уряду України та стимули, що надаються Світовим банком, сприятимуть підвищенню ефективності ПМГ, ефективнішому використанню державного фінансування охорони здоров'я і, зрештою, покращенню показників здоров'я населення України.

7. PforR реалізовуватиметься протягом трьох років із орієнтовною загальною вартістю 3,8 млрд дол. США, з яких 1,2 млрд дол. США фінансуватимуться за рахунок позик і грантів МБРР. Через обмеженість ресурсів поточне фінансування МБРР у розмірі 220 млн дол. США необхідно буде виплатити протягом 2024 календарного року. Вибірki коштів у розмірі не більше 25% обсягу фінансування здійснюватимуться за попередні результати, досягнуті в період між датою розгляду концепції Програми та датою підписання Юридичної угоди. Подальші вибірки здійснюватимуться за DLI, досягнуті та верифіковані після дати Юридичної угоди. Крім того, потрібно буде надати аванс на видатки, пов'язані з DLI, які будуть досягнуті після 31 жовтня 2024 року. Сукупний обсяг авансу та вибірок за попередні результати не перевищуватиме граничних 30%, дозволених Директивою PforR.

8. Початкова Програма передбачала плановий дефіцит фінансування в розмірі 740,1 млн дол. США, який мав покриватися в міру надходження додаткових ресурсів. Початкове фінансування МБРР/МАР у розмірі 449 млн дол. США становило лише 39,6% оціночної вартості. Це фінансування забезпечило частину ранніх результатів, однак більшість результатів ще належить досягти та профінансувати. Після 15 місяців реалізації PforR вже продемонструвала значний прогрес. Оскільки результати досягаються відповідно до плану, Уряд України просить виділити додаткові ресурси в обсязі 444,05 млн дол. США, щоб зменшити дефіцит фінансування та зміцнити спроможність Уряду досягти PDO. Обсяг додаткового фінансування (AF) відповідає обсягу, погодженому та узгодженому під час підготовки. AF надасть додаткові ресурси для DLI 4, 6, 7 і 9 та продовжить підтримувати урядову програму реформ і захист населення України від фінансових труднощів. Основні напрями реформ, у яких очікується прогрес у 2026 календарному році, включають інтеграцію закладів центрального підпорядкування до ПМГ та проведення НСЗУ моніторингових візитів до надавачів. Змін до PDO, Сфер результатів, механізмів реалізації або дати закриття не пропонується. Деякі DLI у межах Додаткового фінансування переглянуто щодо масштабу фінансування, але не за їхньою суттю. Е&S ризики Програми залишаються Помірними (Moderate). ESSA, підготовлена для початкової Програми, наразі реалізується та залишається чинною для AF. Е&S результативність початкової Програми на цьому етапі оцінюється як Помірно задовільна (Moderately Satisfactory), оскільки виконання ключових Е&S заходів затримується через початковий етап реалізації та складні операційні обставини в країні.

Методологія ESSA

9. ESSA підготовлено командою Світового банку на основі огляду наявних матеріалів Програми та доступної технічної літератури, а також інтерв'ю з представниками органів влади, неурядових організацій, громад і партнерів з розвитку. У межах процесу оцінки PforR буде проведено подальші консультації з ключовими зацікавленими сторонами. Висновки та оцінки, викладені в документі ESSA, є позицією Світового банку.

10. Сфера охоплення ESSA включає заходи та системи, необхідні для досягнення Мети розвитку Програми (PDO), програму видатків, визначені Сфери результатів і DLI. ESSA оцінює потенційні Е&S наслідки Програми та аналізує Е&S систему Клієнта, щоб визначити її відповідність таким шістьом Основним принципам Е&S, описаним у Політиці Світового банку щодо PforR:

1. **сприяти екологічній та соціальній сталості** під час розроблення PforR; **уникати, мінімізувати або пом'якшувати негативні впливи** та сприяти обґрунтованому прийняттю рішень щодо екологічних і соціальних наслідків PforR;
2. **уникати, мінімізувати або пом'якшувати негативні впливи на природні середовища існування та об'єкти матеріальної культурної спадщини** внаслідок PforR;
3. **захищати безпеку населення та працівників** від потенційних ризиків, пов'язаних із: (i) будівництвом та/або експлуатацією об'єктів чи іншими операційними практиками в межах PforR; (ii) впливом токсичних хімічних речовин, небезпечних відходів та інших небезпечних матеріалів у межах PforR; та (iii) реконструкцією або відновленням інфраструктури, розташованої в районах, схильних до стихійних лих;
4. **управляти придбанням земель і втратою доступу до природних ресурсів** таким чином, щоб уникати або мінімізувати переміщення, а також допомагати постраждалим особам покращити або щонайменше відновити їхні засоби до існування та рівень життя;
5. належним чином враховувати культурну прийнятність і рівний доступ до переваг PforR, приділяючи особливу увагу правам та інтересам корінних народів і потребам чи занепокоєнням уразливих груп;
6. уникати загострення соціальних конфліктів, особливо в нестабільних державах, постконфліктних районах або на територіях, що є предметом територіальних спорів.

11. Основні етапи ESSA:

- **огляд базової екологічної та соціальної інформації** для розуміння контексту, в якому здійснюються заходи Програми;
- **аналіз екологічних і соціальних переваг та ризиків** заходів Програми;
- оцінка систем Позичальника для екологічного та соціального управління під час планування й реалізації заходів Програми на відповідність застосовним Основним принципам;

- **визначення процедурних і політичних прогалин** щодо Політики та Директиви Банку з фінансування програм з прив'язкою до результатів, зокрема шести Основних принципів, а також обмежень результативності у здійсненні процесів екологічного та соціального управління;
- розроблення комплексу заходів для зміцнення систем і покращення екологічних та соціальних результатів Програми.

12. Методологія включала три окремі складові: (i) інтерв'ю з відповідними установами - НСЗУ і МОЗ - та іншими ключовими зацікавленими сторонами, проведені командою Банку в серпні 2024 року; (ii) огляд документів, літератури та даних, наявних у ключових установах, щодо правової та нормативної бази управління екологічними й соціальними ризиками, включно із системами управління скаргами; та (iii) консультативний семінар із зацікавленими сторонами на національному рівні для оцінки можливих E&S наслідків для різних категорій зацікавлених сторін. Консультації із зацікавленими сторонами на національному рівні було організовано у вересні 2024 року, а їхні результати включено до аналізу; обговорення докладно наведено нижче в Розділі 6 «Взаємодія із зацікавленими сторонами». Перелік учасників наведено в Додатку 1. Проект ESSA було оприлюднено та поширено серед зацікавлених сторін до консультацій і до проведення оцінки. Остаточну ESSA буде оприлюднено до затвердження Програми.

2 ОЧІКУВАНІ ЕКОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ

13. Ключові E&S характеристики запропонованої Програми. Хоча запропонована Програма безпосередньо не підтримуватиме втручання у фізичну інфраструктуру, вона підтримуватиме «верхньорівневу» систему врядування у сфері охорони здоров'я щодо: (i) укладення договорів на медичні послуги та їх моніторингу; (ii) покращення використання програми «Доступні ліки»; (iii) стимулювання використання джерел сонячної енергії; та (iv) зміцнення НСЗУ і підвищення її спроможності.

14. Загальні E&S переваги. Програма матиме низку позитивних екологічних наслідків завдяки підвищенню операційної ефективності та впровадженню заходів із пом'якшення зміни клімату. Екологічні наслідки переважно є непрямими та впливають із покращення адміністрування й політики у сфері охорони здоров'я, що сприятиме ефективнішому використанню ресурсів та економії енергії:

1. Операційна ефективність і використання ресурсів:
 - раціоналізація та систематизація процесу перегляду ПМГ може зменшити використання ресурсів, зокрема паперу та енергії, оскільки адміністративні процеси стануть більш упорядкованими та потенційно цифровізованими;
 - перехід до профілактичної допомоги й ефективного ведення хронічних захворювань відповідає зусиллям із пом'якшення зміни клімату, оскільки потенційно зменшує екологічний слід надання медичної допомоги, особливо якщо знизить потребу у стаціонарній допомозі, яка зазвичай є більш ресурсоємною.
2. Пом'якшення зміни клімату:
 - сприяння використанню сонячної енергії в закладах охорони здоров'я зменшуватиме викиди парникових газів завдяки меншій залежності від викопного палива, а також підвищуватиме енергетичну безпеку медичних закладів, забезпечуючи стабільне електропостачання, що особливо важливо в районах із ненадійними електромережами або під час відключень електроенергії;
 - заохочення використання відновлюваних джерел енергії відповідає глобальним цілям сталого розвитку та може створити приклад для інших секторів.

15. Програма також **матиме позитивні соціальні наслідки**, зокрема сприятиме підвищенню якості медичної допомоги, удосконаленню врядування, залученню громадськості, підзвітності та загальної ефективності системи охорони здоров'я:

1. Покращення якості та доступу до медичної допомоги: стимули до підвищення якості та розширення обсягів діяльності можуть покращити медичні послуги; надавачі можуть пропонувати більше послуг, що розширить доступ до допомоги; зосередження на пріоритетних послугах може покращити загальні результати у сфері здоров'я.
2. Покращення врядування, підзвітності, дотримання вимог і якості: нові механізми прямого нагляду можуть підвищити прозорість і підзвітність серед надавачів медичних послуг; очний моніторинг може сприяти підвищенню якості допомоги, а присутність моніторингового персоналу - зміцнювати довіру пацієнтів і громадськості.
3. Посилення організаційної спроможності та автономії НСЗУ: більший адміністративний бюджет може покращити здатність НСЗУ виконувати свої функції; зміна правового статусу НСЗУ може сприяти більш стратегічним закупівлям медичних послуг. Загалом сильніша НСЗУ може сприяти кращим результатам у сфері здоров'я.
4. Створення робочих місць і професійний розвиток: розширення міжрегіональних департаментів (MRD) створюватиме нові робочі місця та матиме позитивний економічний ефект на місцевому рівні. Більша кількість працівників на децентралізованому рівні може сприяти кращим результатам у сфері здоров'я для місцевого населення; додаткові кошти можуть забезпечити кращу підготовку персоналу та підвищення якості послуг.
5. Посилення участі громадськості: Рада громадських консультацій забезпечує ширше залучення громадськості до прийняття рішень; ефективніший місцевий нагляд за договорами на медичні послуги може покращити якість медичної допомоги.

16. Скринінг і класифікація ключових E&S ризиків та наслідків. У цьому розділі узагальнено потенційні ключові E&S ризики й наслідки, пов'язані з (А) кожним DLI/DLR та (В) програмою видатків, які команда Банку визначила за результатами обговорень із ключовими зацікавленими сторонами та аналізу доступної інформації. Через безпекову ситуацію в країні виїзди на місця не

проводилися. На основі оцінки, здійсненої командою Банку, (i) імовірних E&S наслідків, (ii) контекстуальних факторів ризику, (iii) ризиків, пов'язаних з інституційною спроможністю та складністю, і (iv) політичних та репутаційних ризиків, які наведені в цій ESSA та PAD, загальний рівень E&S ризиків оцінюється як «Помірний» (Moderate) відповідно до Керівництва Світового банку з ESSA,⁶ із відповідними виключеннями та заходами з пом'якшення, передбаченими в ESSA. Слід також зазначити, що ESSA не може повністю врахувати контекстуальні ризики, які можуть виходити за межі запропонованої Програми, зокрема ризики, пов'язані з мінуванням територій, історичним / воєнним забрудненням, повітряними атаками та іншими воєнними загрозами. Команда Банку продовжуватиме моніторити та переглядати цю класифікацію протягом реалізації Програми.

A. Потенційні E&S ризики та наслідки за DLI/DLR

17. Потенційні **прямі негативні екологічні наслідки** пов'язані з необхідністю належного поводження з медичними та фармацевтичними відходами (**Основний принцип 3**):

1. **Здоров'я та безпека громад:** розширення медичних послуг, особливо очного лікування, може призвести до підвищення ризику інфекцій в окремих місцях - у великих лікарнях, які прийматимуть більше пацієнтів порівняно з малими лікарнями, що надаватимуть менше послуг і матимуть менше пацієнтів. Це має супроводжуватися пропорційним посиленням готовності до інфекційного контролю та управлінської спроможності кожного відповідного закладу охорони здоров'я, включно з необхідною інфраструктурою, обладнанням і персоналом.
2. **Медичні відходи:** розширення медичних послуг, особливо послуг із прийняття пологів і хірургічних втручань, може призвести до збільшення обсягів медичних відходів, включно з біологічними медичними відходами, в окремих місцях. Це має супроводжуватися пропорційним нарощуванням спроможності кожного відповідного закладу охорони здоров'я у сфері поводження з відходами, включно з необхідною інфраструктурою, обладнанням і персоналом.
3. **Фармацевтичні відходи:** збільшення використання рецептурних лікарських засобів для лікування артеріальної гіпертензії має супроводжуватися належними механізмами утилізації, щоб запобігти забрудненню довкілля.

18. Програма також має низку **непрямих негативних екологічних наслідків**, які є подальшими наслідками діяльності, на яку Програма, ймовірно, впливатиме, але яка безпосередньо не пов'язана із заходами Програми:

1. **Використання ресурсів для сонячної інфраструктури:** виробництво та встановлення сонячних панелей потребує ресурсів і може утворювати відходи. Однак довгострокові переваги відновлюваної енергетики зазвичай переважають ці початкові екологічні витрати. (**Основний принцип 1**)
2. **Збільшення обсягів транспортних перевезень:** пацієнтам і членам їхніх сімей, можливо, доведеться долати більші відстані для отримання послуг із прийняття пологів, що потенційно збільшуватиме транспортні викиди. (**Основний принцип 1**)
3. **Будівництво та реконструкція:** сама Програма безпосередньо не підтримує втручання у фізичну інфраструктуру. Однак якщо для задоволення підвищеного попиту на послуги з прийняття пологів лікарні потребуватимуть розширення або реконструкції, це може призвести до тимчасового збільшення використання ресурсів та утворення відходів, а також до інших типових наслідків будівельних робіт - шуму, пилу, інтенсивнішого руху, ризиків у сфері ОНС та здоров'я і безпеки громад тощо. (**Основні принципи 1 і 3**)

19. Основні потенційні **прямі негативні соціальні наслідки**, пов'язані із заходами Програми, включатимуть:

1. **Розподіл ресурсів:** збільшення адміністративного бюджету може сприйматися як відволікання коштів від безпосереднього надання медичних послуг або інших сфер системи охорони здоров'я, що може викликати суперечки серед зацікавлених сторін і невдоволення громадськості та професійної спільноти, особливо якщо збільшений бюджет не призведе до помітного покращення результатів роботи НСЗУ. (**Основний принцип 6**)
2. **Ресурсоемість:** очний моніторинг потребує значних людських ресурсів і часу, що потенційно може відволікати увагу від інших критично важливих завдань, порушувати повсякденну роботу закладів охорони здоров'я та впливати на надання послуг. (**Основний принцип 3**)
3. **Безпека населення:** необхідне збільшення кількості призначень лікарських засобів для лікування артеріальної гіпертензії та діабету, а також хірургічних втручань, потенційно може призвести до необґрунтованих діагнозів і неправильного лікування. (**Основний принцип 3**)
4. **Безпека та добробут працівників:** медичні працівники стикаються з ризиками фізичної шкоди, психологічного стресу - наприклад, усвідомлення того, що їхню роботу моніторять, може створювати додатковий стрес через наслідки для

⁶ Відповідно до керівництва з рейтингу E&S ризиків у Керівництві Світового банку з ESSA, визначення «Помірного» E&S ризику є таким: «Існує помірна ймовірність того, що заходи Програми призведуть до певних E&S наслідків. Заходи Програми навряд чи вимагатимуть суттєвих змін у загальних підходах Позичальника до управління, і водночас є висока ймовірність того, що Програма досягне операційних цілей та забезпечить сталість бажаних E&S результатів завдяки нижчим контекстуальним ризикам, ризикам інституційної складності/спроможності або політичним і репутаційним ризикам. Ці ризики добре зрозумілі та, як очікується, матимуть обмежений вплив. Установи-виконавці Позичальника зазвичай мають підтверджений досвід управління визначеними ризиками і, хоча цей досвід не є бездоганим, потребують відносно обмежених заходів зі зміцнення спроможності. Операція може мати певні негативні E&S наслідки, однак вони, як правило, не виникатимуть у екологічно або соціально чутливих районах. Заходи Програми є невеликими за масштабом, їхні наслідки добре відомі та керовані за допомогою стандартних процедур; вони не потребують неперевіраних заходів із пом'якшення або управління. Операція навряд чи матиме значний негативний вплив на викиди парникових газів і не матиме суттєвого ризику стихійних лих, таких як повені, землетруси або екстремальні погодні явища. Операція також може мати обмежену ймовірність негативного впливу на гендерні питання, вразливі групи, бідність і справедливість».

збереження робочого місця в і без того складних умовах війни - та вигорання, особливо у воєнний час, за недостатніх заходів безпеки та браку підтримки психічного здоров'я. Це може впливати на якість наданої допомоги. **(Основний принцип 3)**

5. Управління змінами та потенційна нерівність у розподілі медичних послуг: розширення децентралізованих міжрегіональних департаментів (MRD) може вимагати суттєвих змін у роботі НСЗУ на місцевому рівні, що може спричинити тимчасові порушення роботи або спротив серед наявного персоналу. Якщо розширення MRD відбуватиметься нерівномірно, окремі регіони можуть отримати більше переваг, ніж інші, що потенційно посилює регіональні відмінності в якості та доступності медичної допомоги, спричинить соціальні конфлікти та підірве ефективність Програми THRIVE. **(Основний принцип 5)**
6. Доступ до медичної допомоги для вразливих та незахищених груп населення: вразливі групи можуть стикатися з бар'єрами у доступі до медичних послуг, зокрема через фізичну віддаленість, руйнування інфраструктури, обмежену поінформованість і проблеми з фінансовою доступністю, особливо в районах, що постраждали від конфлікту. **(Основний принцип 5)**
7. Неєфективні механізми розгляду скарг (GRM): GRM у межах Програми THRIVE можуть бути недоступними та недостатньо прозорими, особливо для віддалених або вразливих груп населення, що може призводити до невирішених скарг і зниження довіри до системи охорони здоров'я. **(Основний принцип 6)**
8. Сексуальна експлуатація та насильство (SEA): існує підвищений ризик SEA серед вразливих груп населення та медичних працівників, особливо в ізольованих районах або зонах конфлікту, через відсутність комплексних заходів із запобігання, повідомлення та реагування на випадки SEA в межах Програми. **(Основний принцип 5)**

20. Програма також має непрямий негативний соціальний наслідок, пов'язаний із примусовою працею (Основний принцип 3), ризик якої існує у глобальному ланцюгу постачання сонячних панелей і компонентів сонячних систем. Для зменшення цього ризику ESSA пропонуватиме посилити процеси закупівель, пов'язаних із сонячною енергетикою, шляхом включення декларацій учасників торгів щодо відсутності примусової праці, кваліфікаційних вимог та посилення договірних положень до закупівель, що передбачають фінансування сонячних панелей / компонентів сонячних систем. Зазначені негативні соціальні наслідки відображають потенційні виклики та сфери занепокоєння, які можуть виникнути під час реалізації заходів, описаних у DLI, зокрема дискусії щодо розподілу ресурсів, операційні перебої, стрес серед медичного персоналу та ширші соціальні ризики, пов'язані з Програмою THRIVE.

Нижче в таблиці наведено прямі та непрямі екологічні й соціальні наслідки.

Таблиця 2. Прямі та непрямі екологічні й соціальні наслідки Програми THRIVE

Індикатори, пов'язані з виплатою коштів (DLIs), та результати, пов'язані з виплатою коштів (DLRs)	Ключові екологічні ризики та наслідки	Ключові соціальні ризики та наслідки
DLI 1. Стандартизувати щорічний процес перегляду пакета послуг ПМГ		
DLR 1.1. Процес визначення гарантій у межах ПМГ переглянуто наказом МОЗ або постановою Кабінету Міністрів таким чином, щоб він містив щонайменше: (i) визначення ролей сторін; та (ii) критерії додавання нових послуг до пакета послуг.	Позитивні: Зменшення використання ресурсів: упорядкування процесу перегляду може зменшити використання фізичних ресурсів, зокрема паперу, завдяки ефективнішому адміністративному процесу. Непряма економія енергії: підвищення операційної ефективності в МОЗ може опосередковано зменшити енергоспоживання, оскільки на адміністративні завдання витратиться менше часу та ресурсів.	Позитивні: Покращення управління у сфері охорони здоров'я: стандартизація процесу перегляду ПМГ може покращити управління, оскільки створює більш передбачувану та прозору систему для надавачів і отримувачів послуг. Підвищення прозорості: чіткі критерії включення послуг і добре визначений процес допоможуть зацікавленим сторонам краще розуміти ПМГ, що може підвищити довіру та співпрацю. Негативні: Період адаптації: надавачам та іншим зацікавленим сторонам може знадобитися певний час для адаптації до нового стандартизованого процесу, що на початковому етапі може спричинити плутанину або затримки.
DLI 2. Підвищити точність інформації, що вноситься до електронних систем охорони здоров'я		
DLR 2.1. Процедуру систематичного розрахунку капітаційної ставки ПМСД, яка враховує основні фактори вартості надання послуг, затверджено	Позитивні: Ефективність використання ресурсів: потенційні екологічні переваги включають зменшення адміністративних накладних витрат і використання паперу в міру цифровізації та упорядкування процесів, що сприятиме збереженню ресурсів. Економія енергії: непряма економія енергії може бути результатом підвищення операційної ефективності адміністрування охорони здоров'я.	Позитивні: Покращення доступу та якості медичної допомоги: точніші й ефективніші виплати за медичні послуги можуть покращити доступ населення до допомоги та загальні результати у сфері здоров'я. Адміністративна ефективність: підвищення точності та ефективності прикріплення пацієнтів може зменшити адміністративні втрати й покращити розподіл ресурсів. Підвищення довіри: автоматизована верифікація персональних даних може підвищити довіру до системи охорони здоров'я, задоволеність і залученість пацієнтів. Краще управління даними: покращення управління даними та інтеграція з європейськими системами охорони здоров'я можуть полегшити надання допомоги громадянам України за кордоном, що особливо важливо в умовах конфлікту та переміщення населення. Негативні: Потенційні перебої: запровадження нових систем і методологій може тимчасово порушити установлені процеси та спричинити короткострокову неєфективність або плутанину серед надавачів і пацієнтів.
DLR 2.2. Пацієнтів, які підписали декларації про вибір лікаря ПМСД, верифіковано за Інформаційною платформою електронної верифікації Міністерства фінансів.		

DLR 2.3. Пацієнтів, які підписали декларації про вибір лікаря ПМСД, верифіковано за даними Державного реєстру фізичних осіб.	
DLR 2.4. Пацієнтів, які підписали декларації про вибір лікаря ПМСД, верифіковано за системою ARCAN (реєстром Державної прикордонної служби).	

