

аналітичне дослідження

ЦІННІСТЬ СИСТЕМИ ПОНАД ЦІННІСТЮ ЛЮДИНИ:

економіка
інтернатів
в Україні



Автор(к)и:

Андрєєва Олена – старша аналітикиня ІАА

Радченко Ігор – молодший аналітик ІАА

Торяник Валерія – молодша аналітикиня ІАА

Корнилюк Анна – старша аналітикиня ІАА

Рецензентки:

Юлія Сачук – експертка з прав людей з інвалідністю, голова Fight For Right

Людмила Фурсова – експертка Fight For Right з прав людей з інвалідністю

Євгенія Булана – експертка Fight For Right з деінституціоналізації

Верстка та дизайн:

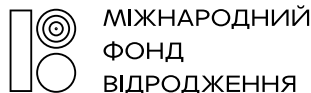
Катерина Кисла – дизайнерка ІАА

Для цитування цього матеріалу:

Олена Андрєєва, Ігор Радченко, Валерія Торяник, Анна Корнилюк (2025):
Цінність системи понад цінністю людини: економіка інтернатів в Україні



Посилання на документ у форматі DOCX –
docs.google.com/document



Дослідження підготовлено за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» в межах проєкту «Створення передумов для незалежного та гідного життя для всіх» який впроваджує Fight For Right, але це не означає, що висловлені в ньому погляди та вміст є офіційно схваленими або визнаними з боку Фонду та/або Інституту Відкритого Суспільства (OSF).

© Інститут аналітики та адвокації – 2025 рік

РЕЗЮМЕ

Система інституційного догляду за повнолітніми громадянами в Україні залишається глибоко вкоріненою та нереформованою. Із 259 наявних на території України інституцій у межах цього звіту ми проаналізували діяльність 216 інтернатів, що діяли впродовж 2024 року. До вибірки ввійшли:

◆ 141

психоневрологічний
інтернат

◆ 74

будинки-інтернати для
людей з інвалідністю
та людей старшого віку

◆ 1

спеціальний
будинки-
інтернат

У першому розділі ми окреслили нормативно-правове підґрунтя діяльності цих установ, з'ясувавши потребу в комплексному доопрацюванні державних стандартів та Класифікатора соціальних послуг через їх фрагментарність і застарілість. Типові положення про інтернати, зі свого боку, хоч і посиляються на [Конвенцію ООН з прав людей з інвалідністю](#), в своїй природі суперечать її положенням, зокрема статтям 12, 13 та 19¹, і не гарантують безумовного дотримання прав людей в інституціях, що посилюється ще й тимчасовим призупиненням оцінки якості послуг через воєнний стан. Структура послуг, які фактично надаються закладами залишається нечіткою через неузгодженість інформації в різних джерелах.

Послуги можуть надаватися інтернатами безоплатно, за диференційовану чи повну плату, залежно від стану здоров'я, середньомісячного сукупного доходу людини та обсягів послуги. Заклади є комунальною власністю областей та міста Києва і перебувають на утриманні місцевих бюджетів, а планування обсягів їх фінансування відбувається в межах бюджетних програм. Суттєво на якість і прозорість цих процесів впливає відсутність єдиного підходу до розрахунку і затвердження тарифів на соціальні послуги. Так, у 2024 році тарифи не діяли в жодному з закладів 9 областей і Києва, а також у частині інтернатів інших 4 областей. Аналіз наявних тарифів показав, що у 2024 році вартість послуги «Догляд стаціонарний» коливалась від 8541,33 грн/місяць у Тернопільській області до 18852,09 грн/місяць на Запоріжжі. Аналіз питомих витрат закладів на одну людину показав, що найвищим цей показник є у Полтавській (22791,91 грн/місяць), а найнижчим у Черкаській області (15074,72 грн/місяць). Величина питомих витрат гіпотетично може бути обернено пропорційною до кількості мешканців/-ок закладу.

1 Маються на увазі [стаття 12](#) «Рівність перед законом», [стаття 13](#) «Доступ до правосуддя», [стаття 19](#) «Самостійний спосіб життя і включення до місцевої спільноти».

У більшості регіонів рівень виконання бюджетів інтернатних закладів за загальним фондом наближається до 100%. Причому понад 85% коштів спрямовуються на утримання установ, а лише 3–28% витрачаються безпосередньо на мешканців/-ок (найменше в Сумській, найбільше в Рівненській області). Залучення та використання закладами власних надходжень зі спеціального фонду потребує окремого вивчення, зокрема в частині формування вартості послуг, розрахунку доходів від оренди та реалізації майна. Додаткове регулювання необхідне і в питанні отримання благодійних внесків та дарунків задля їх прозорого обліку та використання. Водночас структура видатків зі спецфонду переважно охоплює харчування та закупівлю обладнання.

Кадрове забезпечення є ще одним критичним викликом. На початок 2024 року середня укомплектованість штатів закладів становила 92,3%, а до 2025 року знизилася до 91,3%. Найвищий рівень – у Полтавській області (99,5% → 99,7%), найнижчий – у Київській (81,4% → 80,4%). Укомплектованість лікарськими кадрами впала з 69,5% до 67,3%, а фахівцями з соціальних послуг – з 83,6% до 76,1%.

Доступ до інформації про інтернатні установи залишається обмеженим, що також вплинуло на глибину цього дослідження. Лише 18 із 74 будинків-інтернатів мають власні вебсайти, попри вимоги Типового положення, і тільки 30 із 216 зареєстровані на Порталі відкритих даних (більшість – без актуальних наборів даних). На вебпорталі Spending звіти про надходження та використання коштів впродовж 2024 року оприлюднювали загалом 56% закладів.

Цей звіт може бути корисним насамперед:

- органам державної влади (передусім Міністерство соціальної політики та обласні адміністрації);
- органам місцевого самоврядування;
- експертній спільноті у сфері прав людини, прав людей з інвалідністю та соціальної політики;
- правозахисним організаціям;
- донорським структурам, які підтримують деінституціоналізацію.

Однак підкреслюємо, що це дослідження є передусім діагностичним і описує лише поточну картину функціонування інституцій для дорослих. Висновки цього аналізу можуть бути враховані для планування заходів щодо забезпечення незалежного життя людей з інвалідністю, оновлення методики фінансування соціальних послуг та послуг підтримки, стандартизації підходів до забезпечення потреб мешканців/-ок, а також моніторингу ефективності використання бюджетних коштів.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1.	
Організація надання сегрегованих соціальних послуг в інтернатних закладах для дорослого населення на території України	12
1.1. Нормативні засади	14
1.2. Послуги, що надаються в інтернатних закладах	15
1.3. Якість надання сегрегованих соціальних послуг	19
РОЗДІЛ 2.	
Вартісний вимір діяльності інтернатних закладів в Україні	26
2.1. Визначення вартості надання сегрегованих соціальних послуг	26
2.2. Середні витрати на одного/одну мешканця або мешканку та заповненість закладів відносно планової ємності	29
РОЗДІЛ 3.	
Обсяги та структура фінансування інтернатів із загального та спеціального фондів	36
3.1. Фінансування інтернатів із загального фонду: обсяги та структура	36
3.2. Фінансування інтернатів із спеціального фонду: обсяги та структура	43
РОЗДІЛ 4.	
Кадрове забезпечення інтернатних установ у 2024 році	54
РОЗДІЛ 5.	
Прозорість інтернатних закладів	67
ВИСНОВКИ	75
ПРОПОЗИЦІЇ	79
ДОДАТКИ	85

ГЛОСАРІЙ

БІ	Будинок-інтернат
Вебпортал Spending	Єдиний вебпортал використання публічних коштів
ВРУ	Верховна Рада України
КЕКВ	Код економічної класифікації видатків
КЗ	Комунальний заклад
Класифікатор	Класифікатор соціальних послуг
КМВА	Київська міська військова адміністрація
КМУ	Кабінет Міністрів України
КНП	Комунальне некомерційне підприємство
КУ	Комунальна установа
Мінсоцполітики	Міністерство соціальної політики
НПА	Нормативно-правовий акт
НПМ	Національний превентивний механізм
ОВА/ОДА	Обласна військова/державна адміністрація
Омбудсман України	Уповноважений Верховної Ради України з прав людини
ОМС	Орган місцевого самоврядування
ПНІ	Психоневрологічний інтернат
Портал відкритих даних	Єдиний державний вебпортал відкритих даних
СБІ	Спеціальний будинок-інтернат
Соціальний портал Мінсоцполітики	Соціальний вебпортал електронних послуг Мінсоцполітики

ВСТУП

За [інформацією](#) Міністерства соціальної політики України (далі – Мінсоцполітики) за час широкомасштабної війни кількість людей з інвалідністю зросла на 10% і на початок 2024 року становила близько 3 млн осіб. Серед них 94%² – доросле населення, решта – діти. Водночас частка людей віком 65 років і старше становила 22% населення України і в перспективі зростатиме, що вимагатиме відповідних дій та послуг підтримки з боку держави. Станом же на початок 2024 року в Україні налічувалось 7,71 млн отримувачів/-ок пенсії за віком, ще 59,3 тис. – соціальної пенсії.

Левову частку ринку надавачів соціальних послуг для людей старшого віку та громадян з інвалідністю сьогодні становлять інституційні заклади. Під цим поняттям маються на увазі заклади, що мають такі ознаки³:

- ізоляція та відокремленість від життя у громаді (наприклад, будівлі інституційних закладів розташовані віддалено від центрів громад);
- тривале перебування/проживання у визначеному місці;
- сегрегація – поділ мешканців/-ок інституції на групи за віком, станом здоров'я, рівнем потреби у підтримці;
- медична модель надання допомоги, яка сприймає людей на рівні їхніх діагнозів/порушень;
- обов'язковий розподіл помічників/-иць між кількома людьми та відсутність будь-якого або обмеженого впливу на помічника/-ицю, призначених людині;
- правила та інтереси установи мають перевагу над бажаннями мешканців та мешканок інституційного закладу (наприклад, жорсткий розпорядок дня, що визначається не людиною, а персоналом, без урахувань побажань мешканців та мешканок);
- проведення одних і тих самих заходів для групи людей в одному місці та під загальним контролем;

2 На підставі даних зі збірника [«Статистичний щорічник України» за 2023 рік](#), с. 54

3 [«Інституційний заклад та деінституціоналізація: міжнародні стандарти»](#), адвокаційна менеджерка ГО «Fight For Right» Людмила Фурсова

- нагляд за житловими умовами;
- відсутність або недостатня кількість приватного простору (наприклад, одна кімната для співмешкання кількох людей);
- неможливість обирати людину для спільного проживання, а також неможливість жити самому/самій.

За [даними](#) Мінсоцполітики на початок 2024 року Україна була однією з держав із найвищим рівнем інституціоналізації – майже 35 тис. людей старше 18 років проживали в інтернатних установах обласного рівня. Водночас, згідно з [«Дослідженням інституційної системи України напередодні деінституціоналізації»](#) ГО «Fight For Right», станом на 2024 рік продовжує функціонувати щонайменше 259 закладів інституційного догляду для дорослих, де мешкає 37709 людей:

◆ **145**
психоневрологічних
інтернатів
(24086 мешканців/-ок)

◆ **56**
будинків-інтернатів для громадян
старшого віку та осіб з інвалідністю
(8171 мешканців/-ок)

◆ **21**
пансіонат ветеранів
війни та праці
(2573 мешканців/-ок)

◆ **36**
молодіжних відділень у дитячих
будинках-інтернатах
(2813 мешканців/-ок)

◆ **1**
спеціальний
будинок-інтернат
(66 мешканців/-ок)

На тимчасово окупованих територіях залишилися 20 інтернатів. Станом на 10 грудня 2024 року було евакуйовано 4887 мешканців/-ок, із яких: 876 громадян – за межі України, 4011 людей – до інтернатних закладів в інших областях⁴. Це призвело до реінституціоналізації як грубого порушення прав людей з інвалідністю, переповнення і погіршення умов проживання в інституціях, зниження якості надання індивідуалізованих соціальних послуг і підтримки.

4 Зі [Спеціальної доповіді Уповноваженого](#) Верховної Ради України з прав людини за 2024 рік

Факти порушення прав та нехтування стандартами гідного життя мешканців/-ок інституцій часто згадуються в [повідомленнях](#) груп [національного превентивного механізму](#)⁵ й висвітлюються в медіа⁶. Зокрема це вкотре доводить, що система діючих в країні комунальних закладів інституційного догляду не здатна забезпечити якісну, людиноцентричну підтримку людей з інвалідністю та людей старшого віку.

Діяльність інтернатних закладів супроводжується, крім гуманітарних, проблемами економічного виміру на всіх рівнях – від місцевого до державного. Лівова частка фінансування інтернатних установ спрямовується не на безпосереднє надання послуг мешканкам і мешканцям, а на утримання самого закладу. [Інформація](#) від Мінсоцполітики свідчить про значущі обсяги видатків на комунальні послуги, оплату персоналу, ремонтні роботи тощо – у 2023 році з місцевих бюджетів на це було направлено 7,7 млрд грн, 1 млрд грн – з бюджету Пенсійного фонду й держбюджету.

Наприкінці 2024 року КМУ ухвалив [Стратегію](#) реформування інтернатних закладів та деінституціоналізації догляду за повнолітніми людьми з інвалідністю та громадянами старшого віку до 2034 року та операційний план з її реалізації на 2025–2027 роки. Деінституціоналізація – одна з пріоритетних реформ, за визначенням Європейської Комісії [у звіті щодо прогресу України в межах Пакету розширення 2024](#). Крім того, до її впровадження спонукають [Угода про асоціацію між Україною та ЄС і Євратомом](#)⁷ та ініціатива ЄС «[Ukraine Facility](#)».

Деінституціоналізація передбачає зокрема й організацію надання соціальних послуг на рівні територіальних громад, без умови постійного ізольованого та сегрегованого проживання в інтернатних установах. [План її реалізації](#) серед усього включає кроки щодо:

- розвитку недержавного сектору ринку надавачів послуг підтримки;
- впровадження принципу «гроші ходять за людиною» в систему фінансування соціальних послуг;

5 Національний превентивний механізм – це незалежний національний орган, створений відповідно до Факультативного протоколу до Конвенції ООН проти катувань. Його учасники, волонтери, мають право без попереджень відвідувати місця несвободи, щоб попереджати там жорстоке поводження з людьми.

6 Напр., статті онлайн-медіа [Главком](#), [LB.ua](#), [Укрінформ](#)

7 Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони.

- сприяння переходу людей з інвалідністю та громадян старшого віку від проживання в інституціях до проживання в територіальній громаді з урахуванням їх потреб, можливостей, бажань.

Тож завдяки реформі влаштування людей в інтернатні заклади має поступово припинитися, заклади зазнають ліквідації чи трансформування, а кошти на їх утримання вивільняються для надання якісних послуг у громадах.

У цьому контексті варто підкреслити, що висновки, спостереження та рекомендації цього дослідження створені з повною упевненістю в тому, що інституційну систему в Україні має бути повністю ліквідовано та замінено доступними та якісними послугами підтримки для людей з інвалідністю в громадах. Також ми розуміємо, що процес деінституціоналізації не буде швидким, а інтернати не зникнуть одночасно. Оскільки навіть за оптимістичним сценарієм, викладеним у Стратегії деінституціоналізації, відсутнє зменшення кількості інституціоналізованих людей відбудеться аж у 2030 році, а показник зменшення кількості мешканців на 90% буде досягнуто не раніше 2034 року, інституції певний час ще залишатимуться одним з найбільших споживачів бюджетних видатків. Аналіз їх фінансування та витрат у розрізі розуміння рівня та якості підтримки, яку отримують люди з інвалідністю в інституційних закладах за ці кошти, залишається актуальним, допоки альтернативні несегреговані та неізолювані формати підтримки людей з інвалідністю в громадах не є домінуючими в Україні.

Щоби дослідити функціонування чинної інституційної моделі догляду за повнолітнім населенням, ми проаналізували особливості та проблеми, пов'язані з господарською діяльністю, фінансуванням та прозорістю українських інтернатних закладів. **До сфери нашого дослідження увійшли такі інтернатні установи, що надають сегреговану послугу догляду за людьми віком від 18 років, зокрема з інвалідністю:**



психоневрологічні
інтернати



будинки-інтернати для
людей з інвалідністю
та людей старшого віку



спеціальні
будинки-
інтернати

Звертаємо увагу, що в межах цього дослідження на позначення аналізованих типів організацій автори використовують таку лексику: інституції, інтернатні/інституційні заклади/установи (догляду), заклади/установи інституційного догляду, інтернати.

Перед ознайомленням із матеріалом радимо також переглянути публікації [ГО «Fight For Right»](#), присвячені цій темі:

→ [Аналіз джерел](#), розподілу фінансування та оцінки вартості утримання інституційних закладів на прикладі Хмельницької області;

→ [Словник](#) деінституціоналізації: як говорити коректно;

→ [Інституційний заклад](#) та деінституціоналізація: міжнародні стандарти;

→ Що таке інтернат та [чому їх треба закрити](#) – Деінституціоналізація в Україні;

→ [ТЕОРІЯ ЗМІН](#) – деінституціоналізація можлива;

→ [Дослідження](#) інституційної системи України напередодні деінституціоналізації.

РОЗДІЛ 1.

Організація надання сегрегованих соціальних послуг в інтернатних закладах для дорослого населення на території України

Із загальом 259, наявних на території України, вибірка цього дослідження охопила 216 закладів інституційного догляду за людьми старшого віку та людьми з інвалідністю. Серед них:

◆ 141

психоневрологічний
інтернат
(далі – ПНІ)

◆ 74

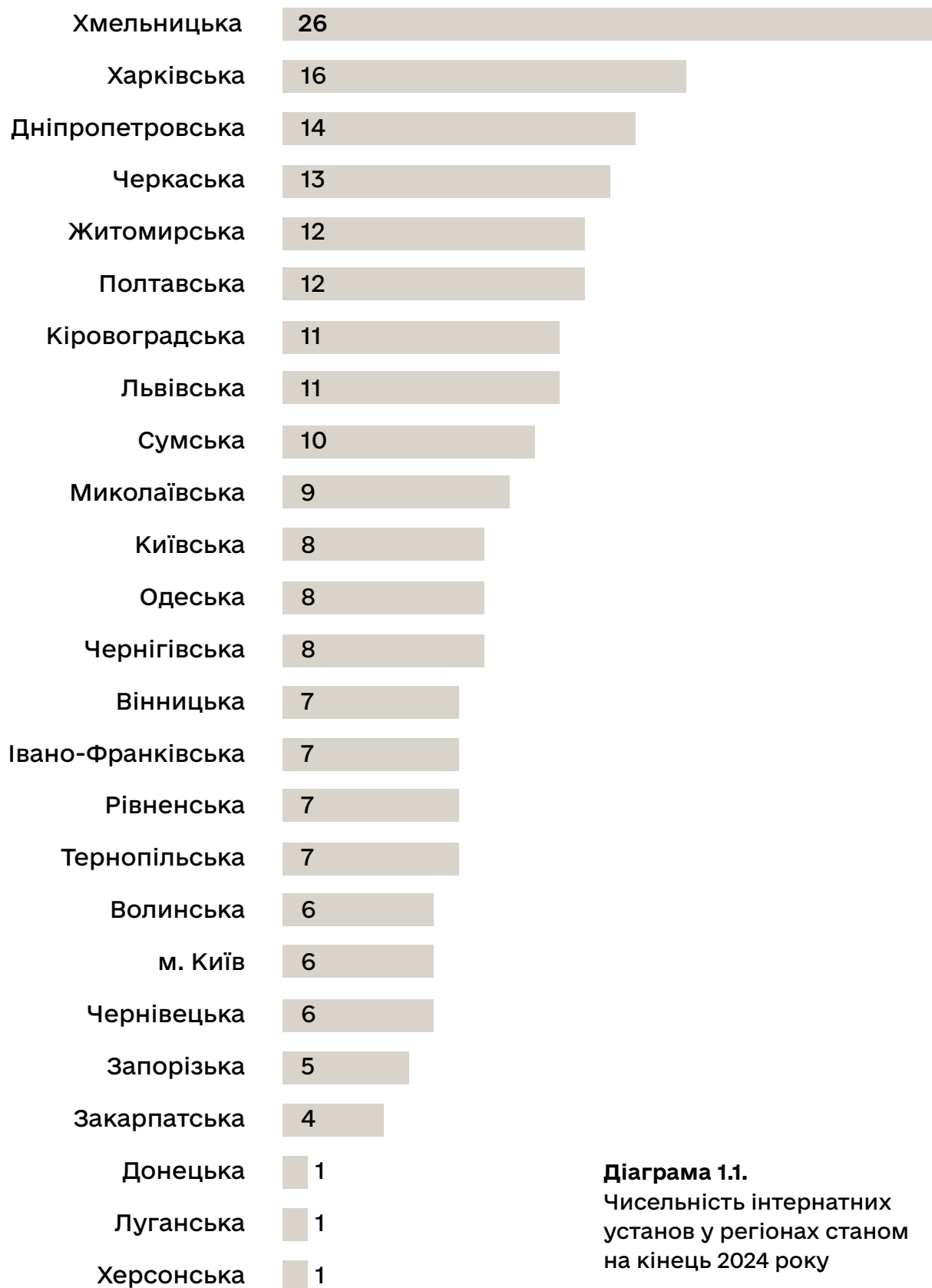
будинки-інтернати для
людей з інвалідністю
та людей старшого віку
(далі – БІ)

◆ 1

спеціальний
будинки-
інтернат
(далі – СБІ)

Найбільше число інтернатів у 2024 році розміщувалося на Хмельниччині – 26 установ. Натомість найменша кількість (по одному закладу) – в наближених до лінії активних бойових дій Донецькій, Луганській та Херсонській областях. Станом на початок 2025 року загальна чисельність інтернатів скоротилася до 213 через реорганізацію закладів у Рівненській, Сумській, Київській областях. Повний перелік закладів інституційного догляду, що входять до нашої вибірки, наведено в [Додатку 1](#).

Область/місто Кількість інтернатів, од.