DLI 3. Пріоритизувати видатки на ПМСД у межах ПМГ шляхом підвищення капітаційної ставки ПМСД у межах загального бюджету ПМГ		
DLR 3.1. Капітаційну ставку ПМСД збільшено щонайменше до 825 грн.	Позитивні: Зменшення екологічного сліду: підвищення ефективності послуг ПМСД може зменшити екологічний слід, якщо воно знизить залежність від більш ресурсоемної стаціонарної допомоги. Цифровізація: якщо підвищення капітаційної ставки сприятиме більшому використанню цифрової звітності та управління даними, це може мати екологічні переваги, зокрема зменшення використання паперу.	Позитивні: Покращення доступу до медичної допомоги: підвищення капітаційної ставки може зробити послуги ПМСД доступнішими завдяки достатньому фінансуванню фактичних витрат на їх надання, що потенційно покращить результати у сфері здоров'я. Якість допомоги: за кращого фінансування надавачі можуть мати більші стимули підвищувати якість, щоб залучати й утримувати пацієнтів. Фінансова сталість: узгодження капітаційної ставки з фактичними витратами на ПМСД може підтримати фінансову сталість надавачів. Негативні: Можливі перебої в наданні послуг: якщо загальний бюджет ПМГ не буде збільшено для покриття вищої капітаційної ставки, через перерозподіл ресурсів можуть постраждати інші послуги, що потенційно зменшить їх доступність або якість.

DLI 4. Збільшити надання економічно ефективних послуг з ведення артеріальної гіпертензії на рівні ПМСД

DLR 4.1. Збільшено кількість осіб із діагностованою артеріальною гіпертензією, які отримали від сімейного лікаря рецепти на відповідні лікарські засоби в межах програми «Доступні ліки».	Позитивні: Зменшення енергоспоживання: запобігання госпіталізаціям, які зазвичай потребують значних енергетичних ресурсів, і ведення пацієнтів на рівні ПМСД можуть зменшити енергоспоживання та вуглецевий слід на одного пацієнта. Пом'якшення зміни клімату: перехід до більш енергоефективного надання медичної допомоги відповідає заходам із пом'якшення зміни клімату, оскільки зменшує загальний екологічний вплив медичних послуг. Негативні: Фармацевтичні відходи: збільшення використання рецептурних лікарських засобів для лікування гіпертензії має супроводжуватися належними механізмами утилізації, щоб запобігти забрудненню довкілля.	Позитивні: Покращення результатів у сфері здоров'я: зосередження на веденні гіпертензії та серцево-судинних захворювань на рівні ПМСД може покращити результати завдяки ранньому втручанню та послідовному веденню цих станів. Економічна ефективність: перехід до профілактичних послуг і ведення НІЗ, таких як гіпертензія, на рівні ПМСД може зменшити потребу в дорожчому стаціонарному лікуванні. Доступність: підвищення доступності недорогих лікарських засобів через програму «Доступні ліки» може покращити доступ пацієнтів із гіпертензією та діабетом до необхідних препаратів і ведення захворювання. Ефективність системи охорони здоров'я: запобігання прогресуванню хвороб до стадій, що потребують госпіталізації, дає змогу ефективніше використовувати ресурси, спрямовуючи їх на профілактику замість дорогих невідкладних втручань. Негативні: Перерозподіл ресурсів: перенаправлення ресурсів на ПМСД та профілактичні послуги може бути складним і, за неналежного управління, впливати на інші напрями медичної допомоги. Дотримання лікування: забезпечення прихильності пацієнтів до медикаментозної терапії може бути складним; недотримання режиму лікування може знизити ефективність ініціативи.
---	---	---

DLI 5. Розширити селективне контракування лікарень		
DLR 5.1. НСЗУ оприлюднила порогові значення для селективного контракування щодо: (i) пологів; (ii) стаціонарної хірургії; та (iii) мінімального відсотка тромболізу для пацієнтів з ішемічним інсультом.	Позитивні: Зменшення екологічного сліду: концентрація послуг із прийняття пологів у меншій кількості лікарень може зменшити загальний екологічний слід надання допомоги, якщо ці лікарні є енергоефективнішими та мають кращі системи поводження з відходами. Енергоефективність: лікарні, що отримують ефект масштабу, імовірно інвестуватимуть в енергоефективні технології, що може зменшити енергоспоживання та викиди парникових газів. Негативні: Здоров'я та безпека громад: розширення обсягів медичних послуг може підвищити ризик інфекцій в окремих місцях.	Позитивні: Підвищення якості допомоги: концентрація очних послуг у спроможних лікарнях може підвищити якість завдяки кращим ресурсам і досвідченішому персоналу. Покращення результатів: лікарні, які відповідають вищим пороговим вимогам щодо очних послуг, імовірно мають кращу інфраструктуру та протоколи, що може покращити результати лікування. Ефективне використання ресурсів: зосередження на лікарнях, здатних обслуговувати більший обсяг стаціонарних випадків, може забезпечити ефективніше використання медичних матеріалів і персоналу. Негативні: Ризик надмірного надання послуг: надавачі можуть мати стимул надавати зайві послуги для збільшення оплати за активність, що може призвести до непотрібного лікування або призначень. Перебої в наданні послуг: перехід до нової системи контракування може тимчасово порушити надання медичних послуг. Доступ до допомоги: зменшення кількості лікарень, що надають очні
DLI 6. Збільшити кількість послуг, що надаються в лікарнях із великим обсягом випадків		

DLR 6.1. Збільшено кількість пологів у лікарнях із великим обсягом випадків	Збільшення транспортних перевезень: пацієнтам та їхнім сім'ям, можливо, доведеться долати більші відстані для отримання послуг із прийняття пологів, що може збільшити транспортні викиди.	послуги, може погіршити доступ, особливо для пацієнтів у сільських або недостатньо забезпечених районах.
DLR 6.2. Збільшено кількість стаціонарних хірургічних втручань у лікарнях із великим обсягом випадків.	Будівництво та реконструкція: якщо лікарням доведеться розширюватися або реконструюватися для задоволення збільшеного попиту на послуги з прийняття пологів, це може тимчасово збільшити використання ресурсів і утворення відходів.	Транспортні бар'єри: пацієнтам, можливо, доведеться їхати далі для отримання очних послуг, що створюватиме перешкоди для своєчасної та належної допомоги. Потенційне переважання: концентрація очних послуг у меншій кількості лікарень може призвести до переповнення й надмірного навантаження, якщо збільшення обсягів не буде належно керованим. Переміщення медичних працівників: втрата договорами менших лікарень окремих пакетів послуг може призвести до переміщення робочих місць і вплинути на засоби до існування працівників цих закладів.
DLR 6.3. Збільшено кількість випадків інсульту, пролікованих у лікарнях із високим рівнем проведення тромболізу.	Збільшення медичних відходів: концентрація послуг може збільшити обсяги медичних відходів унаслідок більшої концентрації пацієнтів, що вимагатиме модернізації наявних практик поводження з відходами.	

DLI 7. Розширити використання сонячної енергії в секторі охорони здоров'я		
DLR 7.1. НСЗУ переглянула вимоги до звітності закладів охорони здоров'я, що мають договори за ПМГ, включивши інформацію про наявність сонячної енергії.	Позитивні: Зменшення вуглецевого сліду: використання сонячної енергії в закладах охорони здоров'я зменшуватиме викиди парникових газів завдяки меншій залежності від викопного палива. Енергетична безпека: сонячна енергія є відновлюваним джерелом, що може підвищити енергетичну безпеку закладів охорони здоров'я та забезпечити стабільніше електропостачання, особливо в районах із ненадійними електромережами. Стала енергетика: заохочення відновлюваних джерел енергії відповідає глобальним цілям сталого розвитку та може створити приклад для інших секторів. Негативні: Використання ресурсів для сонячної інфраструктури: виробництво та встановлення сонячних панелей потребує ресурсів і може утворювати відходи. Однак довгострокові переваги відновлюваної енергетики зазвичай переважають ці початкові екологічні витрати.	Позитивні: Надійність медичних послуг: підвищення енергетичної безпеки дає змогу надавати медичні послуги надійніше, що критично важливо для невідкладної допомоги та зберігання лікарських засобів і вакцин. Економічні переваги: інвестиції в сонячну інфраструктуру можуть створювати робочі місця та стимулювати місцеву економіку. Переваги для здоров'я: зменшення забруднення повітря від спалювання викопного палива може покращувати загальний стан здоров'я населення. Негативні: Початкові витрати: стартові інвестиції в сонячну інфраструктуру можуть бути значними, що може відволікати кошти від інших медичних послуг або вимагати додаткового фінансування. Потреби в технічному обслуговуванні: може виникнути потреба у навчанні та наймі персоналу для обслуговування й експлуатації сонячних систем, що може бути складним в умовах обмежених ресурсів. Примусова праця: ризик примусової праці існує у глобальному ланцюгу постачання сонячних панелей і компонентів сонячних систем.
DLR 7.2. Збільшено кількість закладів, що мають договори за ПМГ і доступне джерело сонячної енергії.		

DLI 8. Удосконалити встановлення тарифів та механізми оплати на основі випадку		
DLR 8.1. НСЗУ затвердила систематичну методологію збору даних про витрати лікарень.	Позитивні: Цифрова інфраструктура: впровадження нової системи DRG, імовірно, потребуватиме більшого використання цифрової інфраструктури, яка має власний екологічний слід у вигляді енергоспоживання та електронних відходів. Зменшення використання паперу: перехід до більш цифрової системи може зменшити потребу в папері та мати позитивний екологічний ефект. Негативні: Енергоспоживання: ширше використання цифрових систем може збільшити споживання енергії, хоча це може компенсуватися енергоощадними технологіями та практиками.	Позитивні: Підвищення ефективності медичної допомоги: точніша система DRG може покращити розподіл ресурсів, спрямовуючи кошти туди, де вони найбільш потрібні та матимуть найбільший вплив. Покращення управління лікарнями: систематичний збір даних про витрати може надати адміністраціям лікарень інформацію для більш обґрунтованих рішень щодо надання послуг і використання ресурсів. Справедливіше відшкодування: відображення фактичної вартості послуг у системі DRG може забезпечити справедливіше відшкодування лікарням і зменшити потребу пацієнтів покривати нестачу коштів. Негативні: Адміністративне навантаження: запровадження нової системи збору даних про витрати та управління DRG спочатку може створити значне адміністративне навантаження на персонал лікарень. Навчання і перехід: може знадобитися масштабне навчання персоналу для адаптації до нової системи, що тимчасово може порушити роботу лікарень. Ризик нерівності: за неналежного управління нова система DRG може створити нерівність у наданні послуг, зокрема недофінансування лікарень, витрати яких перевищують середній рівень.
DLR 8.2. Систему Ukraine Adjacent DRG переглянуто постановою Кабінету Міністрів із метою збільшення кількості DRG.		
DLR 8.3. НСЗУ аналізує та оприлюднює дані про вартість послуг, наданих лікарнями, із застосуванням методології, передбаченої DLR 8.1.		

DLI 9. Покращити використання стратегічних закупівель шляхом збільшення частки відшкодувань лікарням на основі оплат за випадок та з мішаних оплат на рівні ПМСД		
DLR 9.1. Збільшено в межах загального бюджету ПМГ на відповідний фінансовий рік частку оплат НСЗУ лікарням, що мають договори за ПМГ, на основі DRG для надкластерних лікарень та закладів МОЗ і Національної	Позитивні: Зменшення екологічного сліду: ефективніша робота лікарень, зумовлена потребою оптимізувати діяльність у межах структури оплат DRG, може зменшити екологічний слід завдяки меншій кількості відходів і сталішому використанню ресурсів. Цифровізація: ширше використання цифрових систем для відстеження та звітування про	Позитивні: Стимулювання ефективності: збільшення частки оплат за DRG може мотивувати лікарні підвищувати ефективність і зменшувати непотрібні послуги, оскільки відшкодування здійснюватиметься за типом випадку, а не за глобальним бюджетом. Якість допомоги: оплата за випадок потенційно може покращити якість, оскільки лікарні прагнуть оптимізувати результати в межах структури DRG. Прозорість і підзвітність: система DRG може підвищити

DLI 9. Покращити використання стратегічних закупівель шляхом збільшення частки відшкодувань лікарням на основі оплат за випадок та з мішаних оплат на рівні ПМСД		
академії медичних наук, які приєдналися до ПМГ.	оплати DRG може зменшити використання паперу та пов'язані з ним екологічні наслідки. Негативні: Енергоспоживання: ширше використання цифрових систем і обробки даних може збільшити споживання енергії, хоча це може компенсуватися енергоощадними технологіями та практиками.	прозорість лікарняних оплат та підзвітність надавачів за фактично надані послуги, що потенційно сприятиме кращим результатам у сфері здоров'я. Негативні: Можливе скорочення послуг: лікарні можуть скорочувати послуги, що недостатньо відшкодовуються за системою DRG, що може негативно впливати на пацієнтів. Фінансовий тиск: лікарні, які не можуть ефективно працювати в межах структури оплат DRG, можуть стикатися з фінансовим тиском, що впливатиме на надання послуг і зайнятість персоналу. Питання справедливості: існує ризик виникнення відмінностей у доступі до допомоги, якщо частина лікарень краще адаптується до системи DRG, ніж інші.
DLR 9.2. Збільшено кількість національних закладів, які нині безпосередньо фінансуються МОЗ та Національною академією медичних наук і уклали договори з НСЗУ.		
DLR 9.3. Збільшено частку закладів ПМСД, які отримують змішані виплати за досягнення ключових показників ефективності (KPI, визначених у POM).		

DLI 10. Посилити автономію та врядування НСЗУ шляхом зміни її правового статусу та запровадження нових механізмів нагляду		
DLR 10.1. НСЗУ визначено центральним органом виконавчої влади зі спеціальним статусом шляхом ухвалення постанови Кабінету Міністрів або відповідного законодавчого акта Позичальника.	Позитивні: Зменшення екологічного сліду: покращення врядування й нагляду може зробити діяльність НСЗУ ефективнішою та потенційно зменшити її екологічний слід завдяки кращому управлінню ресурсами. Цифрова інфраструктура: створення нових механізмів нагляду може вимагати розроблення нових цифрових платформ для комунікації та звітності, що може мати позитивний ефект завдяки зменшенню використання паперу. Негативні: Енергоспоживання: ширше використання цифрових систем та інфраструктури може збільшити споживання енергії, хоча це може компенсуватися енергоощадними технологіями та практиками.	Позитивні: Покращення врядування: нові механізми нагляду можуть сприяти кращому врядуванню НСЗУ та посилити прозорість і підзвітність. Посилення участі громадськості: створення РСС забезпечує ширші можливості для громадських консультацій та участі у прийнятті рішень, що потенційно сприятиме формуванню політики охорони здоров'я, яка краще відображає потреби й уподобання населення. Посилення автономії: зміна правового статусу НСЗУ може надати їй більшу незалежність і сприяти більш стратегічним та ефективним закупівлям медичних послуг. Негативні: Спротив змінам: зміни у структурі врядування та правовому статусі можуть зустріти спротив зацікавлених сторін, які звикли до чинної системи, що потенційно призведе до конфліктів або затримок у реалізації. Ризик неефективності: за неналежного управління запровадження нових органів, таких як РСС та Виконавча рада, може спричинити бюрократичну неефективність або дублювання функцій. Крім того, як новий орган, РСС може не мати достатньої експертизи для виконання функцій форуму громадської участі в умовах конфлікту.
DLR 10.2. Постановою Кабінету Міністрів створено Раду громадського контролю (РСС), яка забезпечує громадський нагляд за НСЗУ.		
DLR 10.3. Збільшено кількість моніторингових візитів НСЗУ до закладів, що мають договори за ПМГ.		

В. Потенційні E&S ризики та наслідки в межах Програми видатків

21. Програма зосереджуватиметься на бюджетних видатках, забезпечуватиме фінансування ПМГ та підтримуватиме зміцнення спроможності НСЗУ. У таблиці нижче наведено державну програму видатків на 2024-2026 роки та додаткові видатки. Додаткових E&S ризиків і наслідків у межах Програми видатків, крім уже оцінених вище для DLI/DLR, не очікується.

Таблиця 3. Програма видатків THRIVE

Державна програма видатків	Бюджет ПМГ на 2024-2026 роки, тис. грн	Бюджет ПМГ на 2024-2026 роки, дол. США	PforR, дол. США
Керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення (адміністративний бюджет НСЗУ), бюджетна програма 2308010	539 326	13 483 150	
Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення, бюджетна програма 2308060	478 946 371	11 973 659 000	
Разом	479 485 697	11 987 142 150	1 135 000 000

Середній обмінний курс гривні на 2024 рік - 40,7 грн за 1 дол. США відповідно до розрахунків Державного бюджету на 2024 фінансовий рік.

3 ПРАВОВА ТА НОРМАТИВНА БАЗА ДЛЯ УПРАВЛІННЯ ЕКОЛОГІЧНИМИ ТА СОЦІАЛЬНИМИ ВПЛИВАМИ ПРОГРАМИ

22. Огляд. Уряд України сформував національне природоохоронне законодавство та ухвалив нові закони й нормативно-правові акти разом із низкою програм і планів дій для вирішення екологічних проблем та сприяння сталому використанню природних ресурсів. Країна ухвалила низку підзаконних актів і законодавчих норм у сфері екологічного управління та є стороною низки міжнародних і регіональних екологічних угод і конвенцій. В Україні також діє політика охорони природи, а заходи у сфері раціонального використання природних ресурсів та охорони довкілля продовжують реалізовуватися. У соціальній сфері країна сформувала відповідні правову та нормативну бази, які охоплюють ключові соціальні питання, включно з придбанням земель і переселенням, трудовими відносинами та умовами праці, соціальною інклюзією і сталістю. Нижче наведено стислу оцінку E&S правової та нормативної бази країни за шістьма Основними принципами Політики Світового банку щодо PforR, які вважаються застосовними до запропонованої Програми у сфері управління державними інвестиціями - наприклад, під час підготовки, оцінки та реалізації окремих проєктів відновлення / реконструкції. У Додатку 3 наведено детальний аналіз цих E&S рамок, підготовлений у контексті операцій Світового банку IPF і PforR в Україні.

Управління E&S сталістю, ризиками та впливами (відповідає Основному принципу 1)

23. Україна формально наблизила своє законодавство до Директиви ЄС про оцінку впливу на довкілля (ОВД) та Директиви про стратегічну екологічну оцінку. Після підписання Угоди про асоціацію з ЄС Україна також приєдналася до міжнародних конвенцій у сфері довкілля та сталого розвитку й ухвалила широкий спектр нормативно-правових актів і програм. Сфера українського природоохоронного законодавства є комплексною - понад 300 нормативно-правових актів - і охоплює більшість напрямів охорони довкілля та управління природними ресурсами. Водночас природоохоронне законодавство має низку слабких сторін:

- воно значною мірою має декларативний характер і не містить усіх необхідних механізмів забезпечення виконання правових актів та міжнародних угод, особливо через обмежену спроможність відповідальних органів в умовах триваючої війни;
- багато нормативно-правових актів не узгоджені між собою.

24. Екологічні питання, які мають враховуватися під час будівництва та експлуатації об'єктів цивільної інфраструктури, загалом регулюються законами України «Про охорону навколишнього природного середовища», «Про охорону атмосферного повітря», «Про охорону земель» та «Про оцінку впливу на довкілля». Державні будівельні норми та державні санітарні норми встановлюють конкретні вимоги до будівництва будівель; залежно від класу наслідків і складності будівництва може вимагатися повідомлення про початок виконання будівельних робіт або дозвіл на виконання будівельних робіт. Усі потенційні ризики такої діяльності, включно з ОНС, здоров'ям і безпекою громад, впливом на біорізноманіття, поводженням з відходами тощо, мають пом'якшуватися шляхом застосування чинних будівельних практик, передбачених широким комплексом будівельних стандартів і норм, санітарних норм і правил, Кодексом законів про працю України, законодавчою та нормативною базою охорони природних ресурсів тощо.

25. Водночас попередній досвід і практична інформація з подібних будівельних майданчиків свідчать, що окремі вимоги національного законодавства щодо ОНС, здоров'я і безпеки громад, поводження з відходами та ресурсоефективності інколи ігноруються або не виконуються. Частково це пов'язано з недостатніми знаннями працівників, браком нагляду та методичних настанов, а також із прагненням прискорити процес і заощадити бюджетні кошти, зокрема кошти на заходи з пом'якшення ризиків.

Природні середовища існування та об'єкти матеріальної культурної спадщини (відповідає Основному принципу 2)

26. Більшість природних середовищ існування в Україні або віднесені до земель природно-заповідного фонду та охороняються відповідним законодавством, або, рідше, мають статус лісових земель спеціального призначення. Об'єкти культурної спадщини України охороняються відповідно до Закону України «Про охорону культурної спадщини». Цей Закон створює основу для охорони об'єктів культурної спадщини та вимагає від забудовників отримання необхідних погоджень і дозволів до початку робіт, які можуть вплинути на такі об'єкти. Національні нормативні акти зобов'язують забудовників враховувати обмеження господарської діяльності в районах, де розташовані об'єкти культурної спадщини. Процедура дій у разі випадкових знахідок забезпечує належне поводження з неочікувано виявленими культурними артефактами під час будівництва, що дає змогу зберігати культурну спадщину країни, не перешкоджаючи необхідному розвитку.

Безпека населення та працівників (відповідає Основному принципу 3)

27. Законодавство України про охорону праці складається із Закону України «Про охорону праці» та численних підзаконних актів - правил охорони праці, постанов Уряду України, санітарних норм, наказів міністерств, що деталізують положення цього Закону. Нещодавній проєкт ЄС-МОП «До безпечної, здорової та задекларованої праці в Україні» був спрямований на підвищення відповідності правової бази України у сфері ОНС ключовим міжнародним та європейським стандартам охорони праці й трудових відносин і, серед іншого, на належну та сталу імплементацію до національної правової системи низки директив ЄС з ОНС, зокрема Директиви 89/391/ЄЕС - «Рамкової директиви» з ОНС. Крім того, Директиву ЄС 2009/104/ЄС щодо мінімальних вимог безпеки та охорони здоров'я під час використання працівниками робочого обладнання та Директиву 89/656/ЄЕС щодо мінімальних вимог безпеки та охорони здоров'я при використанні працівниками засобів індивідуального захисту на робочому місці було імплементовано до національного законодавства наказами Міністерства соціальної політики України.

28. Водночас високі показники виробничого травматизму та професійних захворювань свідчать, що в Україні ще необхідно зробити значний обсяг роботи у сфері запобігання професійним ризикам та забезпечення безпеки, здоров'я і добробуту працівників. Ці

прогалини та недоліки додатково загострюються поточною ситуацією та пов'язаними з нею воєнними загрозами. Для системи управління ОНС воєнні дії стають реальними зовнішніми загрозами, які істотно змінюють зовнішній і внутрішній контекст підприємства та збільшують ризик додаткових нещасних випадків на виробництві, нехарактерних для мирного часу та різних за тяжкістю наслідків. Станом на квітень 2024 року в Україні нещасні випадки зі смертельними наслідками, спричинені воєнними діями, становили майже половину всіх смертельних травм на виробництві в умовах конфлікту.

29. Інфекційний контроль є одним з основних компонентів безпеки праці та безпеки громад у закладах охорони здоров'я. До основних нормативних документів, що регулюють інфекційний контроль у закладах охорони здоров'я, належать Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та наказ МОЗ № 325 щодо санітарно-протиепідемічних правил поведження з медичними відходами.