Діаграма 1.1.
Чисельність інтернатних установ у регіонах станом на кінець 2024 року

Всі заклади інституційного догляду за повнолітніми мають статус юридичної особи і створюються розпорядчим актом органів місцевого самоврядування (далі – ОМС) на базі відокремленого майна, що належить до комунальної власності областей⁸ та міста Києва⁹. За формою власності 214 діяли в формі комунальних організацій (установ, закладів) (далі – КУ та КЗ), а ще 2 в Одеській області зареєстровані як комунальні некомерційні підприємства (далі – КНП). На відміну від комунальних організацій, КНП **мають** більшу фінансову, господарську та управлінську свободу. По-перше, вони можуть співпрацювати з приватними надавачами соціальних послуг та наймати фахівців за договорами про надання послуг, щоб відповідати потребам і запитам мешканців/-ок громад. По-друге, їм доступні додаткові асигнування з державних бюджетних програм.



Ми рухаємося в бік ринкових цін. Тому що наша стратегічна мета – привести всіх комунальних надавачів соціальних послуг у формат роботи комунальних некомерційних підприємств. Тобто, щоб не було такого, що в громаді працює три соціальні працівники і вони намагаються виконати навантаження замість 20-ти необхідних соц-працівників. Ні, ми маємо чітко розуміти, скільки коштує соціальна послуга, і повноцінно її фінансувати.

Уляна Токарєва

заступниця міністра соціальної політики України
в [інтерв'ю](#) для Укрінформ від 12.11.2024.

Однак попри певну автономію та гнучкість, КНП разом з КЗ та КУ надалі провадять догляд за інституційною моделлю. Тож зосередимося на засадах діяльності цих надавачів послуг та проаналізуємо чинну нормативно-правову базу.

1.1. Нормативні засади

Основні акти в галузі соціальної політики, зокрема й типові положення для інтернатних установ усіх дійсних типів, зібрані в [Додатку 2](#).

⁸ Географія цього дослідження не включає тимчасово окуповані території.

⁹ За [Постановою КМУ від 05.11.1991 № 311](#) «Про розмежування державного майна України між загальнодержавною (республіканською) власністю і власністю адміністративно-територіальних одиниць (комунальною) власністю».

Перегляд типових положень про ПНІ та Бі з урахуванням міжнародного досвіду щодо способу організації, умов, форм та методів надання соціальних послуг з догляду, зокрема й довготривалого, є одним з пунктів [операційного плану заходів з реалізації Стратегії деінституціоналізації](#) на 2025–2026 роки.

Водночас чинні типові положення ([Додаток 3](#)) дають лише базову рамку для організації діяльності інтернатних установ, включаючи структуру, кадрове забезпечення, порядок зарахування та проживання. Вони зосереджені переважно на організації утримання, бюрократичних процедурах (документообіг, адміністративна підпорядкованість), а не на забезпеченні якості послуг чи дотриманні прав мешканців/-ок. Перелічені акти достатньо поверхневі й слабо регламентують:

- внутрішній моніторинг якості послуг;
- права мешканців/-ок на приватність, свободу пересування тощо;
- участь у прийнятті рішень щодо свого життя;
- зовнішній контроль та механізми надання скарг;
- критерії оцінки ефективності установ.

1.2. Послуги, що надаються в інтернатних закладах

Узагальнений перелік соціальних послуг, який поширюється на всіх надавачів соціальних послуг, закріплено у [Класифікаторі соціальних послуг](#) (далі – Класифікатор). Тут міститься загалом 39 послуг, їх короткий опис, строк надання та перелік категорій отримувачів/-ок цих послуг.

Державні стандарти, в яких прописано зміст, обсяг, умови та порядок надання, а також показники якості послуг, зі свого боку, слугують базою для визначення вартості, планування й надання тієї чи іншої послуги. Втім, станом на початок 2025 року фактично існують державні стандарти для 29 із 39 послуг із Класифікатора, причому деякі з них оновлювалися востаннє у 2015 році ([Додаток 4](#)). Закладені в них норми, зокрема часові, потребують перегляду з урахуванням можливостей надавачів та індивідуального підходу до кожного випадку.

За типовими положеннями інтернати є **стаціонарними установами** для тимчасового або постійного перебування/проживання людей. Крім відділень стаціонарного догляду, тут можуть утворюватися й інші (відомості про це так само містяться в типових положеннях).

У цьому дослідженні ми послуговуємося мовою та термінологією, що пропонується в чинному законодавстві. Так, інституційні заклади є надавачами соціальних послуг, а стаціонарний догляд є однією з таких соціальних послуг. Варто підкреслити суперечливий характер цієї класифікації, оскільки ізольований і сегрегований характер стаціонарного догляду:

- по-перше, не виконує цілі соціальних послуг, а саме: не забезпечує профілактику, подолання та мінімізацію негативного впливу складних життєвих обставин на людину;
- по-друге, не відповідає принципам надання соціальних послуг, порушуючи базові права людини, принципи гуманності, рівності, поваги до честі та гідності, добровільності, соціальної справедливості та інші.

Отже ми застосовуємо формулювання «соціальні послуги» та «надавачі соціальних послуг» до інституційних закладів та сегрегованих послуг виключно на підставі визнання їх такими українським законодавством, а не за їхніми реальними змістом та суттю.

З інформації від департаментів соцзахисту й закладів, а також [Соціального вебпорталу електронних послуг Мінсоцполітики](#) (далі – Соціальний портал) ми спробували визначити загальну структуру соціальних послуг в інтернатних установах. В підсумку не вдалося отримати чіткої картини, з огляду на значні розбіжності в переліках послуг, що видно з Діаграми 1.2. Повну версію порівняння даних зі згаданих джерел можна переглянути в [Додатку 5](#).





Діаграма 1.2. ТОП-10 соціальних послуг за кількістю інтернатних закладів, що їх надають, по Україні станом на кінець 2024 – початок 2025 року

Оскільки стаціонарний догляд є базовою послугою в усіх інтернатах, значимо її складові, що впливають із [Державного стандарту](#) та зазначені в типових положеннях як завдання інтернатних закладів:

- надання ліжко-місця з комунально-побутовими послугами;
- забезпечення одягом, взуттям, постільною білизною, м'яким та твердим інвентарем і столовим посудом;
- раціональне харчування – щонайменше 4-разове, дієтичне, з урахуванням стану здоров'я мешканців/-ок;
- допомога в дотриманні особистої гігієни, самообслуговуванні;
- спостереження за станом здоров'я та організація надання медичної допомоги, у тому числі відповідно до призначень лікарів;
- надання реабілітаційних послуг відповідно до індивідуальних програм реабілітації (для людей з інвалідністю), які формуються відповідно до [Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю](#);
- організація денної зайнятості та дозвілля, психологічна підтримка.

Питання організації надання медичної допомоги безпосередньо не розглядається в цьому дослідженні, втім додамо, що установи інституційного догляду мають право провадити такий вид діяльності лише за умов:

→ реєстрації КВЕД 86 «Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги»;

→ наявності ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, відповідно до [Закону «Про ліцензування видів господарської діяльності»](#);

→ чи укладення договорів на медичне обслуговування із закладами охорони здоров'я та/або медичними працівниками¹⁰.

¹⁰ [Методичні рекомендації](#) щодо проведення моніторингового візиту національного превентивного механізму до будинку (пансіонату) для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю приватної форми власності, с. 6–13

Варто зазначити, що обсяг та зміст соціальної послуги для кожного її отримувача/-ки визначаються індивідуально, залежно від його потреб і зазначаються в індивідуальному плані надання соціальної послуги. Він складається після визначення ступеня індивідуальних потреб мешканця/-ки за формою, що затверджена Мінсоцполітики, та додається до договору про надання соціальної послуги.

Доповнимо, що через запровадження на території України воєнного стану та підвищений рівень небезпеки для населення, особливо в прифронтових регіонах, уряд ухвалив зміни для спрощення надання екстрених (кризових) соціальних послуг. Перелік таких закріплено в поточних редакціях постанов КМУ [№ 587](#) та [№ 576](#) – серед них зокрема стаціонарний і паліативний догляд. Оцінку ситуації за таких обставин проводять на основі письмового чи усного звернення впродовж однієї доби з дати його отримання, індивідуальний план не складається, і договір не укладається. Втім, за потреби продовження послуг, що надавалися кризово, процедури оцінювання індивідуальних потреб людини, оформлення плану та договору здійснюються в повному обсязі.

1.3. Якість надання сегрегованих соціальних послуг

Відповідно до порядку, що затверджений [Постановою КМУ від 01.06.2020 № 449](#), та [Методичних рекомендацій](#) раз на рік проводяться моніторинг та оцінка якості надання соціальних послуг.

Моніторинг передбачає збір та аналіз даних щодо:

- діяльності інтернатних закладів (кількість суб'єктів, їх типи, потужності тощо);
- потреб населення адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах;
- наданих соціальних послуг та людських та бюджетних ресурсів, залучених для цього;
- соціальних груп отримувачів/-ок послуг;
- соціально-економічного розвитку регіонів;
- програмного планування надання соціальних послуг і щодо місцевих програм проведення соціальної роботи та надання соціальних послуг;
- цільового витрачання бюджетних коштів.

Ця інформація рухається послідовно «знизу-вгору»: інтернати – структурні підрозділи ОМС із питань соцзахисту – департаменти соцзахисту обласних та Київської міської адміністрацій (далі – ОВА/ОДА й КМВА) – Національна соціальна сервісна служба. Остання, своєю чергою, аналізує результати моніторингу й направляє узагальнений звіт із пропозиціями щодо вдосконалення законодавства у сфері надання соціальних послуг та вдосконалення показників моніторингу до Мінсоцполітики.

Процедура оцінки якості надання послуг має більш прикладний характер і включає:

- опитування отримувачів/-ок соціальних послуг або їх законних представників;
- спостереження за процесом надання соціальних послуг;
- бесіди/співбесіди з персоналом надавача соціальних послуг;
- вивчення документації надавачів соціальних послуг, звернень отримувачів/-ок соціальних послуг тощо.

Внутрішня оцінка проводиться кожним інтернатом самостійно, а зовнішня – структурними підрозділами з соцзахисту населення або іншими органами на замовлення ОМС. Результати оцінки проходять той самий ланцюжок керівних органів, як і дані моніторингу. Узагальнені звіти щодо моніторингу та оцінки якості надання послуг мають публікуватися на вебсайті Мінсоцполітики.

Проте тут важливо зазначити, що у зв'язку з воєнним станом на території України, за [Постановою від 07.05.2022 № 560](#) оцінка якості надання соціальних послуг тимчасово зупинена, і відповідні звіти за період повномасштабної війни відсутні. Це значно ускладнює контроль за дотриманням прав та забезпечення гідних умов утримання мешканців/-ок, а для авторів дослідження цей фактор відсік можливість об'єктивно оцінити якість надання послуг.

Водночас на Уповноваженого ВРУ з прав людини (далі – Омбудсман України) покладаються функції національного превентивного механізму (далі – НПМ), що створений на виконання зобов'язань держав-учасниць [Факультативного протоколу](#) до Конвенції проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання¹¹. В Україні НПМ реалізується за моделлю «Омбудсман+», що передбачає спільне виконання функцій НПМ Офісом Омбудсмана та громадськими організаціями. Так, представники громадських організацій, експерти, вчені та фахівці, на договірних засадах та за письмовим дорученням Омбудсмана України проводять моніторингові візити до місць, визначених Законом [№ 776/97-ВР](#) та збирають інформацію стосовно поводження з їх мешканцями/-ками та щодо умов їх утримання шляхом:

- опитування чи анкетування мешканців/-ок та/або їх законних представників;
- спостереження за процесом надання соціальних послуг;
- бесіди з персоналом закладу інституційного догляду;
- вивчення документації, зокрема звернень отримувачів/-ок соціальних послуг.

За результатами візитів НПМ формуються звіти з рекомендаціями та відповідні листи реагування, що надсилаються до відвіданих інтернатних установ та ОВА/ОДА, КМВА. Основна інформація та підсумки роботи НПМ публікують на вебсайті [Омбудсмана України](#).

Наголосимо, що в межах чинної нормативно-правової бази діють нормативи, що враховуються одночасно для організації надання соціальних послуг, моніторингу якості цього процесу і для розрахунку вартості послуг для мешканців/-ок інтернатних закладів. Наприклад, до перелічених раніше складових соціальної послуги стаціонарного догляду застосовуються, окремі документи, наведені в [Додатку 6](#).

Під час ознайомлення зі згаданими нормативами, ми виявили, що більшість їх було розроблено в перші роки незалежності України на основі радянських стандартів. Норми забезпечення житловою площею, продуктами харчування та предметами, матеріалами та інвентарем не оновлювалися від мо-

¹¹ [Роз'яснення](#) щодо реалізації національного превентивного механізму в Україні, Закон України [№ 776/97-ВР](#) «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини»

менту їх ухвалення. Що ж до норм забезпечення мешканців/-ок інтернатів медикаментами, специфічні документи взагалі відсутні в нормативній базі. У решті актів, крім коригування виразів, що стосуються людей старшого віку та людей з інвалідністю, суттєвих змін не відбулося. Отже, можемо стверджувати, що ці прогалини в нормуванні перешкоджають наданню якісних соціальних послуг, що відповідають реальним потребам отримувачів/-ок.

З'ясувати рівень дотримання чинних норм нам не вдалося через відсутність у відкритому доступі реальних значень показників від інтернатів і, як раніше зазначалося, призупинення процедури оцінювання якості надання послуг. Втім, порушення прав мешканців/-ок доводять звіти за результатами візитів НПМ¹² до інституцій за 2024 рік, що розміщено в [Додатку 7](#). Зокрема відомо про:

-
1. [Відсутність персоналізації одягу](#), навіть білизни: мешканці/-ки носять одяг загального користування, який після прання передається іншим.
 2. [Використання пенсійних коштів](#) мешканців/-ок на потреби закладу, які повинні фінансуватися державою.
 3. [Використання працетерапії не для реабілітації](#), а для виконання робіт обслуговуючого персоналу, наприклад, двірників чи санітарів. Зафіксовано випадки примусу мешканців/-ок до праці, без офіційних договорів та винагороди.

Розширений аналіз стану дотримання прав мешканців/-ок викладено в [Спеціальній доповіді Уповноваженого ВРУ з прав людини за 2024 рік](#).

Водночас деякі аспекти можемо висвітлити, спираючись на звіт Харківського інституту соціальних досліджень за 2023 рік [«Права людей з інвалідністю, які перебувають у стаціонарних закладах під час війни: результати дослідження»](#). Загалом висновки авторів на основі моніторингових візитів, інтерв'ю з мешканцями/-ками й працівниками 20 закладів Сумської, Київської, Хмельницької Черкаської, Чернігівської областей, міста Полтави та області свідчать зокрема про:

12 Звіти про візити НПМ до інтернатних установ для прикладів обрано випадковим чином.

-
- 1. Висока щільність мешканців/-ок.** У деяких установах переповненість зафіксовано загалом по інтернату – понад планову місткість, а подекуди лише в окремих кімнатах. Частю проблемою є нехтування правом людей на приватність – брак простору, відсутність перегородок у санвузлах і душових тощо.
 - 2. Низька якість медичного обслуговування.** Всі відвідані заклади мали медичні відділення з мінімальним або ж недостатнім запасом медичних засобів, тому мешканці/-ки були змушені купувати деякі препарати самостійно. Також автори наголошують на недотриманні правил фізичного обмеження та/або ізоляції при наданні психіатричної допомоги й ведення медичної документації.
 - 3. Брак медичного персоналу,** особливо лікарів, яких доводиться залучати із сусідніх населених пунктів, найближчих медичних установ. За даними Харківського інституту соціальних досліджень у 2023 році найзатребуванішими спеціалістами були психіатри.
 - 4. Реабілітація здебільшого формальна** й не має реальної користі для здоров'я та самопочуття людини, причому здебільшого зводиться до працетерапії – роботи на підсобному господарстві та долучення мешканців/-ок до виконання обов'язків молодшого медичного персоналу та прибиральниць – добровільно чи навіть примусово. Винагородами за ці активності водночас є символічна оплата, солодощі, цигарки тощо. З іншого боку, реабілітація маломобільних (лежачих) мешканців/-ок часто вкрай обмежена або відсутня.
 - 5. Неоднаковий рівень забезпечення дозвілля,** що залежить від рішень адміністрації конкретного закладу. Характерно для досліджених інтернатів, що маломобільні люди проводять майже весь час у кімнатах за переглядом телевізора чи прослуховуванням радіо.

Вплив самих отримувачів/-ок послуг на якість послуг в інституціях дуже обмежений і здебільшого формальний. Серед основних інструментів – скарги та звернення в усній та письмовій формі до:

- адміністрації інституційного закладу, що повинна забезпечити наявність інформаційних стендів в адміністративному корпусі з контактами куди і до кого можна звернутися мешканцям/-кам при порушенні їхніх прав, скриньки для подання скарг;

- Мінсоцполітики та департаментів соцзахисту;
- Омбудсман України (працюють «гаряча лінія» та громадські приймальні в областях і місті Київ);
- громадської ради при закладі, до складу якої входять зокрема представники громадських організацій, самі отримувачі/-ки послуг та їхні родичі або піклувальники.

На практиці механізми впливу мешканців/-ок на якість послуг в інституціях виявляються малодієвими через низку проблем:

-
- Позбавлення судом дієздатності/правоздатності людей в інституціях фактично унеможлиблює самостійне прийняття ними рішень, що стосуються їхнього життя.
 - У разі подання скарг щодо якості обслуговування на розгляд адміністрації або персоналу існує висока ймовірність їх ігнорування. Ба більше, можуть мати місце прояви психологічного тиску на мешканців/-ок, які ініціювали скарги. Це створює атмосферу страху та зневіри у можливість захистити свої права.
 - Відсутність належного інформуванням людей в інституціях про їхні права, доступні механізми захисту та можливість звернення до зовнішніх органів контролю. Відсутній також системний моніторинг якості цього інформування.
 - Ізоляція мешканців/-ок та обмеження доступу до засобів комунікації (телефон, інтернет) значно ускладнюють можливість повідомляти про випадки порушення прав або звертатися по допомогу назовні.

Тож, ґрунтуючись на викладеному вище, можемо зробити висновок про низьку якість сегрегованих соціальних послуг, зокрема стаціонарного догляду, в інтернатних установах. Все перелічене свідчить про неспроможність інституційної системи забезпечити надання людиноорієнтованих соціальних послуг навіть на базовому рівні – в межах затверджених державних норм і стандартів.

Резюмуючи, зазначимо, що протягом 2024 року на території України налічувалося 259 інституцій, серед яких для дослідження обрано 216 інтернатних (стаціонарних) установ трьох типів – 141 Бі, 74 ПНІ та 1 СБІ. Всі вони перебувають у комунальній власності областей і міста Києва та підпорядковані

департаментам соціального захисту ОВА/ОДА чи КМВА. За організаційною формою 214 – комунальні організації (заклади, установи), ще два ПНІ в Одеській області діють у формі КНП.

Нормативні акти, що прямо стосуються інтернатних установ, не здатні цілком покрити аспекти їх діяльності й гарантувати гідні умови для життя мешканців/-ок. Загалом же законодавство у сфері соціального захисту потребує перегляду, оновлення та взаємоузгодження.

Через фрагментарність і неузгодженість даних нам не вдалося встановити чіткої структури соціальних послуг, що надають інтернатні заклади, проте за типовими положеннями всі вони забезпечують стаціонарний догляд.

Контроль за якістю надаваних послуг через воєнний стан на місцевому й регіональному рівнях суттєво обмежений, що підвищує ризик недотримання стандартів надання послуг та порушення прав людей. Натомість головним інструментом діагностики реального становища всередині установ виступають робочі групи НПМ, які фіксують порушення інтернатами прав мешканців/-ок у звітах та оприлюднюють висновки на вебсайту Омбудсмана України. Контент-аналіз деяких звітів показав, що інституційні заклади здебільшого не спроможні забезпечити дотримання прав людей у повному обсязі, нехтуючи потреби мешканців/ок, а також чинні, хоча й застарілі, нормативи і стандарти надання соціальних послуг. Можливість впливу самих мешканців/-ок інституційних закладів на якість отримуваних послуг досить обмежена. Це зумовлено відсутністю ефективних інструментів для подання скарг і звернень, інформування людей в інституціях про їхні права і способи їх захисту, а також можливого тиску з боку адміністрації й персоналу закладу у відповідь на скаргу/звернення щодо якості послуг.

РОЗДІЛ 2.

Вартісний вимір діяльності інтернатних закладів в Україні

Передовсім варто зазначити, що інтернатні заклади в формі КЗ та КУ – це бюджетні установи, що за [Бюджетним кодексом](#) перебувають на утриманні обласних бюджетів та бюджету міста Києва. Своєю чергою, КНП, які входять до вибірки, хоч і не є бюджетними установами, в цьому випадку послугуються тими самими вимогами.

Водночас бюджетні інтернатні заклади можуть мати власні надходження, отримані як плата за надання послуг, виконання робіт та цільових заходів, гранти, дарунки та благодійні внески, а також надходження від реалізації продукції чи майна та іншої діяльності. Детальний аналіз руху фінансових ресурсів висвітлено в [Розділі 3](#) цього дослідження.

Всі послуги, що закріплені в [Класифікаторі соціальних послуг](#) і надаються в межах відповідних державних стандартів, покриваються бюджетним коштом і можуть бути надані мешканцям/-кам безоплатно, а також за умови часткової чи повної оплати. Більше пояснень щодо обсягів оплати міститься в [Додатку 8](#).

2.1. Визначення вартості надання сегрегованих соціальних послуг

Вартість соціальних послуг визначається з огляду на їх зміст та обсяг на основі індивідуального плану і фіксується в договорі про надання послуг між отримувачем/-кою чи його/її опікуном або піклувальником та уповноваженою особою інтернату. Основою для визначення розміру плати за послуги є тариф, що складається з собівартості послуги, адміністративних

витрат, податку на додану вартість. Тарифи визначаються безпосередньо в закладах і затверджуються їх засновниками – обласними та Київською міською радами.