30. Попри наявність нормативної бази, на практиці виникають такі проблеми та ризики:

- Недотримання протоколів інфекційного контролю: у багатьох закладах охорони здоров'я спостерігається недотримання стандартів інфекційного контролю, особливо під час поведження з небезпечними відходами категорії В, що підвищує ризик поширення внутрішньолікарняних інфекцій.
- Неналежне сортування відходів: часто порушуються вимоги щодо правильного сортування медичних відходів різних категорій, наприклад допускається змішування інфекційних і неінфекційних відходів.
- Недоліки збирання та зберігання: багато лікарень стикаються з нестачею спеціалізованих контейнерів для зберігання інфекційних відходів. Також часто відсутні належні приміщення для зберігання інфекційних або небезпечних медичних відходів до їх видалення. Це призводить до тимчасового зберігання відходів у непридатних умовах, що підвищує ризик витоку, забруднення або поширення інфекцій.
- Недостатня підготовка персоналу: хоча такі проекти, як Проєкт екстреного реагування на COVID-19 та вакцинації, забезпечували навчання медичного персоналу, у багатьох закладах воно залишається нерегулярним і неповним, що негативно впливає на знання щодо безпечного поведження з відходами та дотримання вимог інфекційного контролю.

31. Належне поведження з медичними та фармацевтичними відходами вважається одним із ключових чинників запобігання забрудненню довкілля та ризикам для здоров'я і безпеки працівників і громад.

В Україні поведження з відходами регулюється низкою нормативно-правових актів, основним із яких є Закон України «Про управління відходами», що визначає загальні засади управління відходами, включно з небезпечними відходами, до яких належать медичні та фармацевтичні відходи. Поведження з медичними відходами регулюється Державними санітарно-протиепідемічними правилами і нормами, затвердженими наказом МОЗ України від 09.06.2022 № 1602.

Крім того, важливу роль відіграють державні санітарно-протиепідемічні правила і норми, затверджені наказом МОЗ України від 06.08.2015 № 325, які визначають порядок поведження з медичними відходами у закладах охорони здоров'я, а також наказ МОЗ України від 24.04.2015 № 242 «Про затвердження Правил утилізації та знищення лікарських засобів».

Ці правила визначають загальні вимоги до поведження з лікарськими засобами, які не підлягають подальшому використанню, з метою запобігання їх подальшому обігу та негативному впливу на здоров'я людини й навколишнє природне середовище. Вони є обов'язковими для всіх суб'єктів господарювання, що здійснюють діяльність, пов'язану з обігом лікарських засобів, утилізацією та видаленням відходів.

32. Водночас, з огляду на практичний досвід попередніх проєктів, попри наявність законодавчої бази, у практиці поведження з медичними відходами існує низка прогалин і недоліків:

- Низький рівень дотримання правил сортування відходів: у багатьох закладах охорони здоров'я спостерігається змішування медичних відходів різних категорій, що порушує встановлені норми.
- Недостатня кількість об'єктів оброблення відходів: в Україні існує значна диспропорція в територіальному розподілі ліцензованих об'єктів, здатних безпечно обробляти медичні відходи. Це ускладнює забезпечення належного рівня управління відходами.
- Законодавчі прогалини: законодавство чітко не визначає право власності на небезпечні відходи після їх утворення, що створює правову невизначеність під час передавання відходів для видалення.
- Невизначеність контролю: в Україні відсутній чіткий контроль за дотриманням санітарних норм під час поведження з медичними відходами, оскільки Державна екологічна інспекція не здійснює нагляду за цим аспектом діяльності закладів охорони здоров'я.
- Недосконала система збирання та приймання від населення: відсутність системи приймання фармацевтичних або медичних відходів від населення є однією з ключових прогалин. Аптеки чи заклади охорони здоров'я не зобов'язані приймати від громадян прострочені лікарські засоби, і чинне законодавство цього не передбачає.

33. Моніторинг закладів охорони здоров'я. Наприкінці 2023 року Уряд надав НСЗУ ширші повноваження щодо моніторингу виконання закладами охорони здоров'я умов договорів. Раніше чіткого механізму такого моніторингу не існувало, що ускладнювало повне забезпечення виконання положень законодавства. Наразі НСЗУ може здійснювати два види моніторингу: автоматичний та

візний, який поєднує документальний моніторинг із моніторинговими візитами. Станом на сьогодні обидві процедури моніторингу включено до типової форми договору про медичне обслуговування населення.⁷

До вимог договорів, які може контролювати НСЗУ, належать:

1. обов'язкове дотримання галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та в місцях надання медичних послуг;
2. дотримання державних санітарних норм і правил, ліцензійних умов провадження медичної практики, галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, інших умов, передбачених законодавством, та стандартних вимог до матеріально-технічної бази й обладнання;
3. заходи інфекційного контролю, включно із засобами індивідуального захисту (ЗІЗ), кадровим забезпеченням - один виділений спеціаліст на 250 ліжок, плануванням, зміцненням спроможності та моніторингом реалізації заходів з пом'якшення;
4. умови праці: справедлива заробітна плата, право на колективні договори;
5. звітність про випадки смерті серед пацієнтів.

Крім того, якщо під час моніторингу виявлено факти, які можуть свідчити про вчинення кримінального правопорушення або порушення умов надання медичних послуг, розгляд яких виходить за межі договірних відносин між надавачем і НСЗУ, НСЗУ має право передати інформацію про такі факти відповідним державним та правоохоронним органам.

34. Процедура автоматичного моніторингу (АМР) - це комплекс постійних автоматизованих заходів, що ґрунтуються на ризик-орієнтованому підході та здійснюються з використанням інформаційно-комунікаційних систем, зокрема інформаційної системи замовника, для отримання інформації, необхідної для вирішення питання про проведення фактичного моніторингу, його планування, перевірки даних, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, та застосування заходів, передбачених договором про медичне обслуговування населення. Автоматичний моніторинг у НСЗУ здійснюється відповідно до алгоритму, затвердженого наказом МОЗ, і передбачає складне поєднання показників та методів виявлення аномалій, призначених для виявлення шахрайських дій і забезпечення доброчесності медичних послуг. Система використовує різні показники, наприклад обсяг виплат на одного надавача, кількість оплачених вимог у часі, надмірну кількість послуг, включно з рецептами. Ці показники аналізуються за допомогою лінійних графіків, одновимірного аналізу, кластерного аналізу та діаграм розсіювання для виявлення відхилень від очікуваних тенденцій і нетипової поведінки.

Інтеграція з іншими джерелами даних розширює можливості моніторингу НСЗУ. Поєднуючи дані Єдиного державного реєстру юридичних осіб, податкового реєстру та аналітичного модуля Prozofto, НСЗУ може здійснювати мережевий аналіз. Такий підхід особливо ефективний, коли інформації від самого закладу недостатньо, оскільки дає змогу провести комплекснішу оцінку на основі взаємодій з іншими суб'єктами.

У сукупності ці заходи посилюють здатність НСЗУ ефективно моніторити та виявляти шахрайські дії, забезпечуючи доброчесність і ефективність медичних послуг.

Щодо програми «Доступні ліки», усі рецепти зберігаються в електронній системі охорони здоров'я безстроково. Їх можна пов'язати з діагнозами пацієнтів, взаємодіями та даними аптек. Це дає НСЗУ змогу здійснювати автоматизований і вибірково аналіз. Система забезпечує дотримання правил виписування рецептів, зокрема обмежень щодо дозування, і запобігає повторному щоденному виписуванню. Типова форма договору між НСЗУ та надавачем медичних послуг - пункти 43-57 - нині передбачає санкції за неправомірне виписування рецептів; якщо моніторинг виявляє порушення, надавачі повинні відшкодувати НСЗУ неправомірно відшкодовані витрати. НСЗУ регулярно верифікує дані - у 2023 і 2024 роках відповідно було виявлено 215 і 98 порушень - включно з рецептами, виписаними померлим пацієнтам.

Крім автоматичного моніторингу, НСЗУ може самостійно виявляти різкі стрибки кількості діагнозів; ці дані також можна відстежувати через публічні дашборди.⁸ Наприклад, для програми «Доступні ліки» існує кілька дашбордів, які дають змогу відстежувати відпуск лікарських засобів за електронними рецептами в різних аптеках і територіях, кількість виписаних та погашених електронних рецептів за аптеками й територіями, відпущені препарати - як у добових дозах, так і в упаковках, аналіз виписаних рецептів за діагнозами та закладами охорони здоров'я тощо. Якщо між діагнозом пацієнта і призначеннями є невідповідності, НСЗУ може їх виявити та вжити відповідних заходів.

35. Процедура автоматичного моніторингу - алгоритми виявлення аномалій - було розроблено в межах DLI 3 Проєкту SPIN (P144893, завершений). Відповідні DLR були повністю досягнуті, а процедури визнані Банком прийнятними. Процедура регулярно оновлюється для включення додаткових перевірок: лише у 2024 році її оновлювали двічі, а третє оновлення перебуває в роботі. Кожне оновлення включає нові перевірки на основі системних даних і результатів моніторингу.

36. Візний моніторинг. Документальний моніторинг - це вид моніторингу, який здійснюється шляхом направлення надавачу запитів в електронній або паперовій формі з переліком документів та/або інформації, що мають бути подані до НСЗУ, та аналізу відповідних документів і/або інформації, отриманих від надавача та з інших джерел. Моніторинговий візит - вид моніторингу, що здійснюється шляхом безпосереднього відвідування місць надання медичних послуг. Підставою для очного моніторингу є наявність інформації за

⁷ Джепело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#n46>

⁸ Джепело: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard>

результатами автоматичного моніторингу, яка свідчить про помірний або високий ризик можливого порушення надавачем умов договору.

37. За результатами самооцінки НСЗУ, Служба не має необхідних знань та спеціалізованого персоналу для нагляду за немедичними складовими надання медичних послуг, зокрема ОHS, поводженням з медичними відходами, протоколами реагування на надзвичайні ситуації тощо.

38. Протоколи безпеки щодо воєнних загроз. Відповідно до Закону України «Про критичну інфраструктуру»⁹ заклади охорони здоров'я вважаються об'єктами критичної інфраструктури (ОКІ), оскільки забезпечують життєво важливі функції та/або послуги, порушення яких призводить до негативних наслідків для національної безпеки України. Тому кожен заклад охорони здоров'я має підготувати низку планів запобігання, реагування та відновлення для різних видів надзвичайних ситуацій - пожежі, повітряного удару, епідемії; посилання на ці плани міститься у паспорті ОКІ конкретного об'єкта. Плани охоплюють інституційні обов'язки, необхідні ресурси, інфраструктуру, навчання та систему оповіщення.

39. Водночас повнота виконання планів готовності та реагування на надзвичайні ситуації часто залишається без належної перевірки, оскільки орган, відповідальний за такі спеціалізовані перевірки - Державна служба України з надзвичайних ситуацій - в умовах надзвичайної ситуації в Україні працює з надмірним навантаженням.

Управління придбанням земель і примусовим переселенням (відповідає Основному принципу 4)

40. Конституція України - статті 13, 14 і 41 - встановлює, що «ніхто не може бути протиправно позбавлений права власності. Право приватної власності є непорушним», а також що «примусове відчуження об'єктів права приватної власності може бути застосоване лише як виняток з мотивів суспільної необхідності, на підставі і в порядку, встановлених законом, та за умови попереднього і повного відшкодування їх вартості. Примусове відчуження таких об'єктів з наступним повним відшкодуванням їх вартості допускається лише в умовах воєнного чи надзвичайного стану» (стаття 41). Закон України від 17.11.2009 № 1559-VI «Про відчуження земельних ділянок, інших об'єктів нерухомого майна, що на них розміщені, які перебувають у приватній власності, для суспільних потреб чи з мотивів суспільної необхідності» визначає правові, організаційні та фінансові засади регулювання суспільних відносин, що виникають у процесі відчуження земельних ділянок та інших об'єктів нерухомого майна, розміщених на них і належних фізичним або юридичним особам, для суспільних потреб чи з мотивів суспільної необхідності. Земельний кодекс України - зокрема статті 143, 146, 147, 149-151 - визначає підстави примусового припинення прав на землю, вилучення земель для суспільних потреб та порядок погодження питань, пов'язаних із вилученням земель для суспільних потреб чи з мотивів суспільної необхідності. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV встановлює порядок припинення права власності на нерухоме майно у зв'язку з викупом або відчуженням земельної ділянки, на якій воно розміщене, для суспільних потреб та регулює питання захисту права власності - статті 350-351.

41. В Україні право розпоряджатися землею та іншим майном ґрунтується на державній реєстрації права власності. Водночас за стандартом Світового банку щодо примусового переселення постраждалі особи мають право на компенсацію незалежно від того, чи мають вони зареєстроване право власності на землю або майно, якщо вони займали або використовували землю до встановленої граничної дати. Стандарти Світового банку зосереджені на пом'якшенні негативних наслідків для бідності, якщо такі наслідки прямо або опосередковано пов'язані із заходами, що фінансуються проектом. У випадках, коли особи, яких стосується Програма (РАР), не мають права власності або права користування відповідно до законодавства України через відсутність реєстрації, до їхніх прав на компенсацію, консультації та механізми розгляду скарг застосовуються вимоги Світового банку. Детальніший аналіз прогалин наведено в Додатку 3.

Інклюзія корінних народів та вразливих груп (відповідає Основному принципу 5)

42. E&S системи Позичальника, описані у проєктній документації, зосереджені на врахуванні потреб вразливих груп, включно з особами, переміщеними внаслідок триваючого конфлікту, та іншими вразливими групами населення. Ці системи узгоджуються з національними політиками та стратегіями України, зокрема з Національною стратегією охорони здоров'я (NHS) на 2024-2030 роки, яка спрямована на покращення доступу до медичної допомоги для всіх груп суспільства, особливо для вразливого населення, що постраждало від російського вторгнення, зокрема внутрішньо переміщених осіб (ВПО), населення, постраждалого від конфлікту, та сільського населення, яке проживає у віддалених районах.

43. Нормативно-правова база України містить широкий спектр політик і законодавчих актів різних рівнів управління щодо гендерних питань і соціальної інклюзії, які мають значення для забезпечення інклюзивного доступу вразливих груп до переваг Програми. Закон України 2013 року «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» містить загальне визначення дискримінації та сприяє захисту прав і свобод осіб, які зазнали дискримінації, зокрема за ознакою статі. У цьому контексті Державна соціальна програма забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на 2018-2021 роки була спрямована на усунення інституційних і правових бар'єрів для гендерної рівності. Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» було ухвалено у 2015 році. Відповідно до Конституції та законів України, а також міжнародних договорів України, ратифікованих Верховною Радою України, цей Закон встановлює гарантії захисту прав, свобод і законних інтересів внутрішньо переміщених осіб. У липні 2021 року Верховна Рада України ухвалила Закон «Про корінні народи України». Хоча в Україні немає корінних народів, які відповідали б критеріям Політики Світового банку, Закон створює рамку для захисту прав окремих вразливих меншин на Кримському півострові, а

⁹ Джепело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1882-20#Text>

саме кримських татар, караїмів та кримчаків. Закон захищає культурні, освітні, мовні та інформаційні права цих народів. Водночас повне забезпечення прав і реалізація Закону ускладнені нинішньою окупацією Криму, який перебуває поза межами Програми.

44. НСЗУ прагне забезпечити, щоб усі громадяни, незалежно від їхнього статусу вразливості, мали доступ до медичних послуг у межах ПМГ. Це має критичне значення в умовах триваючого конфлікту, який непропорційно сильно впливає на жінок, дітей, людей старшого віку та осіб з інвалідністю. Заходи для забезпечення справедливого доступу до медичної допомоги включають пріоритезацію послуг для цих вразливих груп, зокрема послуг у сфері психічного здоров'я, реабілітації постраждалих від війни та військовослужбовців, які повертаються, а також охорони материнства.

45. Загальне збільшення фінансування ПМГ, зокрема фінансування адміністративних функцій НСЗУ, дасть змогу запровадити нові електронні інструменти, які покращать доступ і якість послуг. Збільшення фінансування пакетів ПМГ зменшить фінансове навантаження на пацієнтів, особливо з вразливих груп.

46. Електронна система охорони здоров'я надає дані про надання медичних послуг у режимі реального часу, що є важливим для моніторингу того, чи отримують вразливі групи належну допомогу. Крім того, НСЗУ має механізми для виявлення прогалин у наданні послуг і реагування на проблеми, що виникають, особливо в регіонах, постраждалих від конфлікту.

47. Зусилля зі зміцнення інфраструктури охорони здоров'я та розширення охоплення послугами ПМСД також мають критичне значення для того, щоб вразливі групи не були виключені з доступу до необхідних медичних послуг.

Уникнення загострення соціальних конфліктів (відповідає Основному принципу 6)

48. Не очікується, що реалізація Програми сама по собі спричинить потенційні соціальні конфлікти або спори. Водночас у певних районах сходу та півдня України, постраждалих від конфлікту, окремі населені пункти можуть не мати можливості скористатися перевагами Програми. Програма також охоплює лише території, що перебувають під контролем Уряду України. Водночас серед бенефіціарів проєкту може виникати напруженість через недостатню поінформованість про послуги, включені до ПМГ і доступні їм безоплатно. Вторинні обстеження за направленням надавача ПМСД можуть бути недоступними одразу в межах пакетів, що фінансуються з бюджету, та вимагати звернення до приватних клінік або додаткової оплати за надання послуг через приватний канал.

49. Система Позичальника визначає потенційні ризики для населення, включно з вразливими групами, пов'язані з перебоями в наданні медичних послуг через конфлікт та супутні повітряні удари, які можуть порушувати роботу закладів охорони здоров'я або спричиняти їх руйнування. Ці ризики враховуються шляхом створення служб екстреної медичної допомоги та спеціалізованих програм для ВПО і вразливих груп у зонах конфлікту. До цих груп належать ВПО, жінки, на яких непропорційно сильно впливає руйнування системи охорони здоров'я, вразливі діти - зокрема діти з хронічними захворюваннями - та особи з інвалідністю.

50. Закон України «Про звернення громадян» регулює питання практичної реалізації громадянами України наданого Конституцією права вносити до органів державної влади та об'єднань громадян відповідно до їхніх статутів пропозиції щодо поліпшення їхньої діяльності, викривати недоліки в роботі та оскаржувати дії посадових осіб, державних і громадських органів.

51. Існує низка національних політик і нормативно-правових актів, які формують наскрізні системи взаємодії із зацікавленими сторонами та розкриття інформації щодо всіх заходів Програми. Право на інформацію є фундаментальним і захищається законом. Закон України «Про інформацію» гарантує всім суб'єктам інформаційних відносин рівні права та можливості доступу до інформації. На національному рівні канали поширення інформації та комунікації включають офіційні вебсайти органів влади, зокрема Верховної Ради України, Президента України та Кабінету Міністрів України, де розміщується вся офіційна інформація. Усі урядові вебсайти дають змогу подавати електронні запити безпосередньо через сайт. На всіх сайтах доступні режими доступності для громадян із порушеннями зору та слуху. Питання цифрової доступності вебресурсів регулюється ДСТУ EN 301 549:2022. На регіональному рівні, де має відбуватися активна взаємодія з бенефіціарами Програми, за організацію діалогу з громадськістю відповідає кілька суб'єктів.

52. Закон України «Про інформацію» визначає одним з основних напрямів державної інформаційної політики забезпечення доступу кожної особи до інформації. Закон України «Про звернення громадян» гарантує право подавати зауваження, скарги та пропозиції до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, об'єднань громадян, підприємств, установ та організацій. Закон «Про звернення громадян» і Закон «Про доступ до публічної інформації» гарантують право громадян звертатися до органів влади та визначають обов'язки й строки розгляду таких звернень. Постановою Кабінету Міністрів затверджено «Класифікатор звернень громадян», який встановлює типологію для категоризації звернень за такими критеріями: форма подання - поштою, особисто, через органи влади, через засоби масової інформації тощо; характер подання - первинне, повторне, неодноразове, масове; вид - пропозиція, заява, скарга; стать - чоловіча, жіноча; суб'єкт - індивідуальне, колективне, анонімне; та інші. Практична реалізація прав громадян на доступ до публічної інформації та подання звернень і скарг забезпечується цілодобовим урядовим контактним центром «Урядова гаряча лінія 1554», який надає різні способи подання запитів, включно з можливостями для осіб з інвалідністю - з порушеннями слуху та зору. Усі звернення, отримані місцевими органами виконавчої влади або державними установами інших рівнів, реєструються та класифікуються відповідно до встановлених державних стандартів і внутрішніх процедур документообігу. Усі звернення та відповіді зберігаються в органі, якому вони були адресовані та який надав відповідь. На відміну від міжнародної належної практики, законодавство України не передбачає можливості розгляду анонімних скарг. Стаття 8 Закону «Про звернення громадян» прямо встановлює, що анонімні звернення не розглядаються.

4 ОЦІНКА ІНСТИТУЦІЙНОЇ СПРОМОЖНОСТІ ЩОДО УПРАВЛІННЯ ЕКОЛОГІЧНИМИ ТА СОЦІАЛЬНИМИ НАСЛІДКАМИ ПРОГРАМИ

53. Огляд. МОЗ, НСЗУ та заклади охорони здоров'я мають окремі обов'язки в межах ПМГ. МОЗ здійснює загальне управління та реалізацію ПМГ і забезпечує ефективне управління фідучіарними, екологічними та соціальними аспектами Програми. Їхня інституційна спроможність щодо управління E&S наслідками Програми узагальнена нижче.

54. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) управлятиме проєктами, фідучіарними, екологічними та соціальними аспектами державної програми видатків. Компонент IPF використовуватиме механізми реалізації, які вже застосовуються для операцій IPF, що фінансуються Світовим банком, включно з проєктом HEAL Ukraine (P180245) та Проєктом екстреного реагування на COVID-19 і вакцинації (P175895). Групу впровадження проєкту (PIU) буде посилено шляхом залучення додаткового координатора, який управлятиме обсягом Проєкту, а також спеціалістів із закупівель, фінансового управління (FM), моніторингу та оцінювання (M&E), екологічних і соціальних питань.

МОЗ відіграє ключову роль у збиранні зворотного зв'язку та функціонуванні механізму розгляду скарг (GRM) у системі охорони здоров'я. МОЗ відповідає за визначення суб'єкта, відповідального за опрацювання зворотного зв'язку та скарг; таким суб'єктом може бути окремий структурний підрозділ МОЗ або регіональний департамент охорони здоров'я. Після отримання зворотного зв'язку МОЗ забезпечує передавання відповідних даних компетентному суб'єкту для розгляду та вжиття заходів. Крім того, МОЗ здійснює моніторинг якості відповідей на звернення та скарги і забезпечує наявність механізмів повторного подання у випадках, коли якість відповіді визнано низькою. МОЗ також аналізує зібрані дані та готує комплексні звіти для вищого керівництва. Для підтримки цих процесів МОЗ впроваджує IT-системи, що використовують єдину інтегровану базу даних зворотного зв'язку на всіх рівнях і забезпечують доступ до інформації в режимі реального часу як за вертикаллю згори вниз, так і знизу вгору.

55. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) відповідатиме за оцінку потреб у сфері здоров'я, підготовку пропозицій щодо розвитку ПМГ, стратегічні закупівлі медичних послуг, укладення договорів з надавачами, моніторинг дотримання умов договорів та звітування про результати. НСЗУ має попередній досвід спільної реалізації заходів із залучення громадян, які наразі здійснює команда PIU у МОЗ у співпраці з незалежною сторонньою неурядовою організацією в межах поточних проєктів, що фінансуються Банком; цей підхід продовжуватиме застосовуватися і в новому Проєкті. Це допомагає залучати організації громадянського суспільства та пацієнтські організації до поширення інформації про заходи, що фінансуються Проєктом, і до консультування груп населення з обмеженим доступом до інформації та/або вразливих груп. Крім того, НСЗУ є власником галузевої бази даних електронної системи охорони здоров'я та відповідає за її розвиток.

Як і МОЗ, НСЗУ бере участь у реєстрації та управлінні зворотним зв'язком і скаргами. НСЗУ реєструє зворотний зв'язок у власній системі електронного документообігу та забезпечує синхронізацію з внутрішніми IT-системами для безперервного опрацювання даних. Як і МОЗ, НСЗУ аналізує дані зворотного зв'язку та готує звіти. Служба також здійснює моніторинг якості відповідей і забезпечує механізми повторного подання звернення, якщо відповідь має низьку якість.

Спроможність НСЗУ буде посилено шляхом збільшення її адміністративного бюджету та проведення більшої кількості моніторингових візитів до закладів, з якими укладено договори. Оскільки Проєкт має на меті зміцнити спроможність НСЗУ реалізовувати реформи, він передбачатиме залучення до PIU МОЗ одного спеціаліста з питань довкілля та одного спеціаліста з соціальних питань, які допомагатимуть НСЗУ управляти E&S ризиками. Це зобов'язання відображено в Плані екологічних і соціальних зобов'язань (ESCP).

56. Заклади охорони здоров'я, що мають договори за ПМГ, відповідають за виконання своїх договірних зобов'язань, надання медичних послуг населенню відповідно до вимог і специфікацій пакетів медичних послуг, а також за передавання всіх електронних медичних даних до електронної системи охорони здоров'я, яка, серед іншого, використовується для моніторингу та здійснення виплат.

Заклади охорони здоров'я також мають значні обов'язки у процесах збирання зворотного зв'язку та функціонування GRM. Вони опрацьовують скарги, адресовані безпосередньо їм, через власні GRM і звітують про них регіональному департаменту охорони здоров'я в системі МОЗ. Крім того, існує дашборд,¹⁰ який інформує громадськість про кількість скарг та стан їх опрацювання.

57. Загалом розподіл обов'язків між МОЗ, НСЗУ та закладами охорони здоров'я щодо збирання зворотного зв'язку та роботи GRM покликаний забезпечити структурований і ефективний процес, що сприяє прозорості та підзвітності системи охорони здоров'я. Перегляд системи GRM - Захід № 9 у Плані дій Програми - передбачатиме налагодження координації між GRM МОЗ і НСЗУ для забезпечення синхронізації інформації вгору та взаємодоповнюваності механізмів.

5 ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ E&S СИСТЕМИ ПОЗИЧАЛЬНИКА ТА ОСНОВНИХ ПРИНЦИПІВ СВІТОВОГО БАНКУ

58. На основі ключових висновків оцінки E&S систем Позичальника, наведених у попередніх розділах, у цьому розділі представлено порівняльний аналіз за кожним із шести Основних принципів, визначених Політикою та Директивою Банку щодо фінансування програм з прив'язкою до результатів. Зокрема, у цьому розділі: (i) розглядається застосовність кожного Основного принципу до запропонованої Програми; (ii) узагальнюються ключові висновки оцінки E&S систем, включно з правовою / нормативною базою та інституційною спроможністю, із зазначенням сильних сторін та слабких місць / напрямів для вдосконалення чинної системи; та (iii) пропонуються заходи з усунення прогалин / пом'якшення ризиків, щоб забезпечити управління Програмою у спосіб, що відповідає

¹⁰ Джерело: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/complaints>

Основним принципом Політики Банку щодо PforR. Запропоновані нижче заходи з усунення прогалин / пом'якшення ризиків були враховані під час формування остаточних висновків і рекомендацій ESSA, наведених у Розділі 7.

Основний принцип 1. Загальний принцип екологічного та соціального управління

Політика Банку щодо фінансування PforR: процедури та процеси екологічного і соціального управління мають бути розроблені так, щоб: (а) сприяти екологічній та соціальній сталості під час розроблення Програми; (б) уникати, мінімізувати або пом'якшувати негативні впливи; та (с) сприяти обґрунтованому прийняттю рішень щодо екологічних і соціальних наслідків Програми.

Застосовність до запропонованої Програми: застосовується. Хоча запропонована Програма безпосередньо не підтримуватиме втручання у фізичну інфраструктуру, вона стимулюватиме використання сонячних панелей у закладах охорони здоров'я, що може призвести до робіт із реконструкції / будівництва в таких закладах. Відповідно, ключові потенційні E&S питання запропонованої Програми стосуються «подальших» або майбутніх наслідків проєктів, що можуть бути підготовлені - наприклад у сферах електроенергетики, транспорту, логістики, житла, систем опалення / водопостачання / водовідведення, - тоді як запропонована Програма створюватиме для них інституційну основу.

Висновки оцінки E&S систем	Запропоновані заходи з усунення прогалин / пом'якшення ризиків
Сильні сторони: Україна формально наблизила законодавство до Директиви ЄС про ОВД та Директиви про стратегічну екологічну оцінку; після підписання Угоди про асоціацію з ЄС Україна приєдналася до міжнародних конвенцій у сфері довкілля та сталого розвитку й ухвалила широкий спектр нормативно-правових актів і програм. Сфера українського природоохоронного законодавства є комплексною - понад 300 нормативно-правових актів - і охоплює більшість напрямів охорони довкілля та управління природними ресурсами. Слабкі сторони / напрями для вдосконалення: законодавство значною мірою має декларативний характер і не містить усіх необхідних механізмів забезпечення виконання правових актів та міжнародних угод, особливо через обмежену спроможність відповідальних органів в умовах війни; багато актів не узгоджені між собою. Попередній операційний досвід і практична інформація з аналогічних будівельних майданчиків свідчать, що вимоги національного законодавства щодо ОHS, здоров'я і безпеки громад, поводження з відходами та ресурсоефективності інколи ігноруються або не виконуються - частково через недостатні знання працівників, брак нагляду й настанов, а також прагнення прискорити роботи і заощадити бюджет, зокрема на заходах з пом'якшення. E&S спроможність партнерів / установ-виконавців - МОЗ, НСЗУ та закладів охорони здоров'я - потребує значної підтримки для управління майбутніми проєктами реконструкції / будівництва.	Посилити наявну PIU у МОЗ належною E&S експертизою для підтримки діяльності МОЗ і НСЗУ. Реалізувати програму зміцнення спроможності для зазначеного E&S персоналу; Світовий банк розгляне можливість сприяння такому навчанню, зокрема через інші операції Банку, наприклад проєкт «Center for Advancement in Restoration and Modernization Capacity» (P181604), із відповідними програмами та навчальними матеріалами. На рівні МОЗ надати настанови щодо належного управління E&S ризиками для майбутніх проєктів реконструкції / будівництва, які надалі включатимуться до договорів на будівельні роботи. Застосовувати критерії виключення для недопущення проєктів із можливими значними E&S ризиками та наслідками.

Основний принцип 2. Природні середовища існування та об'єкти матеріальної культурної спадщини

Політика Банку щодо фінансування PforR: процедури та процеси екологічного і соціального управління мають бути розроблені так, щоб уникати, мінімізувати та пом'якшувати негативні наслідки Програми для природних середовищ існування та об'єктів матеріальної культурної спадщини.

Застосовність до запропонованої Програми: не застосовується. Запропонована Програма не передбачає робіт або заходів у межах чи поблизу природних середовищ існування або археологічних / культурних пам'яток.

Основний принцип 3. Безпека населення та працівників

Політика Банку щодо фінансування PforR: процедури та процеси екологічного і соціального управління мають бути розроблені так, щоб захищати безпеку населення та працівників від потенційних ризиків, пов'язаних із: (а) будівництвом та/або експлуатацією об'єктів чи іншими операційними практиками, що розробляються або заохочуються в межах Програми; (б) впливом токсичних хімічних речовин, небезпечних відходів та інших небезпечних матеріалів; та (с) реконструкцією або відновленням інфраструктури, розташованої в районах, схильних до стихійних лих.

Застосовність до запропонованої Програми: застосовується. Медичні працівники, залучені до надання медичних послуг, а також члени громад можуть зазнавати професійних і громадських ризиків.

Висновки оцінки E&S систем	Запропоновані заходи з усунення прогалин / пом'якшення ризиків
Сильні сторони: законодавство України про охорону праці складається із Закону України «Про охорону праці» та численних підзаконних актів. Триває робота над приведенням правової бази України у сфері ОHS у відповідність до ключових міжнародних та європейських стандартів ОHS і трудових відносин. Нещодавній проєкт ЄС-МОП був спрямований на належну та сталу імплементацію до національного законодавства низки	Забезпечити дотримання національного E&S законодавства на рівні закладів охорони здоров'я, включно з інфекційним контролем і поводженням з медичними відходами, ОHS, готовністю до надзвичайних ситуацій та реагуванням на них, і розробити для МОЗ / НСЗУ процедуру забезпечення такого дотримання. Включити Основні принципи E&S PforR Світового банку та відповідні стандарти ЄС до протоколів очного моніторингу разом із належними

Висновки оцінки E&S систем	Запропоновані заходи з усунення прогалин / пом'якшення ризиків
директив ЄС з ОHS; директиви ЄС з ОHS, зокрема щодо використання ЗІЗ, імplementовано наказами Міністерства соціальної політики України. Слабкі сторони / напрями для вдосконалення: високий рівень виробничого травматизму та професійних захворювань свідчить про необхідність подальшого посилення запобігання професійним ризикам і захисту безпеки, здоров'я та добробуту працівників. Прогалини посилюються в умовах конфлікту; смертельні нещасні випадки, спричинені воєнними діями, становлять майже половину всіх смертельних травм на виробництві в умовах конфлікту. Організаційні та інфраструктурні недоліки у сфері інфекційного контролю та поводження з медичними відходами підвищують ризик впливу небезпечних факторів і забруднення довкілля. Перевірки ОHS у закладах охорони здоров'я є нерегулярними; планові перевірки Держпраці призупинено на період воєнного стану, а закладам часто бракує ресурсів і персоналу для самостійного контролю дотримання ОHS. Хоча НСЗУ має повноваження наглядати за низкою E&S питань і може надавати відповідні E&S настанови, їй бракує формального навчання та необхідних знань для ефективного виконання цієї функції, тому вона переважно покладається на інші уповноважені органи щодо нагляду і забезпечення дотримання E&S стандартів, зокрема у сфері ОHS, поводження з медичними відходами, готовності та реагування на надзвичайні ситуації. E&S спроможність закладів охорони здоров'я істотно відрізняється на регіональному, районному й муніципальному рівнях; хоча ризики місцевих проєктів, імовірно, будуть обмеженими за масштабом і величиною, потрібна значна підтримка для нарощування спроможності. Недостатня увага приділяється ризикам гендерно зумовленого насильства (GBV) та сексуальної експлуатації, насильства і сексуальних домагань (SEA/SH).	навчальними програмами для МОЗ / НСЗУ, які також підтримуватимуться технічною допомогою в межах THRIVE IPF і охоплюватимуть інфекційний контроль, поводження з медичними відходами, ОHS, готовність і реагування на надзвичайні ситуації тощо. Проводити моніторинг реалізації Проєкту та регулярну й інцидентну звітність з питань EHS. Застосовувати / просувати заходи з пом'якшення ризиків GBV та SEA/SH.

Основний принцип 4. Придбання земель

Політика Банку щодо фінансування PforR: придбання земель і втрата доступу до природних ресурсів управляються таким чином, щоб уникати або мінімізувати переміщення, а постраждалим особам надавалася допомога для покращення або щонайменше відновлення їхніх засобів до існування та рівня життя.

Директива Банку щодо фінансування PforR: у відповідних випадках Програма, що підтримується, має:

- уникати або мінімізувати придбання земель та пов'язані негативні наслідки;
- визначати й усувати економічні та соціальні наслідки, спричинені придбанням земель або втратою доступу до природних ресурсів, включно з наслідками для осіб, які можуть не мати повних юридичних прав на активи чи ресурси, якими вони користуються або які займають;
- забезпечувати компенсацію, достатню для придбання активів на заміну еквівалентної вартості та покриття необхідних перехідних витрат, із виплатою до вилучення земель або обмеження доступу;
- передбачати додаткові заходи з покращення або відновлення засобів до існування, якщо вилучення земель призводить до втрати можливостей отримання доходу, наприклад втрати врожаю чи роботи;
- відновлювати або замінювати громадську інфраструктуру та послуги для громади, на які може бути негативно вплинуто.

Застосовність до запропонованої Програми: не застосовується. Заклади охорони здоров'я не передбачатимуть прямого економічного чи фізичного переміщення осіб, яких стосується проєкт, оскільки запропонована Програма не підтримує придбання земель і не передбачає примусового фізичного або економічного переміщення, спричиненого фінансуванням державних установ клієнта в межах Програми.

Основний принцип 5. Корінні народи та вразливі групи

Політика Банку щодо фінансування PforR: належна увага приділяється культурній прийнятності та справедливому доступу до переваг Програми з особливою увагою до прав та інтересів корінних народів і потреб чи занепокоєнь вразливих груп.

Директива Банку щодо фінансування PforR: Програма:

- проводить вільні, попередні та поінформовані консультації, якщо корінні народи потенційно зазнають позитивного або негативного впливу, щоб визначити наявність широкої підтримки Програми з боку громади;
- забезпечує участь корінних народів у розробленні можливостей отримання переваг від використання традиційних ресурсів або знань корінних народів; у випадку знань корінних народів така участь передбачає їхню згоду;
- приділяє увагу групам, уразливим до труднощів або несприятливого становища, зокрема, за потреби, бідним, особам з інвалідністю, жінкам і дітям, людям старшого віку або маргіналізованим етнічним групам. За необхідності вживаються спеціальні заходи для забезпечення справедливого доступу до переваг Програми.

Застосовність до запропонованої Програми: застосовується. Для запропонованої Програми важливим є включення вразливих груп - осіб з інвалідністю, осіб, які проживають у віддалених районах, внутрішньо переміщених осіб - до переваг Програми та процесів взаємодії із зацікавленими сторонами. В Україні немає корінних народів, які відповідають критеріям Політики Світового банку.

Висновки оцінки E&S систем	Запропоновані заходи з усунення прогалин / пом'якшення ризиків
Сильні сторони: нормативно-правова база України містить широкий спектр політик і законодавчих актів різних рівнів управління щодо гендерних питань і соціальної інклюзії, які мають значення для інклюзивного доступу вразливих груп до переваг Програми. Закон України 2013 року «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» містить загальне визначення дискримінації та захищає права і свободи осіб, які зазнали дискримінації, зокрема за ознакою статі. Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» було ухвалено у 2015 році; відповідно до Конституції, законів України та ратифікованих міжнародних договорів він встановлює гарантії захисту прав, свобод і законних інтересів ВПО. У липні 2021 року Верховна Рада України ухвалила Закон «Про корінні народи України». Хоча в Україні немає корінних народів, що відповідають критеріям Політики Світового банку, Закон створює рамку для захисту прав окремих вразливих меншин на Кримському півострові, який перебуває поза межами Програми, а саме кримських татар, караїмів та кримчаків, і захищає їхні культурні, освітні, мовні та інформаційні права. Слабкі сторони / напрями для вдосконалення: хоча під час консультацій із ключовими зацікавленими сторонами конкретного ризику виключення не виявлено, існує потенційний ризик того, що вразливі групи можуть не отримати переваги Програми через статус ВПО, віддаленість, інвалідність, недостатню цифрову грамотність тощо.	Реалізовувати програму взаємодії із зацікавленими сторонами інклюзивно, із залученням представників вразливих груп, зокрема регіональних громадських організацій ВПО, осіб з інвалідністю, людей старшого віку тощо. Провести додаткову оцінку потреб щодо доступності медичних послуг серед вразливих груп, оскільки серед таких груп - зокрема ВПО, сільського населення, етнічних меншин і людей старшого віку - є низька поінформованість про доступні канали отримання інформації щодо послуг, які вони можуть отримати в межах пакета ПМГ. План дій Програми (РАР) включає ініціативи зі зміцнення спроможності, спрямовані на підвищення здатності надавачів медичних послуг та адміністраторів взаємодіяти з вразливими групами й ефективно задовольняти їхні потреби.

Основний принцип 6. Соціальний конфлікт

Політика Банку щодо фінансування PforR: уникати загострення соціальних конфліктів, особливо в нестабільних державах, постконфліктних районах або на територіях, що є предметом територіальних спорів.

Директива Банку щодо фінансування PforR: враховуються ризики конфлікту, включно зі справедливістю розподілу та культурною чутливістю.

Застосовність до запропонованої Програми: застосовується. Програма враховує ризики конфлікту, включно зі справедливістю розподілу, тому своєчасне та належне управління скаргами й соціальними конфліктами / напруженістю має ключове значення для успішності запропонованої Програми.

Висновки оцінки E&S систем	Запропоновані заходи з усунення прогалин / пом'якшення ризиків
Сильні сторони: існує низка національних політик і нормативно-правових актів, які формують наскрізні системи взаємодії із зацікавленими сторонами та розкриття інформації щодо всіх заходів Програми. Закон України «Про звернення громадян» гарантує право подавати зауваження, скарги та пропозиції до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, об'єднань громадян, підприємств, установ та організацій. Закон «Про звернення громадян» і Закон «Про доступ до публічної інформації» гарантують право громадян звертатися до органів влади та визначають обов'язки і строки опрацювання звернень. Слабкі сторони / напрями для вдосконалення: система Позичальника визначає потенційні ризики для населення, включно з вразливими групами, пов'язані з перебоями в наданні медичних послуг через конфлікт та повітряні удари, що можуть порушити роботу або спричинити руйнування закладів охорони здоров'я. На відміну від міжнародної належної практики, законодавство України не передбачає розгляду анонімних скарг; стаття 8 Закону «Про звернення громадян» прямо встановлює, що анонімні звернення не розглядаються. Хоча міністерства мають власні системи роботи зі скаргами, їхню функціональність доцільно переглянути та посилити, зокрема щодо опрацювання анонімних звернень та процедури оскарження для невирішених випадків.	Програма має створити GRM і детально описати процедури GRM в Операційному посібнику. Соціальний спеціаліст Програми координуватиме розгляд усіх скарг, пов'язаних із Програмою, у співпраці з визначеними підрозділами МОЗ та НСЗУ. Програма створить додатковий канал приймання анонімних скарг та механізм регулярного звітування щодо отримання й вирішення скарг за заходами Програми. Програма розширить охоплення онлайн-курсу для медичних працівників. Крім того, МОЗ підготує протокол опрацювання та перенаправлення скарг щодо гендерно зумовленого насильства (GBV), включно з настановами для закладів охорони здоров'я. Ризики перебоїв у наданні послуг враховуються шляхом створення служб екстреної медичної допомоги та спеціалізованих програм для ВПО і вразливих груп у зонах конфлікту, включно з жінками, на яких непропорційно впливає руйнування системи охорони здоров'я, вразливими дітьми з хронічними захворюваннями та особами з інвалідністю.

№ 6 ВЗАЄМОДІЯ ІЗ ЗАЦІКАВЛЕНИМИ СТОРОНАМИ

A. Взаємодія із зацікавленими сторонами в межах ESSA

59. Незалежно від того, перебуває країна у стані війни чи миру, одним із важливих компонентів державного управління є комунікація та взаємодія з громадянами. Відкритість, повнота і своєчасність інформації та залучення до обговорень є важливими складовими успішної реалізації державних ініціатив.

60. Існує низка національних політик і нормативно-правових актів, що формують наскрізні системи МОЗ для взаємодії із зацікавленими сторонами та розкриття інформації щодо всіх заходів Програми. Право на інформацію є фундаментальним і захищається законом. Закон України «Про інформацію»¹¹ гарантує всім суб'єктам інформаційних відносин рівні права та можливості доступу до інформації.

61. Система Позичальника включає усталені механізми взаємодії із зацікавленими сторонами, покликані забезпечити вразливим групам населення, включно з ВПО та особами, постраждалими від конфлікту, доступ до інформації та можливості участі у процесах прийняття рішень. Ці механізми підтримуються НСЗУ, яка здійснює нагляд за ПМГ. Електронна система охорони здоров'я також слугує інструментом підвищення прозорості та забезпечення доступу населення по всій країні, включно з віддаленими районами, до медичних послуг.

62. З огляду на поточний конфлікт особлива увага приділяється проведенню консультацій із вразливими групами у культурно прийнятний та доступний спосіб із урахуванням переміщення та травматичного досвіду, якого вони зазнали. Система Позичальника враховує зворотний зв'язок від цих груп через організації громадянського суспільства (CSO) та надавачів медичних послуг, які пройшли навчання щодо взаємодії з вразливими групами.

63. Поширення документа та публічне розкриття інформації. Проект ESSA було перекладено місцевою мовою, поширено серед зацікавлених сторін та оприлюднено до проведення публічної консультації. Остаточний звіт буде оприлюднено в Україні та на вебсайті Світового банку до затвердження Радою директорів.

64. Консультації для підготовки ESSA (серпень-вересень 2024 року). Під час підготовки цієї ESSA команда Банку провела серію зустрічей із різними зацікавленими сторонами. Консультаційні зустрічі відбулися онлайн у серпні-вересні 2024 року з відповідними державними установами та представниками органів влади субнаціонального рівня. Результати консультацій були враховані в ESSA, зокрема в оцінці нормативної бази, інституційної спроможності та програми взаємодії з громадами. Перелік осіб, з якими проведено зустрічі, наведено в Додатку 1.

65. Консультації для фіналізації ESSA (жовтень 2024 року). До завершення оцінки буде проведено подальші консультації в інклюзивному форматі, які включатимуть офіційні публічні консультації з ключовими зацікавленими сторонами, зокрема в окремих регіонах. Отримані пропозиції буде розглянуто та включено до остаточної ESSA.

В. Механізми розгляду скарг

66. У системах Позичальника створено механізм розгляду скарг (GRM), який дає вразливим групам населення змогу повідомляти про проблеми, пов'язані з доступом до медичної допомоги або якістю отримуваних послуг. GRM розроблено таким чином, щоб він був доступним для всіх, включно з маргіналізованими групами, і функціонував у межах електронної системи охорони здоров'я для забезпечення прозорості. Вразливі групи, особливо особи, переміщені через конфлікт, можуть подавати скарги через різні канали, включно з місцевими органами охорони здоров'я, гарячими лініями, представниками громадянського суспільства та цифровими платформами.

67. Хоча МОЗ та НСЗУ мають власні системи роботи зі скаргами, їхню функціональність доцільно переглянути та посилити, зокрема щодо опрацювання анонімних скарг та процедури оскарження для невирішених випадків. На відміну від міжнародної належної практики, законодавство України не передбачає можливості розгляду анонімних скарг. Стаття 8 Закону «Про звернення громадян» прямо встановлює, що анонімні звернення не розглядаються.

68. Закон України «Про інформацію» визначає одним з основних напрямів державної інформаційної політики забезпечення доступу кожної особи до інформації. Закон України «Про звернення громадян» гарантує право подавати зауваження, скарги та пропозиції до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, об'єднань громадян, підприємств, установ та організацій. Закон «Про звернення громадян» та Закон «Про доступ до публічної інформації» гарантують право громадян звертатися до органів влади та визначають обов'язки й строки розгляду таких звернень.

69. Питання діловодства та звернень громадян також регулюються постановою Кабінету Міністрів України. Цим документом затверджено «Типову інструкцію з документування управлінської інформації в електронній формі та організації роботи з електронними документами в діловодстві» і «Типову інструкцію з діловодства в міністерствах, інших центральних та місцевих органах виконавчої влади». Типова інструкція з діловодства встановлює вимоги до документування управлінської інформації та організації роботи з документами. Постановою Кабінету Міністрів також затверджено «Класифікатор звернень громадян», який встановлює типологію для класифікації звернень за такими критеріями: форма подання - поштою, особисто, через органи влади, через засоби масової інформації тощо; характер подання - первинне, повторне, неодноразове, масове; вид - пропозиція, заява, скарга; стаття - чоловіча, жіноча; суб'єкт - індивідуальне, колективне, анонімне; та інші.

70. Практична реалізація прав громадян на доступ до публічної інформації та подання звернень і скарг забезпечується цілодобовим урядовим контактним центром «Урядова гаряча лінія 1554», який надає різні способи подання запитів, включно з можливостями для осіб з інвалідністю - з порушеннями слуху та зору. Вебсайт гарячої лінії також використовується для проведення загальнонаціональних опитувань з питань суспільного значення. Громадяни можуть окремо подати скаргу до конкретного закладу

¹¹ Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2657-12#Text>

охорони здоров'я, в якому вони отримували послуги. Реєстрація та надання відповіді на таку скаргу здійснюються відповідно до вимог законодавства з урахуванням внутрішніх процедур закладу.

71. Бенефіціари Програми та зацікавлені сторони матимуть змогу подавати запити й скарги через кілька каналів приймання:

Міністерство охорони здоров'я України

- гаряча лінія МОЗ: 0-800-60-2019;
- електронна пошта: moz@moz.gov.ua;
- вебсторінка МОЗ: wb.moz.gov.ua;
- письмово: Міністерство охорони здоров'я України, вул. Михайла Грушевського, 7, м. Київ, Україна, 01601;
- особисто: за вказаною адресою або за адресами органів, яким МОЗ делегувало відповідні повноваження;
- скринька для скарг у закладах охорони здоров'я із зазначенням контактних даних для зворотного зв'язку - ПІБ, контактний номер телефону, адреса електронної пошти.

Національна служба здоров'я України

- письмове звернення на папері за поштовою адресою: м. Київ, просп. Степана Бандери, 19;
- письмове звернення електронною поштою: info@nszu.gov.ua;
- усне звернення під час особистого прийому посадовою особою за адресою: м. Київ, просп. Степана Бандери, 19;
- усне звернення на гарячу лінію за номером 16-77.

№ 7 ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

72. На основі наведеної вище оцінки для запропонованої Програми рекомендується низка заходів і дій, спрямованих на усунення виявлених прогалин між державною системою управління екологічними та соціальними питаннями та основними принципами Політики Банку щодо PforR. Ці заходи мають забезпечити управління Програмою у спосіб, що відповідає Основним принципам. З урахуванням можливих коригувань у межах переговорів із клієнтом ці рекомендації мають бути інтегровані до: (i) переліку виключених видів діяльності; (ii) відповідних DLI/протоколів верифікації; або (iii) Плану дій Програми (РАР), як зазначено нижче (деякі ключові заходи навмисно частково дублюються для кращого контролю їх виконання). За потреби вони також будуть включені до Операційного посібника Програми (РОМ) для практичного застосування. Їх ефективність постійно відстежуватиметься та, за необхідності, коригуватиметься протягом усього строку реалізації Програми.

(i) Виключені види діяльності

73. Програма виключатиме види діяльності, які не відповідають Політиці Світового банку та Керівництву ESSA (вересень 2020 року) щодо прийнятності для фінансування PforR. Позичальник має забезпечити виключення з Програми будь-яких видів діяльності, які, на думку Світового банку, ймовірно матимуть значні негативні впливи на довкілля та/або постраждале населення, що є чутливими, різноманітними або безпрецедентними. Зокрема, Програма THRIVE, що підтримується PforR, не фінансуватиме інвестиції з потенційно значними екологічними та соціальними ризиками й впливами; такі інвестиції буде виключено з фінансування в межах Програми. Програма виключатиме масштабні будівельні та реабілітаційні роботи. Вона не підтримуватиме масштабне придбання земель та недобровільне економічне чи фізичне переселення. Програма не включатиме види діяльності, що передбачають значне перетворення або деградацію критичних природних середовищ існування чи критично важливої фізичної культурної спадщини. Також буде виключено підтримку діяльності військового призначення. Перелік виключень буде включено до юридичних угод та РОМ. Загальний перелік виключених видів діяльності з галузевими прикладами наведено нижче.

Запропоноване фінансування PforR не повинно використовуватися для підтримки програм або видів діяльності в межах запропонованих програм, які, на думку Банку, передбачають:

- будь-яку підтримку військових цілей;
- значне перетворення або деградацію критичних природних середовищ існування чи об'єктів критичної культурної спадщини;
- забруднення повітря, води або ґрунту, що призводить до значного негативного впливу на здоров'я чи безпеку окремих осіб, громад або екосистем;
- умови праці, за яких працівники наражаються на значні ризики для здоров'я та особистої безпеки;
- придбання земель та/або переселення такого масштабу чи характеру, що матиме значний негативний вплив на постраждале населення, або застосування примусового виселення;
- масштабні зміни у землекористуванні або доступі до земель та/або природних ресурсів;
- негативні E&S впливи, що охоплюють значні географічні території, включно з транскордонними впливами, або глобальні впливи, такі як викиди парникових газів (GHG);
- значні кумулятивні, індуковані або непрямі впливи;
- діяльність, що передбачає використання примусової або дитячої праці;

- маргіналізацію, дискримінацію або конфлікти всередині чи між соціальними групами (включно з етнічними та расовими групами); або
- діяльність, яка: (а) матиме негативний вплив на землі та природні ресурси, що перебувають у традиційній власності або традиційному користуванні чи зайнятті; (б) спричинить переселення корінних народів / традиційних місцевих громад Африки на південь від Сахари, які історично недостатньо охоплені послугами, із земель і природних ресурсів, що перебувають у традиційній власності або традиційному користуванні чи зайнятті; або (с) матиме значний вплив на культурну спадщину корінних народів / традиційних місцевих громад Африки на південь від Сахари, які історично недостатньо охоплені послугами, якщо така спадщина є істотною для ідентичності та/або культурних, церемоніальних чи духовних аспектів життя постраждалих громад.

(ii) План дій Програми (PAP)

74. На основі проведеної оцінки та з метою посилення наявної системи і процесів до Плану дій Програми буде включено наведені нижче заходи разом із ключовими строками виконання, відповідальними сторонами та показниками завершення.

№	Опис заходу	Строк виконання	Відповідальна сторона	Підтвердження виконання
1	Кадрове забезпечення E&S для Програми: (i) залучення кваліфікованого(их) спеціаліста(ів) з екологічних та соціальних питань до Групи впровадження проєкту (PIU) в МОЗ та до НСЗУ (щонайменше два E&S спеціалісти: один екологічний та один соціальний); (ii) створення ефективного механізму комунікації та координації між ними; (iii) реалізація програми зміцнення спроможності для центральних E&S фахівців та персоналу закладів охорони здоров'я; (iv) найм додаткового E&S персоналу за потреби.	(i) та (ii) - до початку відповідних заходів Програми, для яких ESSA визначила E&S ризики та впливи. (iii) - протягом усього строку реалізації Програми. (iv) - найм додаткового E&S персоналу залежно від E&S результативності Програми, за погодженням зі Світовим банком.	МОЗ, НСЗУ	(i) та (ii) - підписані контракти із зазначеними спеціалістами у складі команди (Світовий банк погоджує технічні завдання E&S). (iii) - модуль навчання з E&S та інформація про його проведення подані Банку (Світовий банк погоджує програму та графік навчання).
2	Підготовка та реалізація Операційного посібника Програми (POM) з вичерпним Переліком виключень E&S (який також буде включено до юридичних угод, як наведено вище) та заходами E&S PAP (як наведено в цій таблиці).	POM підготовлено та затверджено не пізніше ніж через один місяць після Дати набрання чинності (як визначено в угоді про фінансування). Реалізація - протягом усього строку Програми.	МОЗ	POM завершено та поширено серед зацікавлених сторін. Відповідне навчання проведено протягом двох місяців після поширення POM.
3	Видати рекомендацію МОЗ щодо належних практик управління E&S ризиками ¹² для майбутніх проєктів реконструкції/будівництва закладів охорони здоров'я з подальшим включенням відповідних вимог до договорів на будівельні роботи (у тому числі посилення закупівельних процесів, пов'язаних із сонячною енергетикою).	Через 3 місяці після Дати набрання чинності Програмою.	МОЗ	Підтвердження поширення E&S рекомендації.
4	Провести комплексний аналіз прогалин національного законодавства щодо інфекційного контролю, управління медичними відходами, ОНС, готовності до надзвичайних ситуацій і реагування на них та підготувати для відповідних національних органів влади пакет рекомендацій із визначенням змін до нормативно-правових актів, що регулюють діяльність закладів охорони здоров'я.	До жовтня 2025 року.	МОЗ, НСЗУ	Звіт, що містить рекомендації відповідним національним органам влади із визначенням змін до нормативно-правових актів, що регулюють діяльність закладів охорони здоров'я.
5	Реалізувати рекомендації аналізу прогалин (пункт 4 вище) у межах сфери відповідальності МОЗ. Поширити рекомендації аналізу прогалин поза межами сфери відповідальності МОЗ серед інших відповідних державних органів, які відповідають за інфекційний контроль, управління медичними відходами, ОНС, готовність до надзвичайних ситуацій і реагування на них та діяльність закладів охорони здоров'я загалом.	До грудня 2025 року.	МОЗ, НСЗУ	Підтвердження реалізації рекомендацій МОЗ та підтвердження поширення рекомендацій серед інших відповідальних державних органів.
6	Переглянути аспекти управління E&S ризиками в протоколах моніторингу та надати рекомендації.	До грудня 2025 року.	МОЗ, НСЗУ	Рекомендації підготовлено та включено до протоколів моніторингу.
7	Провести оцінку потреб щодо доступу до медичних послуг серед вразливих груп (включно із сільським населенням, етнічними меншинами та людьми старшого віку) та наявних каналів отримання інформації про послуги, доступні їм у межах пакета ПМГ. Включити висновки та рекомендації до плану розвитку ПМГ.	Через 12 місяців після Дати набрання чинності. Реалізація - протягом усього строку Програми.	МОЗ	Підготовлено звіт з оцінки потреб вразливих груп; рекомендації включено до планування ПМГ.
8	Регулярна піврічна звітність з E&S питань та звітування про інциденти: (i) E&S спеціаліст PIU та контактні особи в інших установах регулярно перевіряють зворотний зв'язок від зацікавлених сторін; (ii) піврічна регулярна звітність; (iii) звітування протягом 48 годин у разі серйозних інцидентів у межах Програми.	Протягом усього строку реалізації Програми.	МОЗ	Завершений звіт із рекомендаціями щодо ключових EHS питань та функціонування GM.
9	Створити функціональний механізм розгляду скарг (GM) (або вдосконалити наявний механізм ¹³), включно зі створенням додаткового каналу приймання анонімних скарг і звернень щодо гендерно зумовленого насильства (GBV). Підготувати протокол перенаправлення та настанови для закладів охорони здоров'я щодо скарг, пов'язаних із GBV.	Затвердження як частини POM. GM функціонує протягом усього строку Програми.	МОЗ, НСЗУ	Протокол перенаправлення розроблено та реалізовано як частину POM. Інформація про випадки скарг подається у піврічній звітності.

¹² Включно, але не обмежуючись, дотриманням Загальних керівних принципів EHS: <https://www.ifc.org/content/dam/ifc/doc/2000/2007-general-ehs-guidelines-en.pdf> та інших рамкових документів з управління E&S, розроблених МОЗ у межах проєктів міжнародних фінансових установ.

¹³ У тому числі шляхом налагодження координації між GRM МОЗ та НСЗУ для забезпечення вертикальної синхронізації та взаємодоповнюваності.

ДОДАТОК 1. ПЕРЕЛІК ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН, З ЯКИМИ ПРОВІДИЛИСЯ ЗУСТРІЧІ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ТА ФІНАЛІЗАЦІЇ ESSA

На етапі підготовки

ПІБ	Посада та організація
Міністерство охорони здоров'я України — 18 вересня 2024 року	
Ігор Кузін	Заступник Міністра охорони здоров'я України
Ігор Поворозник	Заступник директора Департаменту громадського здоров'я
Богдан Дзяман	Підрозділ Програми медичних гарантій (ПМГ)
Геннадій Нерсесян	Директор Фінансово-економічного департаменту
Катерина Полегенько	Заступниця директора Фінансово-економічного департаменту
Аліна Погрібна	Координаторка проєкту HEAL
Зураб Майсурадзе	Консультант з екологічних та соціальних питань
НСЗУ — 6, 12 та 19 серпня 2024 року	
Сергій Карачун	Директор Юридичного департаменту
Дмитро Черниш	Директор Департаменту розвитку електронної системи охорони здоров'я
Наталія Чернишова	Начальниця відділу міжнародного співробітництва
Світлана Дудник	Директорка Департаменту розвитку Програми медичних гарантій
Ігор Жолнович	Директор Департаменту договірної роботи
Заклади охорони здоров'я — 4 та 18 вересня 2024 року	
Детальний перелік представників додається до протоколів зустрічей у Додатку 2 та до Плану взаємодії із зацікавленими сторонами (SEP).	
Зустріч із зацікавленими сторонами — 4 та 18 вересня 2024 року	
Віта Думанська	Рух «ЧЕСНО»
Ірина Латиш	Engagement Institute
Оксана Мусієнко	БФ «Пацієнти України»
Тетяна Барлас	ГО «Радість руху»
Олександра Балясна	Асоціація батьків передчасно народжених дітей «Ранні пташки»
Олена Вагнер	ГО «ПНГ Україна»
Андрій Гулей	БФ «Сестри Даліли»; ГО «Асоціація легеневої гіпертензії України»
Ольга Большова	ГО «Діти з легеневим фіброзом»
Вікторія Романюк	ГО «Афіна. Жінки проти раку»
Ніна Астафорова-Яценко	БФ «Діти з гемофілією»
Олександр Воловець	ГО «Вільсон-Коновалова»

ПІБ	Посада та організація
Антон Кулагін	БО «Фонд допомоги людям з розсіяним склерозом»
Детальний перелік учасників додається до протоколу консультацій	Представники МОЗ
	Представники регіональних департаментів охорони здоров'я
	Представники закладів охорони здоров'я

До протоколу консультацій додається детальний перелік учасників, включно з представниками МОЗ, регіональних департаментів охорони здоров'я та закладів охорони здоров'я.

ДОДАТОК 2. ПРОТОКОЛ КОНСУЛЬТАЦІЙ ESSA ІЗ ЗАЦІКАВЛЕНИМИ СТОРОНАМИ

Протокол публічних консультацій

Оцінка екологічної та соціальної систем (ESSA) нового спільного проєкту Світового банку, Міністерства охорони здоров'я України та НСЗУ «Трансформування сектору охорони здоров'я завдяки реформуванню та інвестиціям в ефективність» (THRIVE)

Дата: 03 жовтня 2024 року (у режимі відеоконференції)

Час: 16:00-17:00

1. Вступ

Проект Оцінки екологічних та соціальних систем (ESSA) для Програми «Трансформування сектору охорони здоров'я завдяки реформуванню та інвестиціям в ефективність» (THRIVE) було оприлюднено на вебсайті Світового банку англійською та українською мовами 20 вересня 2024 року, що дало зацікавленим сторонам можливість подавати коментарі. Крім того, посилання на оприлюднений документ було надіслано разом із запрошенням на консультації із зацікавленими сторонами, включно з постраждалими сторонами та неурядовими організаціями.

Консультації із зацікавленими сторонами щодо проєкту ESSA відбулися у віртуальному форматі 3 жовтня 2024 року; у них взяли участь близько 103 учасників. Серед учасників були представники закладів охорони здоров'я, залучених до Проєкту, та неурядових організацій. Структура зустрічі передбачала обговорення ключових питань проєкту ESSA. Під час консультацій було представлено короткий вступ щодо інструменту PforR та Проєкту «Трансформування сектору охорони здоров'я завдяки реформуванню та інвестиціям в ефективність», огляд основних висновків ESSA та запропонований План дій ESSA.

2. Стислий виклад презентації під час консультацій ESSA

Деякі ключові факти про ПМГ

- Ключова програма, в межах якої Уряд України надає населенню медичні послуги, із бюджетом 4 млрд дол. США - 80% видатків МОЗ (у бюджеті на 2024 рік).
- Державне фінансування надання медичних послуг консолідовано в межах ПМГ - єдиної бюджетної програми (2308060).
- Адміністратором ПМГ є закупівельна агенція - НСЗУ.
- НСЗУ укладає договори з надавачами для закупівлі медичних послуг. Наразі НСЗУ уклала договори з понад 3 400 закладами охорони здоров'я та понад 1 300 аптеками, які відпускають населенню лікарські засоби безоплатно або з невеликою доплатою.
- У 2023 році понад **32 000 мільйонів українців** були зареєстровані в закладах первинної медико-санітарної допомоги, з якими НСЗУ уклала договори.
- Загальна мета нового проєкту - підвищити результативність та ефективність державних видатків на охорону здоров'я.

Чотири основні характеристики цього Проєкту

- фінансування орієнтоване на результати;
- відшкодування здійснюється за досягнення результатів;
- визначено сфери результатів та показники, прив'язані до вибірки коштів (DLI);
- кошти Світового банку перераховуються до Державного бюджету.

Наразі Світовий банк проаналізував запропоновані заходи в межах Проєкту та визначив, що потенційний екологічний і соціальний вплив не передбачає неприйнятних негативних ризиків.

Водночас на етапі публічних консультацій щодо екологічної та соціальної оцінки було визначено потенційні негативні впливи та ризики, зокрема:

- **контекстуальні фактори ризику:** передусім ризику OHS під час очних моніторингових візитів та заходів зі зміцнення спроможності;
- **політичні та репутаційні ризики:** медичні послуги, що надаються в межах Проєкту THRIVE, можуть сприйматися як несправедливо розподілені, особливо якщо видаватиметься, що окремі регіони отримують більше ресурсів за інші. Таке сприйняття може посилити наявну напруженість і призвести до соціального конфлікту.

Вплив з екологічної точки зору складатиметься з двох компонентів:

- прямиий негативний екологічний вплив, пов'язаний із необхідністю належного управління медичними та фармацевтичними відходами;
- непрямий негативний екологічний вплив.

Документ ESSA також містить аналіз законодавства України та аналіз інституційної спроможності. Основна увага цього проєкту зосереджена на НСЗУ, тому спроможність цієї служби описано окремо та зазначено, що НСЗУ повинна мати штатних спеціалістів, які безпосередньо впроваджують стандарти екологічного та соціального управління, характерні для проєктів, що підтримуються Світовим банком.

Відповідно до результатів оцінки та підсумків цієї роботи до Плану дій Програми також буде включено заходи, спрямовані на пом'якшення потенційних екологічних та соціальних впливів.

Основні блоки екологічних і соціальних заходів, визначених ESSA

1. Залучення спеціалістів з екологічних та соціальних питань для роботи в межах Проєкту.
2. Підготовка та реалізація Операційного посібника Проєкту з вичерпним переліком виключень щодо екологічних і соціальних аспектів та заходами щодо екологічних і соціальних зобов'язань у межах Проєкту.
3. Підготовка рекомендацій на рівні МОЗ щодо належних практик управління екологічними та соціальними ризиками.
4. Проведення комплексного аналізу прогалин у національному законодавстві та підготовка для відповідних національних органів державної влади пакета рекомендацій щодо внесення змін до нормативно-правової бази, що регулює діяльність закладів охорони здоров'я.
5. Проведення оцінки потреб щодо доступності медичних послуг серед вразливих груп населення та доступних каналів отримання інформації про послуги, які можуть надаватися їм у межах пакета ПМГ. Включення отриманих висновків і рекомендацій до плану розвитку ПМГ.
6. Запровадження регулярної піврічної звітності з екологічних і соціальних питань, а також звітування про інциденти.
7. Створення функціонального механізму розгляду скарг (GRM) (або вдосконалення наявного механізму), включно зі створенням додаткового каналу для анонімних скарг.

3. Запитання та відповіді учасників обговорення щодо нового спільного проєкту Світового банку, МОЗ та НСЗУ «Трансформування сектору охорони здоров'я завдяки реформуванню та інвестиціям в ефективність» (THRIVE)

№	Запитання	Відповідь
1.	Віта Думанська (Рух «ЧЕСНО») «Пане Ігорю, дякую за презентацію. Ви згадали механізм розгляду скарг та можливість подання анонімних скарг. Скажіть, будь ласка, як Ви бачите координацію цього механізму між МОЗ, НСЗУ та регіональним рівнем? І також які компоненти залучення громадян (СЕ) передбачені в проєкті? Дякую!»	Ігор Кузін (заступник Міністра охорони здоров'я України) «Дуже дякую, це хороше запитання. Як я вже зазначав, на мою думку, ця рекомендація для нас є обов'язковою, тобто такий механізм має бути створений. Раніше в межах аналогічних проєктів, пов'язаних із COVID-19, у нас діяв досить ефективний механізм: за фінансування або підтримки Національного контактного центру ми могли отримувати скарги від пацієнтів, а інколи й від медичних працівників, після чого залежно від предмета скарги передавали їх до відповідного закладу охорони здоров'я, департаменту охорони здоров'я або НСЗУ. Таким чином було забезпечено об'єктивний зворотний зв'язок і контроль за тим, щоб кожна скарга перетворювалася на практичне рішення. Наразі контактний центр, як і гаряча лінія, продовжує працювати. Він опрацьовує не лише питання, пов'язані з COVID-19, а й звернення з інших напрямів. Зараз ми намагаємося впровадити цей механізм як основний канал, через який МОЗ може отримувати та опрацьовувати такі скарги. Водночас анонімні скарги, що надходили через гарячу лінію, дійсно розглядалися, але відкритим залишалися питання інформування заявника про факт і результат розгляду, оскільки скарга була анонімною. Тому це питання потребує подальшого обговорення. Ми будемо працювати над тим, щоб цей механізм був сталим. Це основна стратегія нашої роботи.»