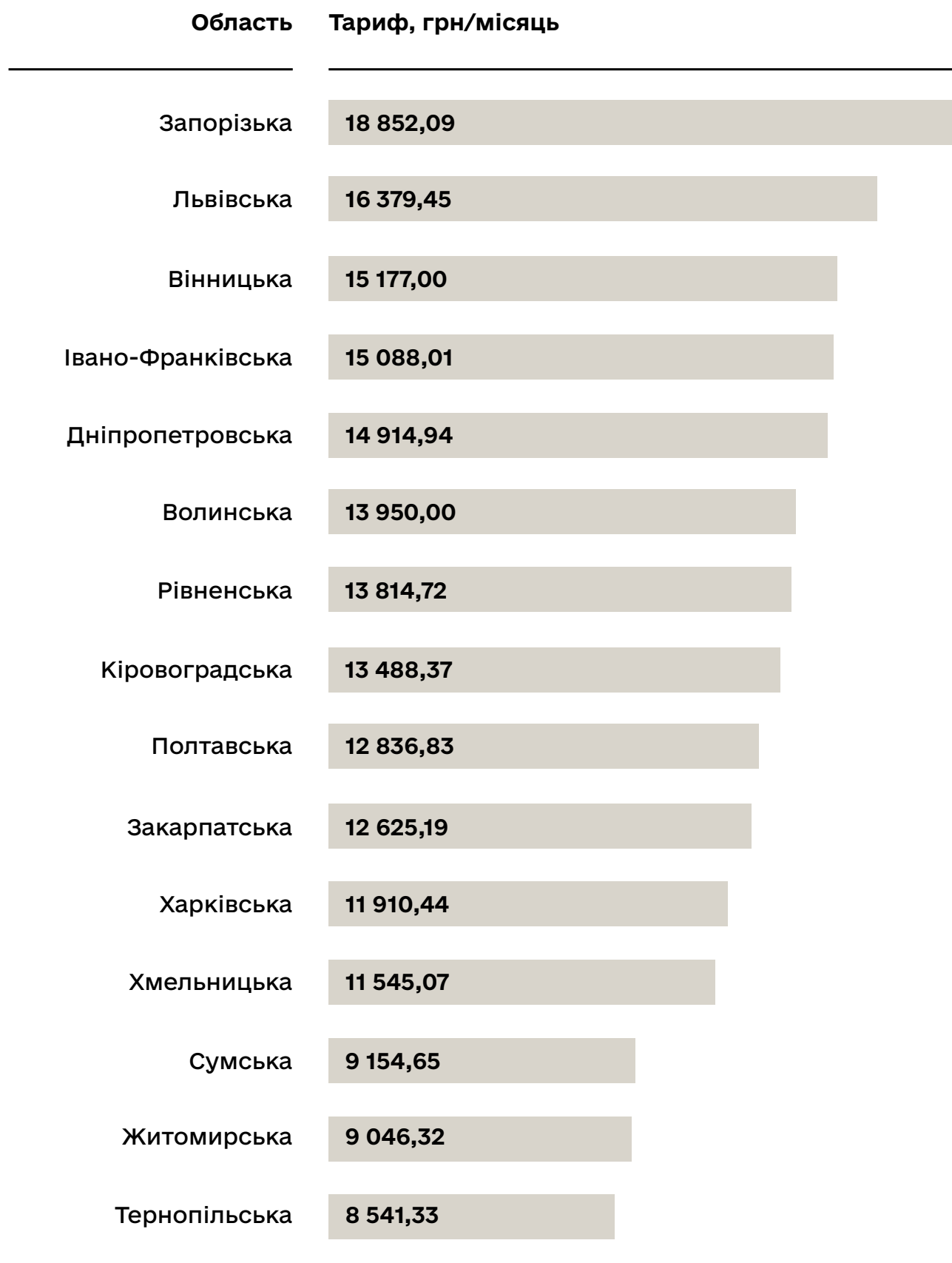
Тариф є фіксованим і розраховується на одиницю робочого часу (людино-година, людино-хвилина). Частина закладів розраховують тариф за [Порядком регулювання тарифів на соціальні послуги](#), за які адміністративні витрати включаються в розмірі не більш як 15% витрат на оплату праці персоналу, що безпосередньо надає послуги.

Паралельно існують [Методичні рекомендації розрахунку вартості соціальних послуг](#), що не містять такої вимоги. З одного боку, тут наявні конкретні формули з поясненнями, та, з іншого, невідомо, що криється за розмитими формулюваннями «інші витрати», «інші штатні працівники». Крім того, не можна назвати акт релевантним, бо він не враховує близько половини послуг із Класифікатора соціальних послуг, та зважаючи на дату затвердження (2015 рік).

Відмінності підходів до формування тарифів (у деяких документах – «вартість послуги» або «вартість утримання одного підопічного») у регіональному розрізі чітко видно на прикладах у [Додатку 9](#).

Загалом же з-поміж 216 досліджуваних інтернатів у 141 закладі протягом 2024 року діяли тарифи на послугу стаціонарного догляду. У Волинській та Тернопільській областях (всього 9 установ) тариф варіювався, залежно від вартості засобів особистої гігієни, якщо такі використовувались. Ще у 2 інтернатах Кіровоградщини діяли також тарифи на паліативний догляд, а в Горохівському ПНІ Волинської області, – паліативний догляд із засобами особистої гігієни.

Найвищий тариф на «послугу стаціонарного догляду для людей, що втратили здатність до самообслуговування», у 2024 році діяв для мешканців/-ок Вищетарасівського ПНІ (Дніпропетровська обл.) – 771,44 грн за один ліжко-день. Водночас найнижчу ціну на цю послугу встановили в Любарському ПНІ (Житомирська обл.) – 218,4 грн/ліжко-день. На Діаграмі 2.1 наведено середні значення тарифів у 2024 році в розрахунку на місяць у регіональному вимірі. Середній тариф по всій Україні становив 12706,92 грн/місяць. Повна інформація про тарифи доступна в [Додатку 10](#).



Діаграма 2.1. Середні тарифи по областях на послугу «Догляд стаціонарний», що діяли в інтернатних закладах України впродовж 2024 року

Зі свого боку Київська міська та 9 обласних рад повідомили, що тарифи для підпорядкованих інтернатних установ на 2024 рік не затверджувалися, а вартість послуг, що там надаються, ґрунтувалася на оцінці потреб отримувачів/-ок послуг. Так само й частина закладів Рівненської, Харківської, Тернопільської та Запорізької областей надавали послуги без фіксованого тарифу. Відсутність тарифів на соціальні послуги в інтернатах є відхиленням від вищезгаданого [Порядку](#) їх регулювання, і потенційно може створювати корупційні ризики й ускладнювати прогнозування фінансових потреб установ.

Підсумуємо, що на поточному етапі існування інтернатні установи регіонального рівня перебувають на утриманні обласних, а в Києві – міського, бюджетів. Планування обсягів фінансування їх діяльності відбувається в межах бюджетних програм.

Тарифи на соціальні послуги формуються щорічно самими закладами та затверджуються обласними та Київською міською радами. Однак ми виявили повну відсутність тарифів у 9 областях і місті Києві та вибіркочу наявність у ще 4 регіонах. Хоча обчислення вартості послуг ґрунтувалася на оцінці потреб отримувачів/-ок послуг, відсутність фіксованої суми є потенційним фактором корупційних ризиків й може ускладнювати прогнозування фінансових потреб установ. З огляду на тарифи, що діяли у 2024 році в інших 15 областях, до платних належали послуги «Догляд стаціонарний» та «Догляд паліативний». Найдорожче місяць стаціонарного догляду в межах державного стандарту обходився мешканцям/-кам в Запорізькій області – 18852,09 грн, найменше в Тернопільській – в середньому 8541,33 грн/місяць.

Судячи з актів про затвердження тарифів, методи обчислення різняться за регіонами та залежать від вибору органів місцевої влади, яким підпорядковуються інтернатні заклади. Законодавчі акти у питанні визначення вартості соціальних послуг, своєю чергою, не враховують близько половини наявних у Класифікаторі соціальних послуг та мають суперечності між собою.

2.2. Середні витрати на одного/одну мешканця або мешканку та заповненість закладів відносно планової ємності

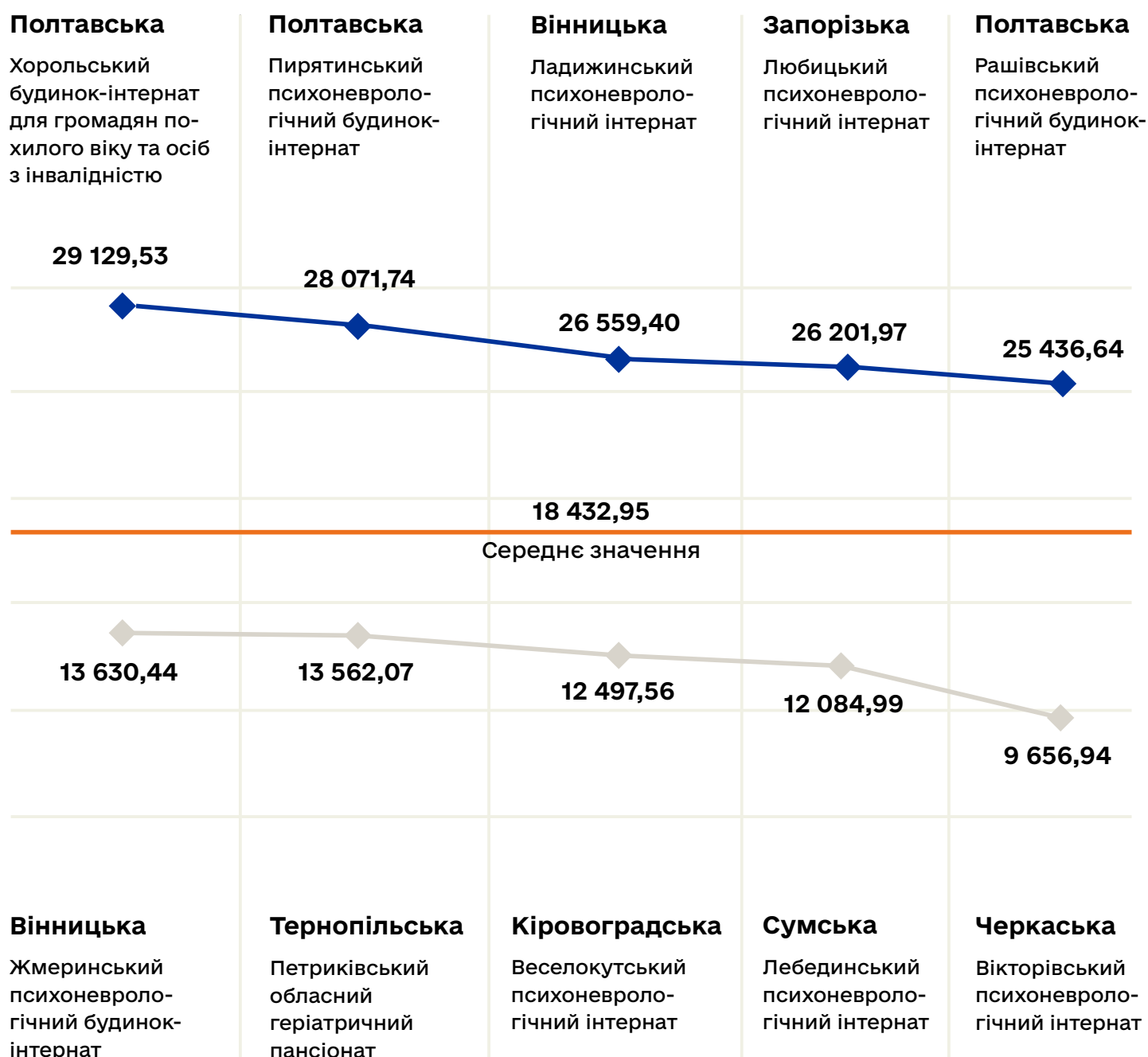
Наявність відомостей про середньорічну кількість мешканців/-ок та сукупні річні витрати 62 закладів, ми з'ясували питоми витрати на одного/одну мешканця або мешканку на місяць. Наголосимо, що ми використали звіти про рух грошових коштів (форма № 3-дс), які відображають лише надходження

і вибуття грошей та їхніх еквівалентів і не конкретизують напрями витрат (продукти харчування, медикаменти, оплата праці персоналу тощо). Так, за результатами обчислень найвищий показник у 2024 році зафіксовано на Полтавщині (дані наявні про всі 12 інтернатів) – у середньому 22791,91 грн/місяць. Натомість найменші питомі витрати у Черкаській області – 15074,72 грн на місяць припадає на одну людину. Зауважимо, що через низьку репрезентативність – по одному інтернату в кожній з трьох областей надали дані – ми не врахували результати Кіровоградщини, Тернопільщини та Луганщини. Середні витрати на одного/одну мешканця або мешканку за місяць по областях показані на Діаграмі 2.2.



Діаграма 2.2. Середні витрати на одного/одну мешканця або мешканку на місяць у 2024 році за областями

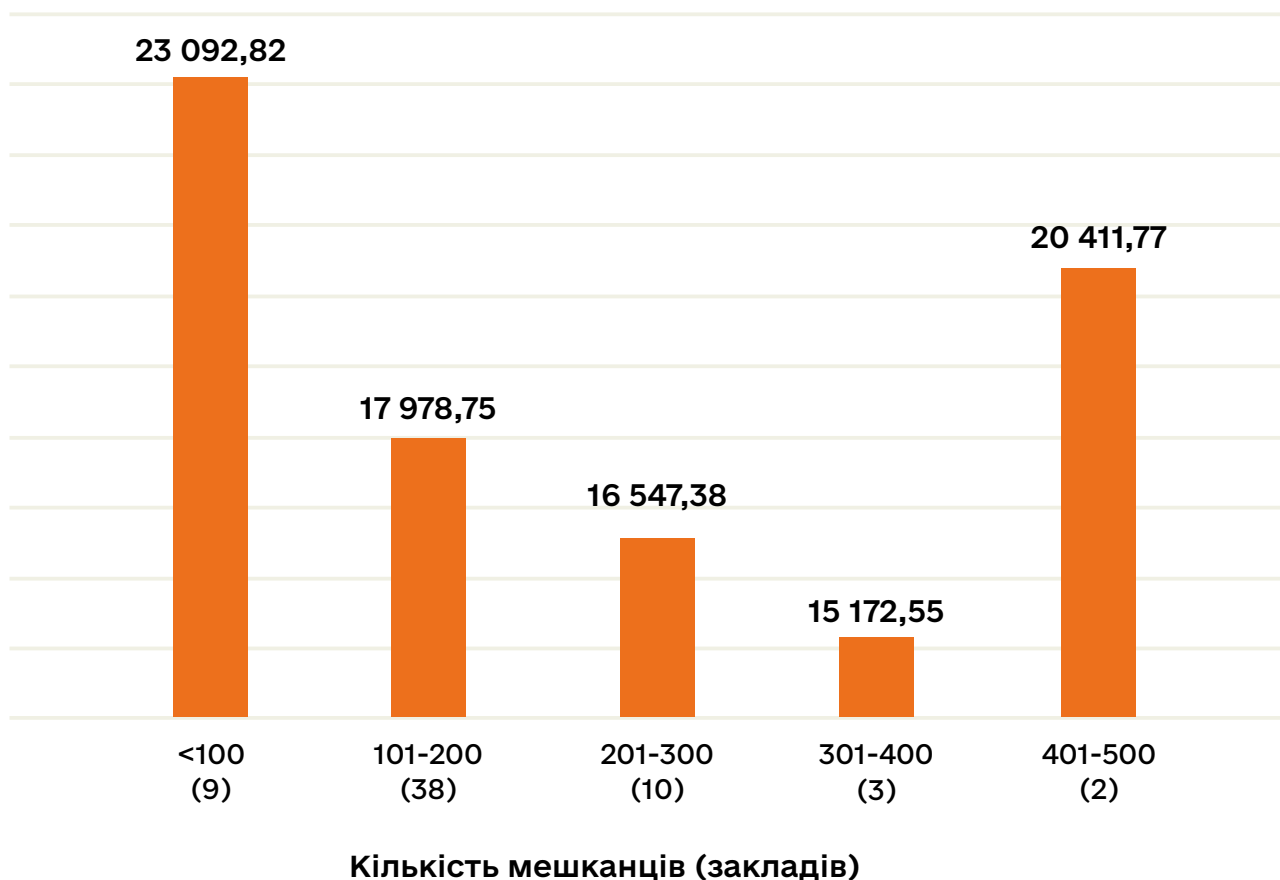
У розрізі закладів найбільші витрати у розрахунку на одного мешканця виявлено у Хорольському БІ, який розташований у Полтавській області – 29129,53 грн/місяць, а найнижчим цей показник є у Вікторівському ПНІ – 9656,94 грн. На Графіку 2.1 зображено по п'ять інтернатних закладів з найбільшими та найменшими витратами на одного/одну мешканця або мешканку за місяць. Більше про це в [Додатку 11](#).



Графік 2.1. П'ять інтернатних закладів з найбільшими та найменшими місячними витратами на одного/одну мешканця або мешканку

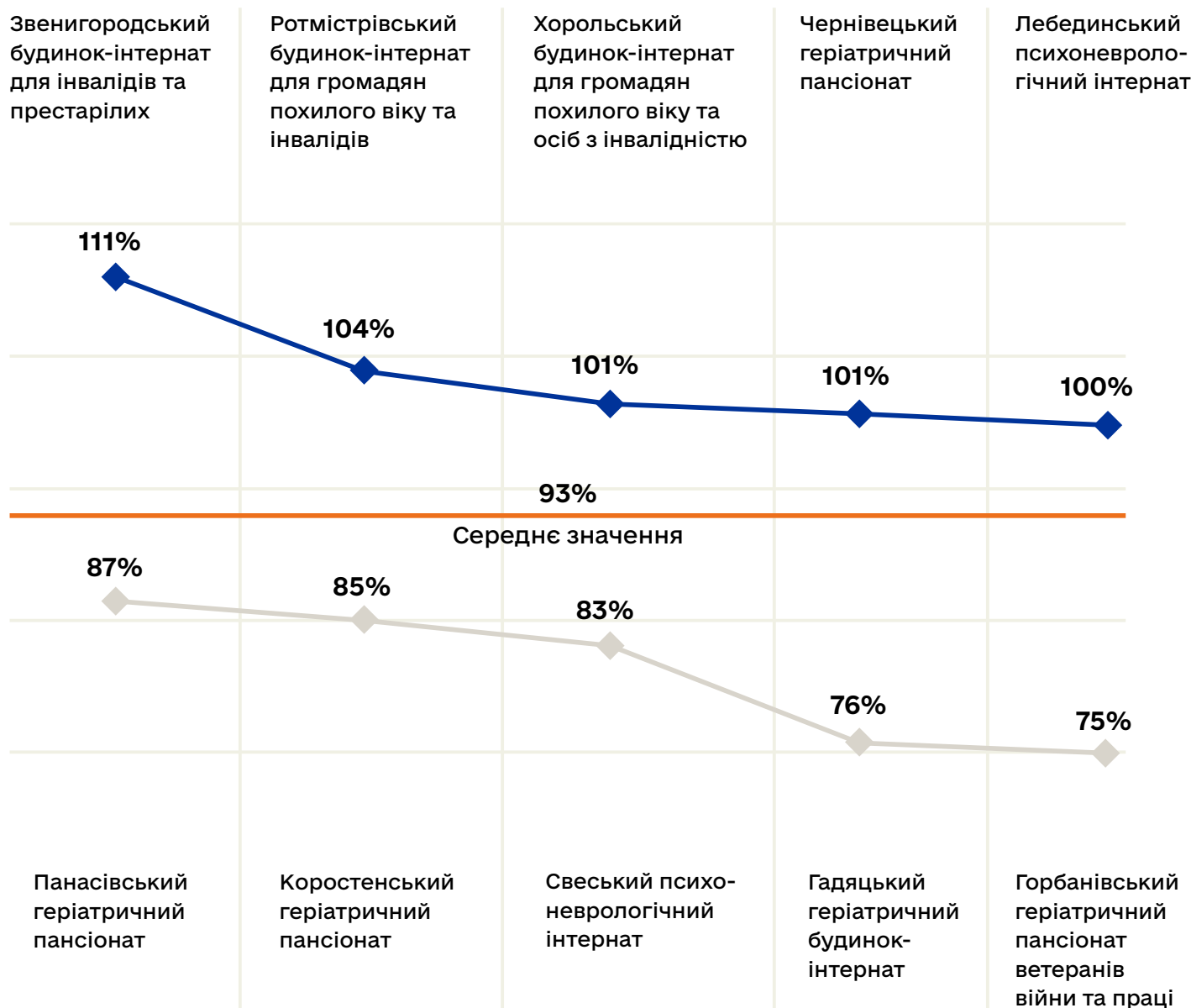
Залежність середньомісячних витрат від середньорічної кількості мешканців/-ок інтернатного закладу видно з Діаграми 2.3 – чим менше людей проживає в закладі, тим вищі питомі витрати на їхнє утримання. Винятком став показник для інтернатів з кількістю мешканців/-ок від 401 до 500 людей, але таких у вибірці лише два (Вінницький обласний пансіонат для осіб з інвалідністю та осіб похилого віку та Чернігівський геріатричний пансіонат), тому можемо припустити, що це значення може бути статистичною похибкою.