4. Перелік учасників

№	ПІБ	Посада	Установа
Міністерство охорони здоров'я України			
1	Ігор Кузін	Заступник Міністра охорони здоров'я України	Міністерство охорони здоров'я України
2	Аліна Погрібна	Координатор проєкту HEAL	Міністерство охорони здоров'я України
3	Зураб Майсурадзе	Консультант з екологічних та соціальних питань	Міністерство охорони здоров'я України
Департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій			
4	Ольга Задорожна	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я та реабілітації Вінницької обласної державної адміністрації
5	Сергій Лавренюк	Заступник директора департаменту	Департамент охорони здоров'я та реабілітації Вінницької обласної державної адміністрації
6	Володимир Колесник	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації
7	Володимир Дулеба	Головний спеціаліст (рядовий працівник)	Департамент охорони здоров'я Хмельницької обласної державної адміністрації
8	Олександра Бойчук	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації
9	Тетяна Деменко	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації

№	ІМ'Я	Посада	Установа
10	Юрій Стогнієв	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації
11	Вікторія Клименко	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації
12	Юлія Косогор	Заступник начальника управління реформ і розвитку медичної допомоги – начальник відділу лікувально-профілактичної допомоги	Департамент охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації
13	Наталія Свестун	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації
14	Олександр Грегуцак	Начальник відділу фінансово-економічної роботи	Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації
15	Ірина Ткаченко	Начальник відділу	Управління охорони здоров'я Миколаївської обласної державної адміністрації
16	Анатолій Котляр	Начальник відділу	Департамент охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації
17	Віктор Лисак	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації
18	Любов Крикливець	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації
19	Наталія Хомко	Начальник відділу стратегічного розвитку охорони здоров'я управління медичної роботи	Департамент охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації
20	Володимир Чорний	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації
21	Ольга Ярмоленко	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації
22	Тетяна Скарлош	Начальник відділу медичної допомоги, розвитку охорони здоров'я та правового забезпечення департаменту	Департамент охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації
23	Любов Мандзич	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Закарпатської обласної державної адміністрації
24	Ольга Чемет	Начальник відділу лікувально-профілактичної роботи, моніторингу якості медичної допомоги, правової та організаційної роботи і роботи зі зверненнями громадян департаменту	Департамент охорони здоров'я Закарпатської обласної державної адміністрації
25	Олена Захарченко	Начальник відділу	Департамент охорони здоров'я Чернігівської обласної державної адміністрації
26	Валентина Гінзбург	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації
27	Олег Рибальченко	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Кіровоградської обласної державної адміністрації
28	Валентина Донець	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації

№	ІМ'Я	Посада	Установа
29	Антоніна Уманець	Начальник відділу	Департамент охорони здоров'я Черкаської обласної державної адміністрації
30	Тетяна Бондар	Заступник начальника департаменту	Департамент охорони здоров'я Черкаської обласної державної адміністрації
31	Ольга Обуховська	Заступник директора департаменту – начальник управління фінансового та ресурсного забезпечення і післядипломної медичної освіти	Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації
Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих рад			
32	Олександр Шиш	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Вінницької міської ради
33	Наталія Коробчинська	Заступник директора департаменту	Департамент охорони здоров'я Вінницької міської ради
34	Марина Порохняк	Начальник відділу	Відділ охорони здоров'я Слов'янської міської ради
35	Борис Ткач	Начальник відділу	Управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради
36	Алла Вацеба	Начальник відділу	Управління охорони здоров'я Івано-Франківської міської ради
37	Ігор Кулик	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Харківської міської ради
38	Ганна Дуб	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я та медичного забезпечення Запорізької міської ради
39	Наталія Калмикова	Начальник відділу	Управління охорони здоров'я Чернівецької міської ради
40	Ірина Шамрай	Начальник відділу	Управління охорони здоров'я Миколаївської міської ради
41	Наталія Кіпенко	Головний спеціаліст (рядовий працівник)	Відділ охорони здоров'я Сумської міської ради
42	Сергій Котов	Директор департаменту	Департамент охорони здоров'я Полтавської міської ради
43	Марта Матюшко	Начальник відділу	Управління охорони здоров'я Департаменту гуманітарної політики Львівської міської ради
44	Ірина Питель	Заступник начальника департаменту	Управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради
45	Ірина Столярова	Заступник начальника департаменту	Управління охорони здоров'я та цивільного захисту Ужгородської міської ради
46	Оксана Макарук	Начальник відділу	Управління охорони здоров'я Кіровоградської міської ради
47	Олена Тарасова	Начальник відділу	Відділ охорони здоров'я Бердичівської міської ради

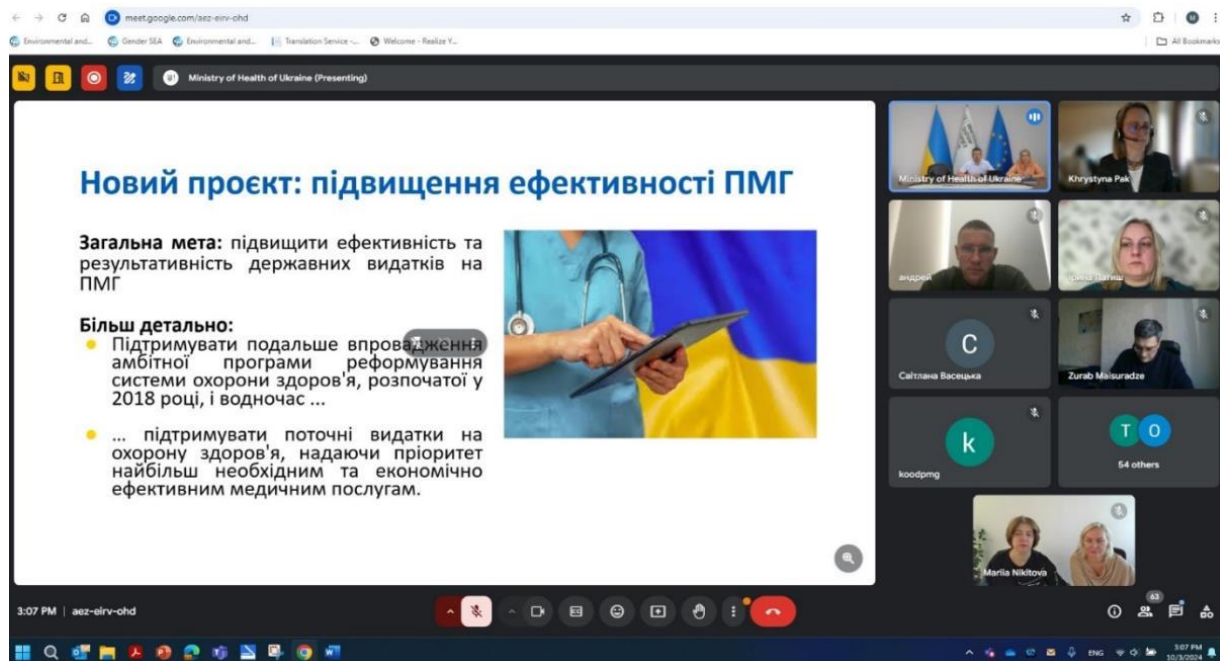
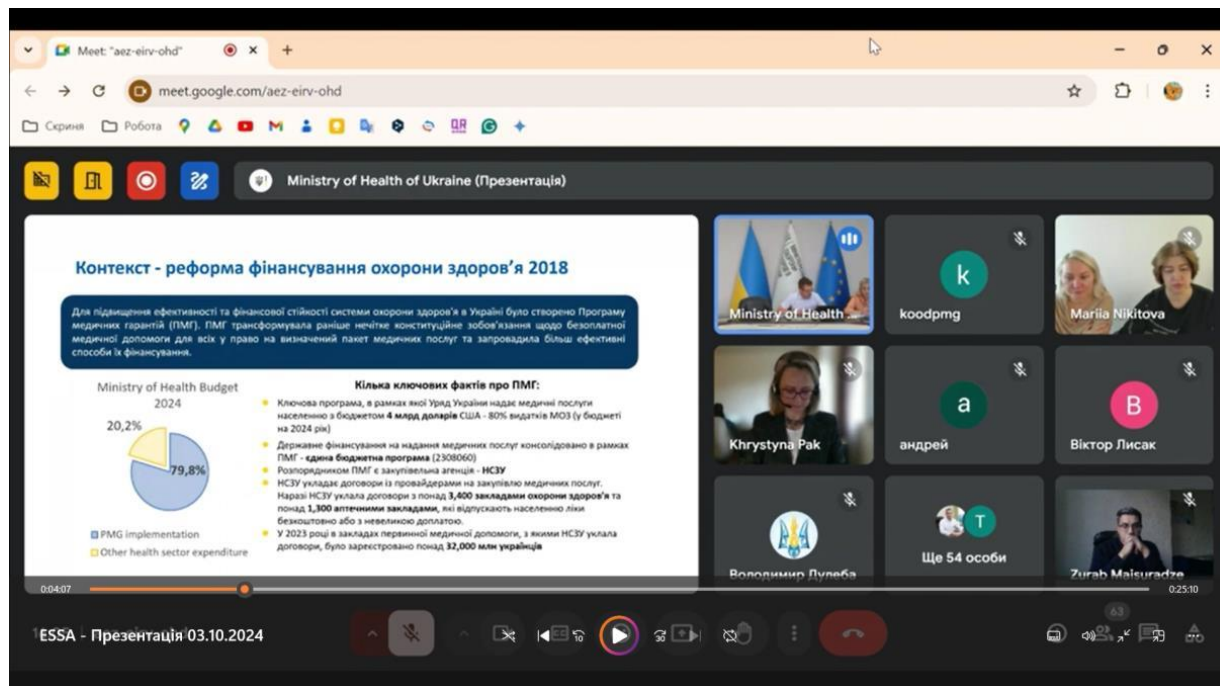
№	ПІБ	Посада	Установа
48	Любов Проценко	Заступник директора – начальник відділу бухгалтерського обліку	Департамент охорони здоров'я та медичних послуг Черкаської міської ради
49	Тетяна Прибиток	Заступник директора – начальник відділу організації медичної допомоги	Департамент охорони здоров'я Дніпровської міської ради
50	Ольга Малець	Заступник начальника департаменту	Управління охорони здоров'я Чернігівської міської ради
Заклади охорони здоров'я			
51	Лілія Діденко	Директор	Вінницька обласна дитяча лікарня
52	Наталія Нежода	Директор	Шаргородський центр первинної медико-санітарної допомоги
53	Ольга Голубченко	Директор	Маріупольська обласна лікарня інтенсивного лікування
54	Олександр Власенко	Директор	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 Краматорської міської ради
55	Людмила Головки	Директор	Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2
56	Яків Цуглевич	Директор	Хмельницька обласна лікарня
57	Остап Грішук	Генеральний директор	Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради
58	Руслан Врагов	Директор	Харківська обласна клінічна лікарня
59	Олексій Болгов	Директор	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 Харківського району Південної міської ради
60	Борис Західко	Генеральний директор	Луганська обласна клінічна лікарня
61	Олександра Антоненко	Генеральний директор	Старобільський районний центр первинної медико-санітарної допомоги
62	Ірина Віцина	Директор	Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги Запорізької міської ради
63	В'ячеслав Мірошніченко	Директор	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 10 Запорізької міської ради
64	Дмитро Домбровський	Генеральний директор	Чернівецька обласна клінічна лікарня
65	Євгенія Косташик	Генеральний директор	Кіцманський центр первинної медико-санітарної допомоги
66	Дмитро Бачинський	Медичний директор з хірургічної допомоги	Миколаївська обласна клінічна лікарня
67	Альона Бернард	Медичний директор	Баштанська багатопрофільна лікарня Баштанської міської ради
68	Ірина Лашко	Заступник директора з економічних питань	Баштанська багатопрофільна лікарня Баштанської міської ради

№	ІІБ	Посада	Установа
69	Олександр Фоменко	Заступник головного лікаря з медичної частини	Вознесенська багатопрофільна лікарня Вознесенської міської ради
70	Денис Курило	Директор	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 Миколаївської міської ради
71	Тетяна Сенько	Медичний директор	Сумська обласна клінічна лікарня
72	Вікторія Ахтирцева	Директор	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 Сумської міської ради
73	Григорій Оксак	Головний лікар	Полтавська обласна клінічна лікарня імені Скніфосовського
74	Віталій Павленко	Директор	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 Полтавської міської ради
75	Валентина Жарко	Керівник	Рокитнянська багатопрофільна лікарня Рокитнянської селищної ради Білоцерківського району Київської області
76	Олександр Азаров	Керівник	Центр первинної медико-санітарної допомоги Боярської міської ради Київської області
77	Алла Арешкович	Керівник	Київський обласний онкологічний диспансер
78	Тарас Яцунський	Директор	Золочівська центральна районна лікарня Львівської області
79	Марія Малачинська	Директор	Львівський обласний клінічний перинатальний центр
80	Софія Маслій	Генеральний директор	Тернопільська обласна клінічна лікарня
81	Володимир Шкробот	Генеральний директор	Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня
82	Надія Фарілон	Радник генерального директора	Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня
83	Микола Медвідь	Директор	Центр первинної медико-санітарної допомоги Тернопільської міської ради
84	Олександр Матювка	Заступник директора	Закарпатська обласна клінічна лікарня імені Андрія Новака
85	Тетяна Козак	Директор	Ужгородський міський центр первинної медико- санітарної допомоги
86	Валерій Чобітько	Генеральний директор	Чернігівська обласна лікарня
87	Олександр Іванко	Директор	Київська міська клінічна лікарня № 1
88	Мар'яна Некрасова	Директор	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 Оболонського району м. Києва
89	Лариса Андрєєва	Генеральний директор	Кіровоградська обласна лікарня
90	Світлана Васецька	Генеральний директор	Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини

№	ІМ'Я	Посада	Установа
91	Олександр Веселовський	Генеральний директор	Житомирська обласна клінічна лікарня імені О. Ф. Гербачевського
92	Наталія Герасимчук	Медичний директор	Житомирська обласна клінічна лікарня імені О. Ф. Гербачевського
93	Олександр Косміна	Медичний директор	Житомирський центр первинної медико-санітарної допомоги
94	Ігор Бессараб	Медичний директор	Черкаська обласна дитяча лікарня
95	Віталій Шило	Директор	Черкаська обласна лікарня
96	Наталія Горєва	Директор	Канівський міський центр первинної медико-санітарної допомоги
97	Олексій Власов	Генеральний директор	Дніпропетровський обласний медичний центр сімейного здоров'я
98	Леонід Гінкота	Директор	Новомосковський міський центр первинної медико-санітарної допомоги, Дніпропетровська область
Неурядові організації			
99	Віта Думанська	Керівниця	Рух «ЧЕСНО»
100	Ірина Латиш	Представниця	Інститут залучення (Engagement Institute)
101	Оксана Мусієнко	Представниця	БФ «Пацієнти України»
102	Тетяна Барлас	Представниця	ГО «Радість руху»
103	Олександра Балясна	Представниця	Асоціація батьків передчасно народжених дітей «Ранні пташки»
104	Олена Вагнер	Представниця	ГО «ПНГ Україна»
105	Андрій Гулей	Представник	БФ «Сестри Далілі»; ГО «Асоціація легеневої гіпертензії України»
106	Ольга Большова	Представниця	ГО «Діти з легенеvim фіброзом»
107	Вікторія Романюк	Представниця	ГО «Афіна. Жінки проти раку»
108	Ніна Астафорова-Яценко	Представниця	БФ «Діти з гемофілією»
109	Олександр Воловець	Представник	ГО «Вільсон-Коновалова»
110	Антон Кулагін	Представник	БО «Фонд допомоги людям з розсіяним склерозом»
Світовий банк			
111	Марія Нікітова	Спеціаліст із соціального розвитку	Світовий банк
112	Оксана Ракович	Старший спеціаліст з екологічних питань	Світовий банк
113	Христина Пак	Консультант (ЕТ)	Світовий банк

№	ІМ'Я	Посада	Установа
114	Маріана Гладкевич	Консультант (ЕТ)	Світовий банк

5. Фото з консультацій



ДОДАТОК 3. ВІДПОВІДНА НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА УКРАЇНИ У СФЕРІ Е&С

Управління Е&С ризиками та впливами (Основний принцип 1)

Законодавча та нормативно-правова база України з питань довкілля, соціальної сфери, праці, охорони праці та безпеки (OHS) є досить широкою й комплексною та включає міжнародні конвенції, протоколи й угоди, ратифіковані Верховною Радою України, закони, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України (КМУ), накази міністерств, різноманітні норми, процедури, стандарти й керівні документи.

Екологічні аспекти також регулюються відповідними правовими положеннями, що містяться в інших частинах законодавства країни (цивільне законодавство, Водний кодекс, Земельний кодекс, адміністративне законодавство, кримінальне законодавство тощо). Ці положення визначають характер і межі санкцій та дисциплінарних правил, адміністративну, матеріальну й кримінальну відповідальність, що застосовується до порушника екологічного законодавства і стандартів залежно від завданої шкоди, екологічного ризику та масштабу негативного впливу.

Нижче наведено перелік ключових законів, що регулюють екологічні та соціальні аспекти Проєкту і підлягають врахуванню:

- **Закон України «Про охорону навколишнього природного середовища»** (1991 рік, періодично оновлювався; останнє оновлення - 2019 рік). Метою природоохоронного законодавства є регулювання відносин у сфері охорони, використання та відтворення природних ресурсів, забезпечення екологічної безпеки, запобігання негативному впливу господарської та іншої діяльності на довкілля і ліквідації його наслідків, збереження природних ресурсів, генетичного фонду живої природи, ландшафтів та інших екосистем, унікальних територій і природних об'єктів, пов'язаних із культурною спадщиною.
- **Закон України № 2320-IX «Про управління відходами»** (2022 рік / набрав чинності 9 липня 2023 року). Закон визначає правові, організаційні та економічні засади діяльності, пов'язаної із запобіганням утворенню відходів, зменшенням обсягів їх утворення, зменшенням негативних наслідків діяльності з управління відходами, сприянням підготовці відходів до повторного використання, рециклінгу та відновлення з метою запобігання їх негативному впливу на здоров'я людини та навколишнє природне середовище. Закон регулює відносини щодо запобігання утворенню та управління відходами, утвореними в Україні, а також управління відходами, що перевозяться територією України, вивозяться за її межі та ввозяться в Україну з метою відновлення, включно з рециклінгом.
- **Національна стратегія управління відходами в Україні до 2030 року**, схвалена Кабінетом Міністрів України 8 листопада 2017 року. Стратегія визначає основні напрями державного регулювання у сфері управління відходами на наступні десятиліття з урахуванням європейських підходів до управління відходами, викладених у директивах ЄС. Основними цілями державної політики у сфері запобігання утворенню та управління відходами є: (а) захист здоров'я людини та навколишнього природного середовища від негативного впливу відходів; (б) здійснення заходів у сфері управління відходами без створення загрози здоров'ю людей і без завдання шкоди навколишньому природному середовищу в межах установлених нормативів шкідливого впливу фізичних факторів; (с) дотримання ієрархії управління відходами; та (d) запровадження розширеної відповідальності виробника.
- **Закон України «Про оцінку впливу на довкілля»** (2017 рік). Закон встановлює загальні положення щодо оцінки впливу на довкілля. Слід зазначити, що цей Закон застосовується лише до тих видів діяльності, які потребують оцінки впливу на довкілля (ОВД) відповідно до частин другої та третьої статті 3 зазначеного Закону.
- **Закон України «Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру»** (2000 рік) визначає організаційні та правові засади захисту громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які перебувають на території України, а також захисту виробничих і соціальних об'єктів та довкілля від надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру.
- **Закон України «Про охорону атмосферного повітря»** (1992 рік). Закон спрямований на збереження та відновлення природного стану атмосферного повітря, створення сприятливих умов для життєдіяльності, забезпечення екологічної безпеки та запобігання шкідливому впливу атмосферного повітря на здоров'я людини й довкілля.
- **Водний кодекс України** (1995 рік). Водний кодекс у поєднанні із заходами організаційного, правового, економічного та виховного впливу сприяє формуванню водно-екологічного правопорядку й екологічної безпеки населення України, а також більш ефективному, науково обґрунтованому використанню вод та їх охороні від забруднення, засмічення і виснаження.
- **Закон України «Про основи містобудування»** (1992 рік). Закон визначає правові, економічні, соціальні та організаційні засади містобудівної діяльності, спрямованої на формування повноцінного життєвого середовища із забезпеченням охорони навколишнього природного середовища, раціонального природокористування та збереження культурної спадщини.
- **Закон України «Про регулювання містобудівної діяльності»** (2011 рік). Після ухвалення цього Закону було внесено зміни до численних нормативно-правових актів, що визначають вимоги до будівельної галузі. Закон установлює правові та організаційні засади містобудівної діяльності та спрямований на забезпечення сталого розвитку територій з урахуванням державних, громадських і приватних інтересів.
- **Закон України «Про охорону культурної спадщини»** (2000 рік). Закон регулює правові, організаційні, соціальні та економічні відносини у сфері охорони культурної спадщини з метою збереження і використання об'єктів культурної спадщини у суспільному житті та захисту традиційного характеру середовища для нинішнього і майбутніх поколінь.
- Перелік чинних нормативно-правових актів з охорони довкілля було оновлено прийняттям 30 грудня 2021 року нового **ДБН А.2.2-1:2021 «Склад і зміст матеріалів оцінки впливів на навколишнє середовище»**, який набрав чинності 1 вересня 2022 року. Ці норми встановлюють вимоги до складу та змісту розділу оцінки впливу на довкілля у проєктній документації на нове будівництво, реконструкцію та капітальний ремонт будівель і споруд будь-якого призначення та їх комплексів. Вони також застосовуються до прийнятих проєктних рішень з урахуванням обґрунтування економічних, технічних, організаційних, санітарних та інших заходів, спрямованих на забезпечення екологічної безпеки під час будівництва та експлуатації будівель і споруд будь-якого призначення та їх комплексів.

Інституційна система управління довкіллям

Питаннями довкілля на політичному рівні займається **Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України**, яке, серед іншого, формує та реалізує державну політику у сфері охорони навколишнього природного середовища, екологічної, а в межах

визначених законом повноважень - радіаційної, біологічної та генетичної безпеки. Водночас Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України, серед іншого, забезпечує формування та реалізацію державної політики у таких сферах: геологічне вивчення та раціональне використання надр; здійснення державного нагляду (контролю) у сфері охорони довкілля, раціонального використання, відтворення та охорони природних ресурсів; здійснення державного геологічного контролю; а також збереження озонового шару, управління несприятливим антропогенним впливом у контексті адаптації до зміни клімату та виконання вимог Рамкової конвенції ООН про зміну клімату, Кіотського протоколу до неї та Паризької угоди.

На стратегічному рівні пріоритети екологічної політики визначено **Основними засадами (стратегією) державної екологічної політики України на період до 2030 року**, затвердженими Законом України від 28 лютого 2019 року № 2697-VIII.

Міністерство охорони здоров'я України (заступник Міністра - Головний державний санітарний лікар України), Державна служба України з питань праці та Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів також є центральними органами виконавчої влади, відповідальними за формування державної політики у сфері здоров'я та епідемічного благополуччя населення і реалізацію державної політики в цій сфері.

Водночас головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізацію державної регіональної політики, державної політики у сфері благоустрою населених пунктів, будівництва, містобудування, просторового планування територій та архітектури; державної політики у сфері технічного регулювання у будівництві, а також забезпечує формування державної політики у сфері архітектурно-будівельного контролю та нагляду; політики у сфері контролю житлово-комунальних послуг і політики у сфері енергоефективності будівель, є **Міністерство розвитку громад, територій та інфраструктури України**.

Екологічна політика безпосередньо реалізується різними державними агентствами, службами та адміністраціями (зокрема Державною екологічною інспекцією України, Державною службою геології та надр України, Державним агентством водних ресурсів України, обласними державними адміністраціями / обласними військовими адміністраціями тощо) або органами місцевого самоврядування.