Середні витрати, грн



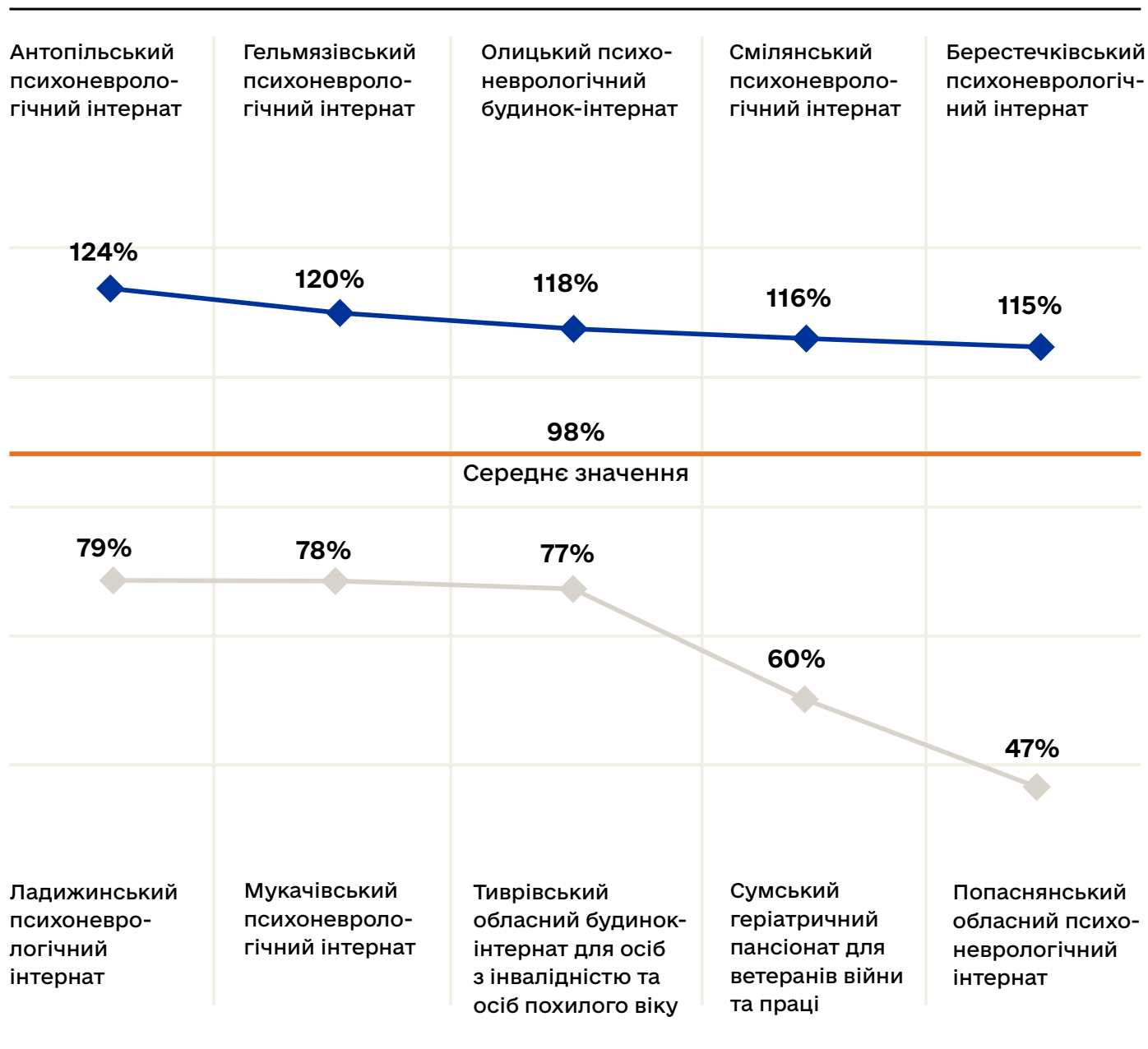
Діаграма 2.3. Залежність місячних витрат на одного/одну мешканця або мешканку залежно від загальної середньорічної кількості мешканців/-ок

Розглядаючи заповненість інтернатних закладів, можемо зробити висновок, що серед установ для людей старшого віку найменше значення показника має Горбанівський пансіонат ветеранів війни та праці, що розташований у Полтавській області – 75% від планової ємності. Найбільш переповненим є Звенигородський БІ в Чернігівській області – 111%. Детальну інформацію можна побачити на Графіку 2.2.



Графік 2.2. П'ять інтернатних закладів для людей старшого віку з найбільшою та найменшою заповненістю ліжко-місць відносно планової ємності

Серед ПНІ найменшу заповненість має Попаснянський обласний ПНІ Луганської області, який наразі переміщений на підконтрольну українській владі територію, – лише 47%. Найбільш переповненим є Антопільський ПНІ в Вінницькій області – 128% від планової кількості ліжко-місць закладу. Інформацію про п'ять найбільш та найменш наповнених ПНІ відображено на Графіку 2.3.



Графік 2.3. П'ять психоневрологічних інтернатів із найбільшою та найменшою фактичною заповненістю ліжко-місць відносно планової

Порівнюючи показник питомих витрат на утримання одного/одної мешканця/-ки з середнім показником власних надходжень закладів в регіонах ми встановили часткову відповідність. Так, для областей, де витрати на утримання однієї людини є одними з найвищих – Вінницька та Київська області¹³ – показник власних надходжень також доволі високий – 12,3 та 11,2 млн

¹³ Для Луганської та Запорізької областей дані щодо обсягу власних надходжень закладів відсутні.

грн на рік (друге та четверте місце серед усіх областей). Водночас для Полтавської області, в якій видатки на одну людину найвищі, власні надходження трохи нижче середнього по Україні – 7,37 млн грн/рік. **Глибше дослідження кореляцій між показниками витрат на одного/одну мешканця або мешканку та обсягом власних надходжень установ за наявними даними провести неможливо**, адже часткова наявність звітності не дає змоги повною мірою дослідити питання у розрізі закладів.

Отож найвищими питомі витрати на одного/одну мешканця або мешканку, за нашими розрахунками, у 2024 році були в Полтавській області – 22791,91 грн/місяць, а найнижчі в Черкаській – 15074,72 грн. Ми виявили обернену залежність обсягу витрат від чисельності мешканців/-ок: чим більше людей проживає в закладі, тим нижчі питомі витрати. Зафіксовано також перевищення планової кількості ліжко-місць в деяких установах: найбільш вагомі в Антопільському ПНІ на Вінниччині (на 28%) та Звенигородському БІ Чернігівської області (на 11% від плану). Водночас не відомо, наскільки впливає кількість мешканців/-ок на якість послуг, що надаються.

РОЗДІЛ 3.

Обсяги та структура фінансування інтернатів із загального та спеціального фондів

Бюджет інтернатних закладів, як і кожної бюджетної установи, складається із загального та спеціального фонду. Кошти загального фонду установа отримує відповідно до погодженої потреби із місцевого або державного бюджету. Кошти спеціального фонду фактично є власними надходженнями установ, які також формують бюджет закладу та враховуються при плануванні доходів та видатків. Водночас отримання та витрата коштів зі спеціального фонду регулюється українським бюджетним законодавством, тобто попри те, що це є власні надходження установ, вони обмежені у їх отриманні та витратах. Тож далі розглянемо фінансування інституцій у контексті поділу загальний та спеціальний фонди.

3.1. Фінансування інтернатів із загального фонду: обсяги та структура

Основою для аналізу запланованого фінансування та фактичних касових видатків досліджуваних інтернатів стали звіти про надходження та використання коштів загального фонду (далі – форма № 2). Слід зазначити, що не всі установи розкривають необхідну інформацію на [Єдиному вебпорталі використання публічних коштів](#) (далі – вебпортал Spending) ([Додаток 12](#)). Отже, подальший аналіз здійснювався лише на основі тих інтернатів, які оприлюднили форму № 2 за IV квартал 2024 року. Докладна інформація з цього блоку доступна в [Додатку 13](#).

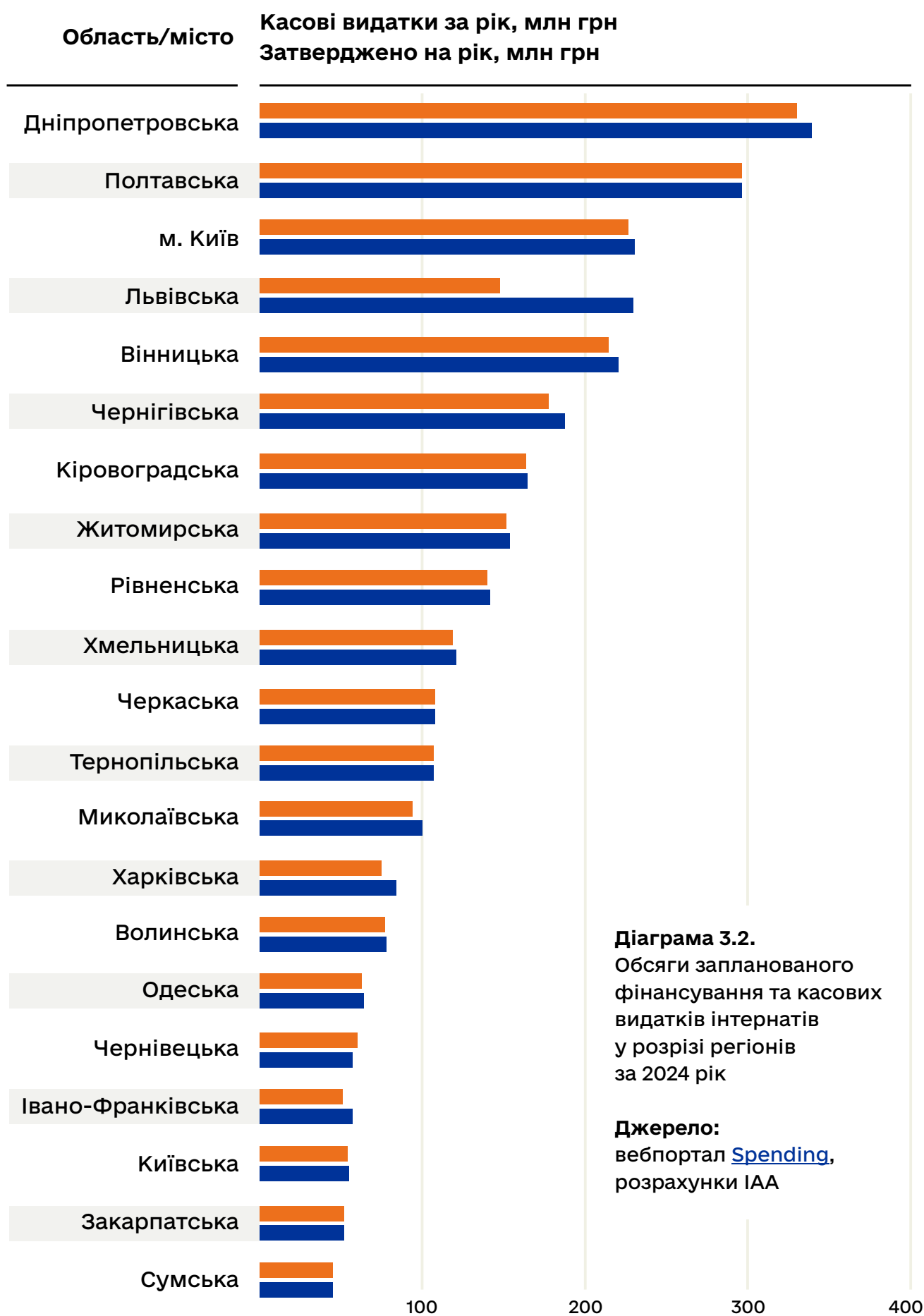
→ **Обсяги затвердженого фінансування та фактично здійснених касових видатків інтернатами**

Для оцінки ефективності планування й виконання бюджетів було проаналізовано співвідношення між затвердженими обсягами фінансування на рік і фактичними касовими видатками у розрізі досліджуваних інтернатів. Згруповані за областями результати відображені на Діаграмі 3.2.

У більшості регіонів рівень касових видатків наближається до 100%, що свідчить про досить точне планування й високу виконавчу дисципліну. Так, наприклад, у Полтавській, Тернопільській, Черкаській, Сумській та Кіровоградській областях обсяг фактичних видатків становить 99,9–100% від запланованого фінансування. Водночас окремі області демонструють нижчі касові видатки порівняно із запланованим фінансуванням. Наприклад, у Харківській області цей показник становить 89,6%, в Івано-Франківській області – 90,3%, в Миколаївській та Львівській областях – 94,4%.