Державна екологічна інспекція України (ДЕІ) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується та координується КМУ через Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів України і який реалізує державну політику щодо державного нагляду (контролю) у сфері охорони довкілля, раціонального використання, відтворення та охорони природних ресурсів. До основних завдань ДЕІ належить здійснення у межах визначених законом повноважень державного нагляду (контролю) за дотриманням вимог законодавства, зокрема щодо управління відходами, небезпечних хімічних речовин, пестицидів та агрохімікатів.

У великих містах органи місцевого самоврядування здійснюють моніторинг стану природного середовища (збирання відходів, прибирання вулиць, зелені зони тощо) через відповідні департаменти благоустрою та охорони навколишнього природного середовища (назви таких департаментів можуть відрізнятися між містами, але їхні функції є дуже подібними).

У структурі органів прокуратури України, зокрема Офісу Генерального прокурора та обласних прокуратур, діє спеціалізована екологічна прокуратура (як структурний підрозділ). Вона здійснює досудове розслідування та підтримання публічного обвинувачення у кримінальних провадженнях щодо кримінальних правопорушень у сфері охорони довкілля.

Міжнародні конвенції, ратифіковані Україною

Віденська конвенція про охорону озонового шару та Монреальський протокол про речовини, що руйнують озоновий шар, є міжнародними договорами, спрямованими на припинення використання озоноруйнівних речовин (ОРР). Це перша міжнародна конвенція будь-якого типу, що досягла універсальної ратифікації. Тому важливо насамперед переконатися, що доступні для придбання альтернативи, які не містять ОРР, або що відходи, які містять такі речовини, належним чином обробляються та видалюються. Віденську конвенцію Україна ратифікувала 18 червня 1986 року.

Базельська конвенція про контроль за транскордонним перевезенням небезпечних відходів та їх видаленням спрямована на захист здоров'я людини та довкілля від негативного впливу небезпечних відходів. Конвенція має на меті скорочення утворення відходів, сприяння екологічно безпечним практикам управління відходами та обмеження транскордонного переміщення небезпечних відходів. Конвенція визначає чотири потоки небезпечних відходів та встановлює вимоги щодо їх оброблення й видалення. Україна ратифікувала Базельську конвенцію 8 жовтня 1999 року; вона набрала чинності 6 січня 2000 року.

Стокгольмська конвенція про стійкі органічні забруднювачі (СОЗ) спрямована на захист здоров'я людини та довкілля від шкідливого впливу СОЗ шляхом припинення та/або контролю їх виробництва, торгівлі, використання і викидів. Для запобігання утворенню СОЗ Конвенція рекомендує використовувати технології без спалювання або установки для спалювання належної якості, які відповідають національним та міжнародним стандартам щодо викидів ненавмисно утворених СОЗ (uPOPs). Україна ратифікувала Стокгольмську конвенцію 25 вересня 2007 року; вона набрала чинності 24 грудня 2007 року.

Роттердамська конвенція про процедуру попередньої обґрунтованої згоди щодо окремих небезпечних хімічних речовин та пестицидів у міжнародній торгівлі сприяє спільній відповідальності країн-експортерів і країн-імпортерів за захист здоров'я людини та довкілля від шкідливого впливу певних небезпечних хімічних речовин і пестицидів та передбачає обмін інформацією про такі хімічні речовини. Україна ратифікувала Конвенцію 6 грудня 2002 року.

Мінаматська конвенція про ртуть є найновішим міжнародним договором, спрямованим на захист здоров'я людини та довкілля від антропогенних викидів і вивільнень ртуті. Конвенція закликає закуповувати в секторі охорони здоров'я альтернативи, що не містять ртуті, та впроваджувати належні рішення у сфері управління відходами. Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів підготувало проєкт Закону України «Про приєднання України до Мінаматської конвенції про ртуть», який було направлено на погодження до відповідних центральних органів виконавчої влади. Україна ратифікувала Конвенцію 29 травня 2023 року.

Крім п'яти зазначених вище міжнародних екологічних конвенцій, у межах Проєкту можливі неодноразові посилання на такі документи:

Оргуська конвенція про доступ до інформації, участь громадськості в процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосуються довкілля. Мета Конвенції - сприяти країнам-учасникам у забезпеченні прав громадян (фізичних осіб та їх об'єднань) на екологічну інформацію («доступ до екологічної інформації»). Це може включати інформацію про стан довкілля, політики чи вжиті заходи, а також про здоров'я і безпеку людей, якщо на них може впливати стан довкілля. Крім того, Конвенція вимагає від органів державної влади активно поширювати екологічну інформацію, якою вони володіють. Ратифікувавши Конвенцію, країна взяла на себе зобов'язання забезпечити громадянам доступ до правосуддя з екологічних питань. Це зобов'язання полягає у наданні комплексу гарантій, що дозволяють громадянам звертатися до національного суду для перевірки дотримання органом державної влади закону та відповідних законодавчих вимог. Україна ратифікувала Конвенцію 6 липня 1999 року.

Конвенції Міжнародної організації праці: Україна ратифікувала і має чинними 9 із 10 фундаментальних конвенцій (зокрема Конвенцію про примусову працю, Конвенцію про безпеку та гігієну праці, Конвенцію про мінімальний вік, Конвенцію про найгірші форми дитячої праці тощо), а також 52 інші пріоритетні/управлінські та технічні конвенції.

Природні середовища існування та фізична культурна спадщина (Основний принцип 2)

Більшість природних середовищ існування в Україні або віднесено до земель природно-заповідного фонду та охороняється відповідно до законодавства, або (рідше) належить до лісових земель зі спеціальним режимом використання.

Об'єкти культурної спадщини України охороняються відповідно до положень Закону України «Про охорону культурної спадщини». Цей Закон формує основу для захисту об'єктів культурної спадщини, вимагаючи від забудовників отримати необхідні погодження й дозволи до початку робіт, які можуть вплинути на такі об'єкти. Національні нормативні акти зобов'язують забудовників враховувати обмеження господарської діяльності на територіях, де розташовані об'єкти культурної спадщини. Процедура поводження з випадковими знахідками забезпечує належне поводження з неочікувано виявленими культурними артефактами під час будівництва, що дає змогу зберігати культурну спадщину країни, одночасно дозволяючи необхідний розвиток.

Етапи отримання дозволів та дії у разі випадкових знахідок

Історико-містобудівне обґрунтування. До початку будь-якого проєкту забудовники мають отримати історико-містобудівне обґрунтування, яке включає ретельне обстеження ділянки на наявність об'єктів культурної спадщини.

Погодження проєктної документації. Забудовники повинні погодити наукову та проєктну документацію й отримати дозволи на проведення будівельних робіт від органів охорони культурної спадщини виключно через електронний кабінет Єдиної державної електронної системи у сфері будівництва.

Процедура випадкових знахідок - дії у разі виявлення об'єктів культурної спадщини:

- **Негайно зупинити роботи:** припинити всі будівельні роботи поблизу місця знахідки, щоб запобігти будь-якому пошкодженню.
- **Забезпечити охорону ділянки:** захистити територію, щоб знахідка залишалася недоторканою. Це може передбачати огороження ділянки та її моніторинг для запобігання несанкціонованому доступу.
- **Повідомити органи влади:** негайно поінформувати відповідний орган охорони культурної спадщини про знахідку. Надати детальну інформацію, включно з:
 - **місцем знахідки:** надати опис та, за можливості, фотографії знахідки;
 - **попереднім звітом:** задокументувати знахідку, включно з датою, часом та обставинами виявлення, а також контактними даними персоналу на місці.
- **Оцінка експертами:** дочекатися прибуття на місце експертів органу охорони культурної спадщини. Їх оцінка визначить значущість знахідки та подальші рекомендовані дії.
- **Впровадження захисних заходів:** відповідно до рекомендацій експертів забудовники мають запровадити заходи для захисту виявлених об'єктів. Це може включати:
 - встановлення фізичної огорожі / бар'єрів;
 - накриття об'єктів для захисту від впливу чинників довкілля;
 - інші заходи, специфічні для конкретного місця, відповідно до рекомендацій експертів.
- **Детальне звітування:** подати до органу охорони культурної спадщини детальний звіт, у якому задокументовано знахідку, вжиті захисні заходи та будь-які додатково виявлені ризики.

- **Електронне подання:** використовувати Єдину державну електронну систему у сфері будівництва (ЄДЕССБ / EDESSB) для подання всієї документації та звітів і забезпечення дотримання законодавчих вимог.
- **Відновлення робіт:** отримати письмове погодження органу охорони культурної спадщини на відновлення будівельних робіт. Забезпечити впровадження всіх захисних заходів і переконатися, що роботи не створюватимуть загрози для об'єктів культурної спадщини.
- **Постійний моніторинг:** безперервно контролювати ділянку під час подальшого будівництва, щоб запобігти виявленню без належного реагування або пошкодженню додаткових об'єктів культурної спадщини.

Дотримання Процедури випадкових знахідок має ключове значення для збереження культурної спадщини України одночасно з реалізацією проєктів розвитку. Негайне реагування у разі виявлення культурних артефактів, належне повідомлення та документування, а також дотримання Закону України «Про охорону культурної спадщини» забезпечують захист об'єктів культурної спадщини. Використання системи ЄДЕССБ спрощує процес погодження, роблячи його більш ефективним і прозорим.

Захист безпеки населення та працівників (Основний принцип 3)

Соціальний захист, трудові стандарти, охорона праці та безпека

Україна є державою-членом МОП із 1954 року (як частина колишнього СРСР), а з 1991 року - як незалежна держава. Україна ратифікувала 71 міжнародний трудовий стандарт (конвенцію) МОП, включно з вісьмома фундаментальними та чотирма пріоритетними конвенціями.

Соціальний захист, безпека та трудові стандарти регулюються такими законами та нормативно-правовими актами:

- Закон «Про охорону праці» (1992 рік) визначає основні положення щодо реалізації конституційного права працівників на захист життя і здоров'я під час роботи та на безпечні й здорові умови праці.
- Закон України «Про безпеку праці» визначає основні положення щодо реалізації конституційного права зайнятих громадян на забезпечення охорони здоров'я під час трудової діяльності, а також на належні, безпечні та здорові умови праці. Серед іншого працівники мають проходити навчання з охорони праці та безпеки і бути забезпечені засобами індивідуального захисту. У разі нещасних випадків на виробництві Закон передбачає, що роботодавець зобов'язаний організувати розслідування та вести облік відповідно до порядку, встановленого постановою КМУ № 1232 від 30.11.2011.
- Закон «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» (2000 рік).
- Закон «Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям» (2000 рік).
- Закон «Про державну допомогу сім'ям з дітьми» (1992 рік).
- Закон «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» (1999 рік).
- Закон «Про професійно-технічну освіту» (1998 рік).
- Закон «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» № 1058-IV (2003 рік), зі змінами 2004-2012 років.
- Кодекс законів про працю України (1972 рік).
- Закон України «Про організацію трудових відносин в умовах воєнного стану» (2022 рік) визначає особливості проходження державної служби, служби в органах місцевого самоврядування, трудових відносин працівників усіх підприємств, установ та організацій в Україні незалежно від форми власності, виду діяльності та галузевої належності, представництв іноземних суб'єктів господарської діяльності в Україні, а також осіб, які працюють за трудовим договором, укладеним із фізичними особами (далі - працівники), у період дії воєнного стану, запровадженено відповідно до Закону України «Про правовий режим воєнного стану».
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» № 1298 від 30 серпня 2002 року.

Деякі відповідні державні будівельні норми України, санітарні правила та галузеві нормативні акти наведено нижче:

- ДБН А.3.2-2-2009 ОПБ «Охорона праці і промислова безпека у будівництві. Основні положення»;
- ДБН В.1.2-7-2008 «Основні вимоги до будівель і споруд. Пожежна безпека»;
- ДБН В.1.2-9-2008 «Основні вимоги до будівель і споруд. Безпека експлуатації»;
- ДБН В.1.2-10-2008 «Основні вимоги до будівель і споруд. Захист від шуму»;
- ДБН В.1.1-31:2013 «Захист територій, будинків і споруд від шуму»;
- ДСН 3.3.6.039-99 «Державні санітарні норми виробничої загальної та локальної вібрації»;
- ДСТУ EN 13034:2017 «Одяг захисний. Захист від рідких хімікатів. Вимоги до характеристик захисного одягу від хімікатів, що забезпечує обмежений захист від рідких хімікатів (тип 6 та тип РВ [6])» (EN 13034:2005 + A1:2009, IDT);
- ДСТУ EN 166:2017 «Засоби індивідуального захисту очей. Технічні вимоги» (EN 166:2001, IDT).

Сприяння гендерній рівності та захист від дискримінації за ознакою статі закріплені в такому законодавстві:

- Закон «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» (2012 рік);

- Закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо запобігання та протидії дискримінації» (2014 рік).

Охорона праці та безпека

Закон України «Про безпеку праці» визначає основні положення щодо реалізації конституційного права зайнятих громадян на забезпечення охорони здоров'я під час трудової діяльності, а також на належні, безпечні та здорові умови праці. Серед багатьох інших положень Закону працівники мають проходити навчання з охорони праці та безпеки і бути забезпечені засобами індивідуального захисту. У разі нещасних випадків на виробництві Закон передбачає обов'язок роботодавця організувати розслідування та вести облік відповідно до порядку, встановленого постановою КМУ № 1232 від 30.11.2011.

Україна має прогресивну законодавчу базу у сфері охорони та безпеки праці. Конституція України передбачає право на працю та можливість заробляти собі на життя працею, яку особа вільно обирає (стаття 43). Стаття 43 Конституції України гарантує безпечне і здорове професійне середовище, а також заробітну плату не нижчу від визначеної законом; забороняє використання праці жінок і неповнолітніх на роботах, небезпечних для їхнього здоров'я. Стаття 43 також передбачає захист громадян від незаконного звільнення та гарантує своєчасну оплату виконаної роботи. Право працівників на страйк також гарантується Конституцією України (стаття 44). Стаття 45 Конституції гарантує право на перерви, відпустки та відпочинок. Соціальний захист працівників також гарантується статтею 46 Конституції України.

Усі конституційні положення підтримуються такими законами України з відповідними змінами:

- Кодекс законів про працю України (первинний Закон № 322-VIII, ухвалений 10 грудня 1971 року) - основний законодавчий акт, що регулює трудові відносини в Україні;
- Закон України «Про відпустки» (Закон № 504/96-ВР, ухвалений 15 листопада 1996 року);
- Закон України «Про оплату праці» (Закон № 108/95-ВР, ухвалений 24 березня 1995 року);
- Закон України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності» (Закон № 1045-XIV, ухвалений 15 вересня 1999 року);
- Закон України «Про охорону праці» (Закон № 2694-XII, ухвалений 14 жовтня 1992 року).

Вимоги до охорони праці та безпеки на робочому місці в Україні встановлені Законом України «Про охорону праці», який детально конкретизує основні конституційні положення щодо прав працівників на захист життя і здоров'я на роботі, належні, безпечні та здорові умови праці, а також регулювання відносин між роботодавцем і працівником у питаннях безпеки, гігієни праці та умов праці. Крім того, Закон установлює єдиний порядок охорони праці в Україні.

Кожна юридична та фізична особа має дотримуватися положень цього Закону під час найму працівників або працівників за сумісництвом / на виконання окремого завдання. Закон встановлює відповідальність роботодавця за створення безпечних умов праці, стан засобів колективного й індивідуального захисту від шкідливого впливу виробничих процесів, а також обладнання.

Закон надає працівникам право відмовитися від виконання роботи, якщо умови праці є небезпечними для їхнього життя та здоров'я (стаття 6). Працівники мають право на пільги й компенсації за важкі та небезпечні умови праці та за шкоду, заподіяну порушенням правил охорони праці (стаття 7). Встановлено, що Фонд соціального страхування від нещасних випадків та професійних захворювань України компенсує шкоду, завдану здоров'ю працівника, або у разі його смерті. Крім того, відповідно до колективного трудового договору роботодавець може виплачувати додаткову компенсацію потерпілим або членам їхніх сімей за рахунок власних коштів (стаття 9).

Цей Закон також регулює захист окремих категорій працівників: жінок, неповнолітніх та осіб з інвалідністю (статті 10-12). Зокрема, Закон забороняє застосування праці жінок на роботах зі шкідливими та небезпечними умовами праці, на підземних роботах, за винятком нефізичних робіт і робіт із санітарного та побутового обслуговування. Також забороняється залучати жінок до підймання та переміщення речей, маса яких перевищує встановлені граничні норми.

Окремий розділ Закону присвячено регулюванню відносин у сфері охорони праці та управління нею (розділ 3). Цей розділ визначає систему органів державної влади та установ, відповідальних за забезпечення дотримання трудового законодавства і правового захисту безпеки праці.

Закон передбачає санкції за недотримання та порушення його положень.

Види трудових договорів. Відповідно до Конституції України (стаття 43) кожен має право на працю та можливість заробляти собі на життя працею, яку особа вільно обирає.

Трудові договори визначаються Кодексом законів про працю (наприклад, стаття 21). Трудовий договір - це договір між працівником і власником підприємства/установи, відповідно до якого працівник виконує завдання/роботу, визначені договором.

Нерезиденти мають в Україні такі самі права на працю, як і громадяни України. Однак до початку роботи в Україні нерезиденти повинні надати певні документи (дозвіл на працевлаштування). Стаття 23 Кодексу законів про працю України визначає такі види трудових договорів залежно від строку їх дії:

- **Безстроковий трудовий договір.** Це найпоширеніший тип договору в Україні. Він регулюється Кодексом законів про працю, зазначеним вище трудовим законодавством України, внутрішніми правилами компанії та колективним договором.

- **Строковий договір.** Єдина відмінність цього типу договору від попереднього полягає в тому, що сторони обмежують співпрацю певним строком залежно від виду виконуваної діяльності.
- **Договір на виконання окремого завдання.** Спеціальний вид договору може укладатися для надання послуг на виконання окремого завдання, коли необхідні спеціальні навички або короткострокова підтримка. Ця спеціальна форма договору фактично є договором про надання послуг. Використовуючи такий вид договору, сторони погоджуються та визнають, що всі умови їх співпраці містяться в договорі (угоді).

Випробувальний строк. Відповідно до статті 27 Кодексу законів про працю України випробувальний строк для постійних працівників не може перевищувати трьох послідовних місяців. У деяких випадках він може тривати до шести послідовних місяців, але це має бути погоджено з первинною профспілковою організацією.

Заробітна плата та утримання. Закон України «Про оплату праці» (стаття 1) визначає заробітну плату як винагороду, обчислену у грошовому вираженні, яку роботодавець виплачує працівникові за виконану ним роботу відповідно до трудового договору. Оплата праці складається з основної заробітної плати - винагороди за роботу, виконану відповідно до встановленої норми праці (робочий час, результативність роботи тощо), та додаткової заробітної плати - винагороди за високі результати чи ефективність або за шкідливі умови праці. Відповідно до статті 3 зазначеного Закону мінімальна заробітна плата визначається встановленою законодавством місячною або погодинною ставкою. Якщо заробітна плата працівника, який виконує роботу протягом місяця, є нижчою за мінімальну заробітну плату, роботодавець здійснює доплату до її рівня. З 1 січня 2023 року мінімальна заробітна плата становить 6 700 грн (приблизно 185 дол. США). Зазвичай роботодавці автоматично утримують із заробітної плати податок на доходи фізичних осіб та внески на медичне і соціальне страхування та перераховують їх відповідним фіскальним органам.

Робочий час. Кодекс законів про працю України (стаття 51) передбачає стандартний 40-годинний робочий тиждень. Скорочена тривалість робочого часу визначається так: (а) для працівників віком від 16 до 18 років - 36 годин на тиждень; (б) для осіб віком від 15 до 16 років (учнів віком від 14 до 15 років, які працюють під час канікул) - 24 години на тиждень; (с) для працівників, зайнятих на роботах зі шкідливими умовами праці, - не більше 36 годин на тиждень.

Закон також передбачає скорочену тривалість робочого часу для окремих категорій працівників (вчителів, лікарів тощо). Таке скорочення може компенсуватися підприємствами та організаціями для жінок, які виховують дітей віком до 14 років або дітей з інвалідністю.

Відповідно до статті 54 Кодексу законів про працю України встановлена тривалість роботи (зміни) скорочується на одну годину під час роботи в нічний час.

Нічна робота прирівнюється до денної, якщо цього вимагають умови виробництва, зокрема на безперервних виробництвах, а також при змінній роботі за шестиденного робочого тижня з одним вихідним днем. Нічним вважається час із 22:00 до 06:00.

Нічна праця жінок не допускається, крім тих галузей національної економіки, де це викликано особливою необхідністю і дозволяється як тимчасовий захід. Вагітні жінки та жінки, які виховують дітей віком до трьох років, не можуть залучатися до нічних, надурочних робіт, робіт у вихідні дні або направлятися у відрядження. Жінки, які виховують дітей віком від 3 до 14 років або дітей з інвалідністю, не можуть залучатися до надурочних робіт або направлятися у відрядження без їхньої згоди (Кодекс законів про працю України, статті 175-177).

Перерви. Працівникам має надаватися перерва для відпочинку та харчування. Перерва не повинна тривати більше двох годин. Вона не включається до робочого часу. Перерва для відпочинку та харчування зазвичай надається через чотири години після початку роботи. Час початку та закінчення перерви встановлюється правилами внутрішнього трудового розпорядку. Працівники використовують час перерви на власний розсуд і можуть у цей час бути відсутніми на робочому місці (стаття 66 Кодексу законів про працю України).

Вихідні дні та відпустки. За п'ятиденного робочого тижня працівники мають два вихідні дні на тиждень, а за шестиденного - один вихідний день. Тривалість безперервного щотижневого відпочинку має становити щонайменше сорок дві години.

Робота у вихідні дні забороняється. Залучення окремих працівників до роботи в такі дні допускається з дозволу виборного органу профспілкової організації (профспілкового представника) підприємства, установи чи організації і лише у виняткових випадках, визначених законом.

Залучення окремих працівників до роботи у вихідні дні допускається у таких виняткових випадках: (а) для запобігання або ліквідації наслідків стихійного лиха, епідемій, епізоотій, виробничих аварій та негайного усунення їх наслідків; (б) для запобігання нещасним випадкам, що загрожують або можуть загрожувати життю чи нормальним життєвим умовам людей, спричинити втрату або пошкодження майна; (с) для виконання невідкладних, непередбачених робіт, від виконання яких залежить подальша нормальна робота підприємства, установи чи організації в цілому або їх окремих підрозділів; (д) для виконання невідкладних робіт з метою уникнення або запобігання простою орендованого обладнання чи накопиченню вантажів у пунктах відправлення і призначення.

Працівники залучаються до роботи у вихідні дні на підставі письмового наказу (розпорядження) власника або уповноваженого ним органу.

Робота у святковий день може компенсуватися за домовленістю сторін наданням іншого дня відпочинку або оплатою у подвійному розмірі (Кодекс законів про працю України, статті 66-71).

Працівники підприємств, установ та організацій незалежно від форми власності та галузевої належності, а також особи, які працюють за трудовим договором із фізичними особами-підприємцями, мають право на щорічну (основну і додаткову) відпустку зі збереженням місця роботи (посади) та заробітної плати за цей період.

Закон України «Про відпустки» визначає такі види відпусток: 1) щорічні відпустки: основна; додаткова щорічна відпустка за роботу зі шкідливими та важкими умовами праці; додаткова щорічна відпустка за ненормований робочий день; тощо (Кодекс законів про працю України, стаття 77); 2) відпустка у зв'язку з навчанням, вагітністю та пологами; 3) творча відпустка; 4) відпустка для догляду за дитиною; 2) відпустка без збереження заробітної плати.

Загальна тривалість щорічних основної та додаткових відпусток не може перевищувати 59 календарних днів, а для працівників, зайнятих у гірничодобувній промисловості, - 69 календарних днів (стаття 10 Закону «Про відпустки»).

Щорічна основна відпустка надається працівникам тривалістю не менше 24 календарних днів за відпрацьований робочий рік, який обчислюється з дня укладення трудового договору. Працівникам зі стажем роботи 18 і більше років надається щорічна основна відпустка тривалістю до 31 календарного дня (Кодекс законів про працю України, статті 74-75).

Крім щорічної відпустки, роботодавці мають надавати протягом календарного року інші оплачувані та неоплачувані відпустки або компенсаційні дні відпочинку / лікарняні.

Національні свята, вихідні та державні святкові дні, що припадають на період відпустки, не включаються до її тривалості при обчисленні днів щорічної оплачуваної відпустки (Кодекс законів про працю України, статті 77-78).

Надурочна робота. Роботодавець може залучати до надурочних робіт у випадках, пов'язаних із національною обороною або надзвичайними ситуаціями. Стаття 61 Кодексу законів про працю детально визначає обставини, за яких роботодавець може вимагати надурочної роботи.

Відповідно до статті 62 Кодексу законів про працю України до надурочних робіт не повинні залучатися такі категорії осіб: (1) вагітні жінки та жінки, які мають дітей віком до трьох років (стаття 176 Кодексу законів про працю України); (2) особи молодші 18 років (стаття 192); (3) працівники, які навчаються за денною формою або проходять навчання без відриву від виробництва (стаття 220); тощо.

Жінки, які виховують дітей віком від трьох до чотирнадцяти років або мають дитину з інвалідністю, можуть залучатися до надурочних робіт лише за їхньою згодою (стаття 177 Кодексу законів про працю України).

Надурочні роботи не повинні перевищувати чотирьох годин протягом двох днів поспіль і 120 годин на рік для кожного працівника. Власник або уповноважений ним орган зобов'язаний вести облік надурочних робіт кожного працівника (стаття 65 Кодексу законів про працю).

Надурочна робота оплачується у подвійному розмірі звичайної погодинної ставки (стаття 106 Кодексу законів про працю України).

Трудові спори. Кодекс законів про працю України містить положення, які дозволяють працівникам вирішувати індивідуальні та колективні спори між роботодавцем і працівником(ами) щодо умов трудового договору або інших аспектів роботи, включно з охороною праці та безпекою на робочому місці (статті 221-241).

Трудові спори можуть розглядатися спеціальними комісіями з трудових спорів або судами.

Порядок розгляду трудових спорів комісією передбачено статтями 223-230 Кодексу законів про працю України. Якщо сторони не погоджуються з рекомендаціями Комісії, спір вирішується у судовому порядку. Порядок розгляду трудових спорів судами передбачено статтями 231-241 Кодексу.

Інфекційний контроль та управління відходами

Медичні відходи поділяються на такі категорії: категорія А - побутові відходи (безпечні відходи); категорія В - епідемічно (інфекційно) небезпечні відходи; категорія С - токсикологічно небезпечні відходи; категорія D - радіологічно небезпечні відходи. Нагляд за діяльністю з управління відходами в Україні здійснюється кількома державними органами. Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів відповідає за розроблення та реалізацію екологічної політики, включно з політикою щодо управління відходами. Державна екологічна інспекція проводить перевірки та забезпечує дотримання екологічного законодавства і нормативних вимог, контролюючи відповідність практик управління відходами національним стандартам. Органи місцевого самоврядування також відіграють ключову роль, організовуючи послуги зі збирання та видалення відходів у межах своїх територій і забезпечуючи дотримання національних вимог щодо управління відходами.

Заклади охорони здоров'я в Україні мають спеціальні обов'язки щодо управління відходами для забезпечення безпечного поводження та видалення медичних відходів. Ліцензія на провадження медичної практики також покладає на заклади охорони здоров'я обов'язок належним чином управляти, вивозити та знищувати медичні відходи. Такі заклади мають відокремлювати медичні відходи від інших

видів відходів у місці їх утворення, забезпечуючи розділення небезпечних відходів, таких як гострі предмети та інфекційні матеріали, від безпечних відходів. Встановлено вимоги щодо належного зберігання медичних відходів із використанням спеціально призначених контейнерів, які мають чітке маркування та відповідають стандартам безпеки для запобігання забрудненню й контакту з небезпечними матеріалами. Заклади охорони здоров'я також відповідають за забезпечення транспортування та видалення медичних відходів ліцензованими компаніями з управління відходами, які дотримуються національних нормативних вимог. Крім того, заклади мають вести облік видів і кількості утворених відходів та застосованих методів їх видалення; ці записи підлягають перевірці регуляторними органами.

Придбання земель та фізичне й економічне переміщення (Основний принцип 4)

Національне законодавство

- **Конституція України** (статті 13, 14, 41) встановлює, що «ніхто не може бути протиправно позбавлений права власності. Право приватної власності є непорушним» та що «примусове відчуження об'єктів права приватної власності може бути застосоване лише як виняток з мотивів суспільної необхідності, на підставі і в порядку, встановлених законом, та за умови попереднього і повного відшкодування їх вартості. Примусове відчуження таких об'єктів з наступним повним відшкодуванням їх вартості допускається лише в умовах воєнного чи надзвичайного стану» (стаття 41).
- **Закон України «Про відчуження земельних ділянок, інших об'єктів нерухомого майна, що на них розміщені, які перебувають у приватній власності, для суспільних потреб чи з мотивів суспільної необхідності»** від 17.11.2009 № 1559-VI визначає правові, організаційні та фінансові засади регулювання суспільних відносин, що виникають у процесі викупу земельних ділянок та інших розміщених на них об'єктів нерухомого майна, які належать фізичним або юридичним особам, для суспільних потреб чи з мотивів суспільної необхідності.
- **Земельний кодекс України** (зокрема статті 143, 146, 147, 149-151), який визначає підстави примусового припинення прав на землю, вилучення земель для суспільних потреб та порядок погодження питань, пов'язаних із вилученням земель для суспільних потреб чи з мотивів суспільної необхідності.
- **Цивільний кодекс України** (від 16.01.2003 № 435-IV), який встановлює порядок припинення права власності на нерухоме майно у зв'язку з викупом або відчуженням земельної ділянки, на якій воно розміщене, для державних потреб, та регулює питання захисту прав власності (статті 350-351).
- **Кодекс адміністративного судочинства України** (від 06.07.2005), який установлює порядок судового провадження у справах, пов'язаних із вилученням земель для державних потреб.
- Закон України «Про регулювання містобудівної діяльності» від 19.05.2011 № 3395-VI.
- Закон України «Про оцінку земель» від 11.12.2003 № 1378-IV.
- Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР «Про місцеве самоврядування в Україні».
- «Порядок визначення та відшкодування збитків власникам землі та землекористувачам», затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 19.04.1993 № 284.
- Постанова Кабінету Міністрів України від 11.10.2002 № 1531 «Про експертну грошову оцінку земельних ділянок».
- Закон України «Про оцінку майна, майнових прав та професійну оціночну діяльність в Україні» від 12.07.2001 № 2658-III.
- Закон України «Про Державний земельний кадастр» від 07.07.2011 № 3613-VI.
- «Порядок вчинення нотаріальних дій нотаріусами України», затверджений наказом Міністерства юстиції України від 22.02.2012 № 296/5.

Компенсація за тимчасове використання земель під час будівництва регулюється такими постановами Кабінету Міністрів:

- постанова Кабінету Міністрів України від 17.11.1997 № 1279 «Про розміри та Порядок визначення втрат сільськогосподарського і лісогосподарського виробництва, які підлягають відшкодуванню» та додаток до неї;
- «Порядок визначення та відшкодування збитків власникам землі та землекористувачам», затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 19.04.1993 № 284.

Аналіз прогалин між національним законодавством та ESS Світового банку

В Україні право розпоряджатися землею та іншим майном ґрунтується на реєстрації права власності.

Водночас відповідно до стандарту Світового банку щодо недобровільного переселення постраждалі особи мають право на певну форму компенсації незалежно від того, чи мають вони зареєстроване право власності на землю або майно, якщо вони займали чи використовували землю до встановленої граничної дати. Основна увага стандартів Світового банку спрямована на пом'якшення несприятливих наслідків бідності у випадках, коли будь-які негативні впливи прямо або опосередковано пов'язані з діяльністю, що фінансується проектом. Якщо особи, постраждалі від проекту (РАР), не мають права власності чи користування відповідно до законодавства України через відсутність реєстрації, щодо їх права на компенсацію, консультації та механізми розгляду скарг застосовуватимуться вимоги Кредитора. Якщо вимоги законодавства України щодо компенсації відрізняються від вимог Світового банку, застосовуватиметься підхід, який є більш сприятливим для постраждалих осіб.

Наведена нижче таблиця містить аналіз відмінностей між законодавством України та вимогами Світового банку.

Законодавство та нормативні акти України	Вимоги Світового банку в межах ESF
Компенсації за пошкодження / знищення, спричинені проєктом, підлягають лише офіційно зареєстровані / законні будівлі.	Компенсації за пошкодження / знищення, спричинені проєктом, підлягають усі будівлі.
Компенсація за втрату прибутку / бізнесу, спричинену проєктом, виплачується лише офіційно зареєстрованим власникам земель.	Зареєстрованим і незареєстрованим орендарям виплачується компенсація за втрату прибутку / бізнесу, спричинену проєктом, незалежно від реєстрації.
Немає спеціальних положень, що визначають процес планування недобровільного переселення, а також спеціальних інструментів, включно з підготовкою будь-якого плану щодо відчуження земель та переселення.	План дій з переселення, строк дії якого обмежений періодом його застосування, має бути підготовлений до початку виплати компенсацій.
Не передбачено положень щодо: - відновлення доходів / засобів до існування; - допомоги власникам земель / орендарям, які зазнали значного впливу внаслідок діяльності проєкту. Не передбачено компенсації чи допомоги щодо рухомого майна.	Стандарти Кредитора передбачають відновлення доходів / засобів до існування, компенсацію значних втрат та витрат, понесених власниками земель / орендарями під час переселення. Компенсація має включати: - кошти на покращення рівня життя переміщених осіб; - витрати на переміщення; - компенсацію за втрачене майно; - інші транспортні витрати.
Рішення щодо відчуження земель та переселення узгоджуються виключно між власниками земель / офіційними орендарями та місцевими органами влади, що відчужують активи.	Інформація, що містить оцінку активів, втрачених унаслідок діяльності проєкту, а саме вартість активів, розмір компенсації / фінансової підтримки, розкривається власникам земель і орендарям до початку проєкту. Загальні положення RAP (включно з Матрицею прав / прийнятності для компенсації) оприлюднюються для громадськості, тоді як персональні дані про втрати / компенсації доступні лише особам / власникам житла, які зазнали негативного впливу проєкту. З особами, постраждалими від проєкту, проводяться консультації щодо положень RAP.
Законодавство України не містить спеціального плану громадських консультацій.	Консультації із зацікавленими сторонами та участь громадськості є невід'ємною частиною підготовки й реалізації RAP.
Відповідно до законодавства України розгляду підлягають лише персоналізовані скарги або звернення.	Виконавець Проєкту має розглядати всі скарги та звернення, включно зі скаргами персоналу Підприємства та анонімними скаргами.
Законодавство України не містить спеціальних положень щодо підтримки вразливих осіб під час переселення.	Вразливі особи, які потребують спеціальної допомоги, мають бути визначені та підтримуватися протягом усього процесу переселення. Відповідно до вимог Світового банку обов'язково передбачаються заходи, що дають бідним і вразливим особам (включно з жінками), які фізично переміщуються або зазнають економічного переміщення, можливість підвищити свої доходи щонайменше до національних мінімальних стандартів.

Інклюзія вразливих груп (Основний принцип 5)

Екологічні та соціальні (E&S) системи Позичальника, описані у проєктній документації, зосереджені на задоволенні потреб вразливих груп, включно з особами, переміщеними внаслідок триваючого конфлікту, та іншими вразливими групами населення. Ці системи узгоджені з національними політиками та стратегіями України, зокрема з Національною стратегією охорони здоров'я (NHS) на 2024-2030 роки, яка має на меті покращити доступ до медичної допомоги для всіх верств суспільства, особливо для вразливих груп населення, постраждалих від російського вторгнення, таких як внутрішньо переміщені особи (ВПО), населення, постраждале від конфлікту, та сільське населення, що проживає у віддалених районах.

Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» було ухвалено у 2015 році. Відповідно до Конституції і законів України, а також міжнародних договорів України, ратифікованих Верховною Радою України, цей Закон установлює гарантії захисту прав, свобод та законних інтересів внутрішньо переміщених осіб. Іншою вразливою групою є внутрішньо переміщені особи (ВПО). Хоча право ВПО на освіту закріплено законом, фактична ситуація з доступом до освіти за новим місцем проживання може відрізнитися через нестачу доступних місць. Загалом, за даними МОМ за квітень 2024 року, загальна кількість ВПО становить 3 548 000 осіб. Найбільшу кількість ВПО зареєстровано у Дніпропетровській (14%), Харківській (12%), місті Києві (10%) та Київській областях (8%).

В Україні немає окремих посилань на корінні народи у визначенні Керівництва Світового банку (корінні народи / традиційні місцеві громади Африки на південь від Сахари, які історично недостатньо охоплені послугами). За даними останнього проведеного перепису населення (2001 рік), до основних груп меншин належать росіяни, білоруси, молдовани, кримські татари та болгары. В Україні також проживають менші за чисельністю групи поляків, євреїв, румунів, вірмен, угорців, ромів та представників інших національностей. Оновлений перепис, запланований на 2020 рік, не було проведено через пандемію COVID-19. Водночас спрямованість проєкту на вразливі групи населення забезпечує належну увагу до груп, маргіналізованих через конфлікт, гендер, належність до етнічних меншин, економічний статус та переміщення.

- **Інклюзія.** Нормативно-правова база України містить широкий спектр політик і законодавчих актів на різних рівнях управління, що стосуються гендерних питань та соціальної інклюзії й мають значення для інклюзивного доступу вразливих груп до переваг Програми. Закон 2013 року «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» закріплює загальне визначення дискримінації та сприяє захисту прав і свобод осіб, які зазнали дискримінації, зокрема за ознакою статі. У цьому ж напрямі Державна соціальна програма забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на 2018-2021 роки має на меті усунення інституційних і правових бар'єрів для гендерної рівності.

- **Особи з особливими потребами або інвалідністю.** Україна визнає дію статті 24 Конвенції про права осіб з інвалідністю, яка закріплює право осіб з інвалідністю на освіту без дискримінації. Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року спрямована на створення рівних можливостей для кожної людини реалізовувати свої права та отримувати послуги нарівні з іншими шляхом інтеграції фізичної, інформаційної, цифрової, соціальної та громадянської, економічної й освітньої доступності в усі сфери державної політики. Застосовуються спеціальні нормативні акти (державні будівельні норми), які вимагають забезпечення доступу до таких споруд для осіб з фізичною інвалідністю, зокрема ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд» та ДБН В.2.2-5:2023 «Захисні споруди цивільного захисту».
- **Гендер.** Як прямо зазначено у Конституції 1996 року зі змінами 2016 року, гендерна рівність забезпечується наданням жінкам рівних можливостей у таких сферах, як освіта та професійна підготовка (стаття 24). Закон 2005 року «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» повністю присвячений забезпеченню рівних прав і можливостей у сфері освіти щодо доступу, оцінювання, грантів та пільг за кредитами (стаття 21).
- **Гендерно зумовлене насильство (GBV).** У 2020 році Україна стала повноправною учасницею «Партнерства Біарріц», спрямованого на запобігання гендерно зумовленому насильству (GBV), забезпечення справедливої та якісної освіти і охорони здоров'я, сприяння економічному розширенню можливостей жінок та забезпечення повної рівності між жінками й чоловіками у державній політиці. У червні 2020 року Парламент України схвалив Стамбульську конвенцію, яка діє у мирний час і в ситуаціях збройного конфлікту та спрямована на захист жінок від усіх форм насильства і сприяння ліквідації всіх форм дискримінації щодо жінок. Україна тісно співпрацює з міжнародними партнерами з питань гендерної рівності, справедливості та запобігання гендерно зумовленому й домашньому насильству. З 2012 року в Україні діє «Конвенція Ради Європи про захист дітей від сексуальної експлуатації та сексуального насильства».

Уряд України продемонстрував відданість просуванню гендерної рівності та протидії GBV. У 2018 році було ухвалено Закон «Про запобігання та протидію домашньому насильству», а відповідні зміни до Кримінального кодексу криміналізували домашнє насильство. Це наблизило законодавство України до міжнародних стандартів. Закон доповнено 16 нормативними актами, які створюють основну рамку для розвитку багатосекторального механізму реагування та мережі спеціалізованих служб, таких як притулки, мобільні психосоціальні бригади, поліція, пункти надання послуг, гарячі лінії та денні центри для протидії GBV. Це найбільш всеохопний міжнародно-правовий текст, що стосується гендерно зумовленого насильства. Загалом Україна віддана зниженню рівня GBV та покращенню гендерної рівності.

Україна зосереджена на зменшенні високої поширеності GBV через багатостороннє реагування з акцентом на первинній медичній допомозі. У випадках GBV лікарі часто є одними з перших осіб, із якими контактують постраждалі. Надавачі медичних послуг мають чітко розуміти, яких дій необхідно вживати і як реагувати на пацієнтів, які могли зазнати тяжкої психологічної або емоційної травми внаслідок GBV. Для забезпечення єдиного підходу до випадків GBV Україна ініціювала зміни в законодавстві. 2 лютого 2024 року Міністерство охорони здоров'я України запровадило нову форму № 511/о - «Довідка про фіксацію тілесних ушкоджень», яку лікар має заповнювати одразу після огляду, під час якого виявлено тілесні ушкодження. Крім того, законодавство рекомендує, за можливості, щоб лікар, який проводить огляд, був тієї самої статі, що й особа, яку оглядають, якщо пацієнт не просить про інше. Це кроки, здійснені Урядом України для забезпечення єдиного підходу надавачів медичних послуг до роботи з випадками GBV та їх документування.

У межах партнерства Світового банку з НСЗУ та Центром гідності дитини Українського католицького університету за фінансування Швейцарського агентства з розвитку та співробітництва (SDC) було розроблено онлайн-курс для допомоги медичним працівникам у роботі з особами, які пережили гендерно зумовлене насильство. Хоча курс був успішним, у майбутній реалізації таких заходів із зміцнення спроможності важливо, щоб усі сторони від самого початку мали спільне розуміння підходів.

Онлайн-курс «Моніторинг та ведення випадків сексуального насильства у різних вікових групах у практиці лікарів первинної медико-санітарної допомоги» став одним із найбільш затребуваних і популярних курсів на платформі Академії НСЗУ. Чіткий алгоритм курсу відповідає вимогам ведення клінічних випадків і надає зрозумілі механізми залучення та взаємодії з відповідними структурами підтримки. Курс активно популяризувався і є одним із найпопулярніших на платформі Академії НСЗУ: станом на липень 2024 року в ньому взяли участь 8 504 особи, з яких 5 877 отримали сертифікати.

Курс заклав основу для того, щоб медичні працівники могли ефективно працювати з постраждалими та пропонувати підтримку через різні ресурси й установи. Курс започаткував обговорення теми, яка досі вважається в Україні табуованою, і є першим кроком у протидії гендерно зумовленому насильству.

Під час реалізації заходів зі зміцнення спроможності, таких як цей курс, важливо, щоб усі сторони від самого початку мали спільне розуміння підходів. Це забезпечує узгодженість навчальних матеріалів із найкращими практиками. Під час розроблення багатостороннього підходу до протидії GBV важливо мати єдиний стандарт практики, щоб кожна установа розуміла свою роль, а конкретні особи знали, чого від них очікують.

Уникнення загострення соціальної напруженості (Основний принцип 6)

Правове регулювання доступу до інформації та участі громадськості

В Україні доступ до екологічної інформації було забезпечено після того, як Парламент у 1999 році ратифікував Організаційну конвенцію про доступ до інформації, участь громадськості в процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосуються довкілля.

Міністерство екології та природних ресурсів України (яке існувало до створення Міністерства захисту довкілля та природних ресурсів України) розробило низку нормативно-правових актів, що конкретизують положення цієї Конвенції.

Детальні вимоги щодо організації громадських слухань з екологічних питань також містяться у Порядку розроблення містобудівної документації, затвердженому наказом Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України № 290 від 16 листопада 2011 року (щодо розроблення генеральних планів міст та генеральних схем планування територій). Однак ці вимоги не застосовуються до Проєкту.

Загальні вказівки щодо організації громадських слухань у разі проведення повномасштабної оцінки впливу на довкілля викладено у Порядку проведення громадських слухань у процесі оцінки впливу на довкілля, затвердженому постановою КМУ № 989 від 13 грудня 2017 року. Цей Порядок розроблено в межах Закону України «Про оцінку впливу на довкілля».

У 2011 році Верховна Рада України ухвалила Закон України «Про доступ до публічної інформації». Цей Закон охоплює значно ширшу сферу, але також визначає питання екологічної інформації (стаття 13, пункт 2). Відповідно до цієї статті не лише органи державної влади, а й суб'єкти господарювання повинні надавати інформацію (якщо вони нею володіють) про стан навколишнього природного середовища, якість харчових продуктів і предметів споживання, аварії, стихійні лиха та інші події, які можуть загрожувати здоров'ю та благополуччю громадян.

Органи місцевого самоврядування відповідають за організацію громадських консультацій, і в різних територіальних громадах (великих і малих містах, селах) погоджено різні процедури. Як правило, громадські слухання можуть скликатися органом місцевого самоврядування з власної ініціативи або на вимогу представників громади. Такі слухання можуть проводитися на будь-якому рівні: у селах (сільський схід), малих і великих містах. Рішення таких слухань мають рекомендаційний характер.

Порядок проведення консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики затверджено постановою КМУ № 996 від 3 листопада 2010 року «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики». Цей Порядок встановлює, що при всіх міністерствах, інших центральних органах влади, обласних та районних адміністраціях мають діяти громадські ради.

Ця постанова також визначає, що орган влади має організовувати обов'язкові громадські слухання з окремих питань (проекти законодавства; державні та регіональні програми; звіти про виконання бюджету), а також інші консультації з громадськістю на вимогу організацій громадянського суспільства, що діють у відповідному регіоні. Громадська рада також може ініціювати громадські слухання і відіграє важливу роль у їх підготовці. Консультації з громадськістю організовуються «для залучення громадян до діяльності Уряду з метою забезпечення їм доступу до інформації про діяльність органів влади, забезпечення гласності, відкритості та прозорості діяльності зазначених органів». Рішення таких слухань мають рекомендаційний характер.