Так, загалом аналіз свідчить про високу дисципліну у виконанні бюджетів, проте окремі інтернати у деяких регіонах потребують уточнення процедур планування чи витрачання коштів та пояснення причин невикористання коштів.





Діаграма 3.2.
Обсяги запланованого фінансування та касових видатків інтернатів у розрізі регіонів за 2024 рік

Джерело:
вебпортал [Spending](#),
розрахунки ІАА

Примітка: дані наведено для вибірки інтернатів

Категорії видатків, за якими здійснювався подальший аналіз, наведено в [Додатку 14](#).

→ Аналіз витрат із загального фонду у розрізі категорій витрат

Надалі ми проаналізували витрати досліджуваних інтернатів у розрізі категорій (Діаграма 3.3). Очікувано, найбільшу частку витрат у всіх областях становить оплата праці персоналу.

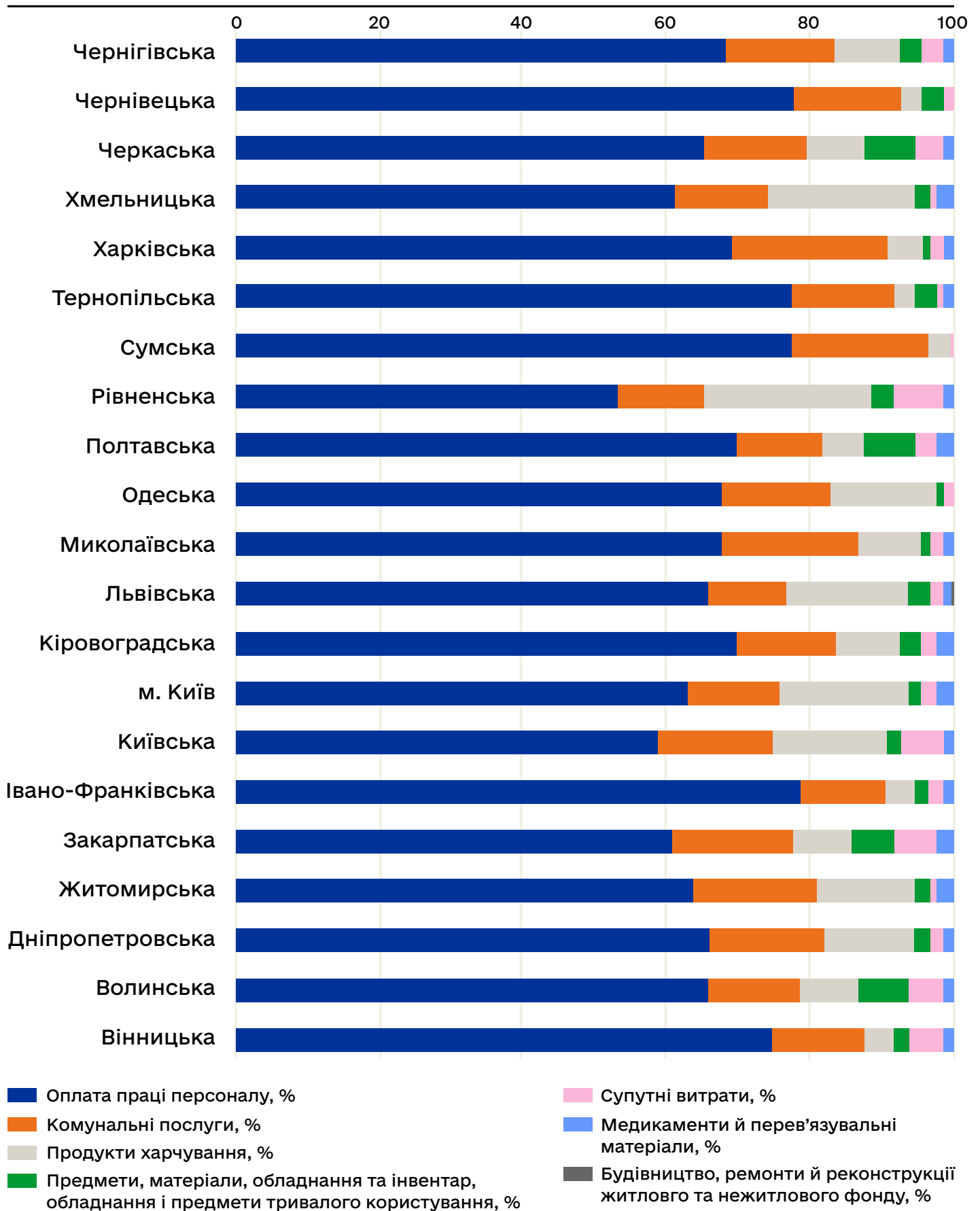
Так, **оплата праці – основна стаття витрат у всіх областях України** – більше половини фінансування із загального фонду спрямовується саме на ці видатки. Їх частка коливається від 54% у Рівненській області до 79% в Івано-Франківській області. Середнє значення витрат на оплату праці становить близько 68%, а в більшості регіонів вона перевищує 65%, з максимумами у Чернівецькій, Сумській та Івано-Франківській областях.

Комунальні послуги займають другу за обсягом позицію, у межах 11–22%, залежно від регіону. Найвищі витрати спостерігаються в Харківській (22%) та Сумській областях (19%), тоді як найнижчі у Львівській області (11%). У середньому по вибірці цей показник становить близько 15%.

Харчові продукти також є значною статтею витрат, із особливо високими показниками у Рівненській (24%), Київській (18%) та Львівській (17%) областях. Проте в інших областях частка фінансування харчових продуктів із загального фонду є значно меншою: наприклад, у Сумській, Тернопільській та Чернівецькій вона становить лише 3%. Отож виявлено значні диспропорції у розрізі регіонів, що може свідчити про різні підходи до організації та закупівель продуктів харчування. Тож, де обсяги власних надходжень достатні, витрати за цією статтею можуть компенсуватися коштами спецфонду. Крім цього, на базі закладів можуть діяти підсобні господарства, що частково забезпечують мешканців/-ок продовольством.

Витрати на медикаменти, будівництво, ремонти, інші виплати населенню¹⁴ є мінімальними або взагалі відсутні. Як правило, на ці потреби виділяється від 0% до 2%.

¹⁴ Стаття «Інші виплати населенню» (код 2730) може включати видатки, пов'язані з потребами мешканців/-ок (наприклад, зубопротезування). Повний перелік можливих видатків за цією статтею поданий в [Інструкції](#) щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету.



Діаграма 3.3. Структура витрат досліджуваних інтернатів, що фінансуються із загального фонду у розрізі регіонів
Джерело: вебпортал [Spending](#), розрахунки ІАА

Для більш чіткого відображення тенденцій у структурі видатків ми згрупували витрати за двома категоріями: **витрати на людину та витрати на утримання закладу**. До першої групи увійшли видатки на харчування, предмети, матеріали, обладнання та інвентар, обладнання і предмети тривалого користування, медикаменти й перев'язувальні матеріали, а також інші виплати населенню. До другої групи – решта видатків, зокрема оплата праці персоналу, комунальні послуги, супутні витрати, а також будівництво, ремонти й реконструкції житлового та нежитлового фонду.

Загальна структура витрат із загального фонду у досліджуваних інтернатах демонструє чіткий перекид на користь утримання закладів: у середньому понад 85% коштів іде на оплату праці персоналу, комунальні послуги та інші поточні видатки. Решта – від 3% до 28% – спрямовується безпосередньо на жителів інтернатів.





Діаграма 3.4. Структура витрат досліджуваних інтернатів у розрізі регіонів за 2024 рік
 Джерело: вебпортал [Spending](#), розрахунки ІАА

Регіональний аналіз також виявив суттєві диспропорції. Так, наприклад, у Сумській області лише 3% витрат припадає на людину, а решта 97% – на утримання. Схожа ситуація спостерігається в Чернівецькій (6% проти 94%), Тернопільській, Харківській, Вінницькій областях: в усіх трьох співвідношення витрат на людину до витрат на утримання закладу становить 7% проти 93%. Натомість у Рівненській області майже третина видатків (28%) спрямована на мешканців/-ок – найвищий показник серед регіонів.

3.2. Фінансування інтернатів із спеціального фонду: обсяги та структура

Як було зазначено раніше, в отриманні та використанні власних надходжень, що входять до спеціального фонду, інституції обмежені українським бюджетним законодавством. Отже, основні особливості роботи установ зі складником спецфонду бюджету:

- платежі зі спеціального фонду здійснюються в межах коштів, які фактично до нього надійшли;
- джерела формування спеціального фонду визначаються законодавством та становлять обмежений перелік;
- за кожним із джерел доходів, враховуючи особливості діяльності кожної конкретної установи плануються суми надходжень на наступний рік;
- доходи спецфонду можуть використовуватись зокрема, на покриття витрат, пов'язаних з наданням послуг згідно з їх основною діяльністю, організацію додаткової (господарської) діяльності та інші цілі, визначені частиною четвертою статті 13 Бюджетного кодексу України, включаючи оплату комунальних послуг і енергоносіїв, організацію основної діяльності та виконання відповідних цільових заходів¹⁵;
- видатки зі спеціального фонду здійснюються на обмежений перелік потреб та мають пріоритетизацію. Наприклад, якщо установа має заборгованість, насамперед коштами цих надходжень вона має покрити її, а залишок планувати витратити на першочергові витрати. Оплата капітального ремонту або придбання обладнання цими коштами можлива тільки за умови, що установа не має заборгованостей та забезпечила всі невідкладні витрати;

¹⁵ [Звіт про результати аналізу](#) джерел формування надходжень та ефективності використання органами державного управління коштів

- видатки на оплату праці коштом спецфонду плануються відповідно до обсягу роботи, яку здійснює персонал користуючись з цих коштів (наприклад, надання платних послуг)¹⁶. Тобто доплачувати персоналу з власних надходжень установа на власний розсуд не може.

Власні надходження бюджетних установ поділяються на дві групи¹⁷:

1. Від послуг, які надає установа:

- від платних послуг;
- від господарської діяльності;
- від оренди майна;
- від реалізації майна (крім нерухомого).

2. Інші джерела:

- благодійні внески, дарунки, гранти;
- від інших установ на виконання цільових заходів;
- надходження закладів ВНЗ та передвищої освіти від розміщення на депозитах бюджетних коштів;
- 30 відсотків дивідендів, нарахованих на частки господарських товариств, у статутних капіталах яких є майнові права, які належать державним науковим установам¹⁸.

Для інституційних закладів догляду за дорослими характерними є отримання доходів від усіх видів послуг першої групи, а також від благодійних внесків й грантів та від інших установ чи осіб на виконання цільових заходів.

Відповідно планування та витрати коштів бюджетних за цими групами відображаються у бюджетній звітності закладів у формах № 4-1 та № 4-2. Частина закладів також публікує звіт за формою № 4-3, де міститься інформація про кошти, що надійшли до спецфонду, але не належать до 1 або 2 груп надходжень або до субвенцій чи коштів, отриманих від МФО¹⁹.

¹⁶ [Постанова КМУ](#) «Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ».

¹⁷ Згідно з [наказом Мінфін](#) «Про бюджетну класифікацію».

¹⁸ [Бюджетний кодекс України](#).

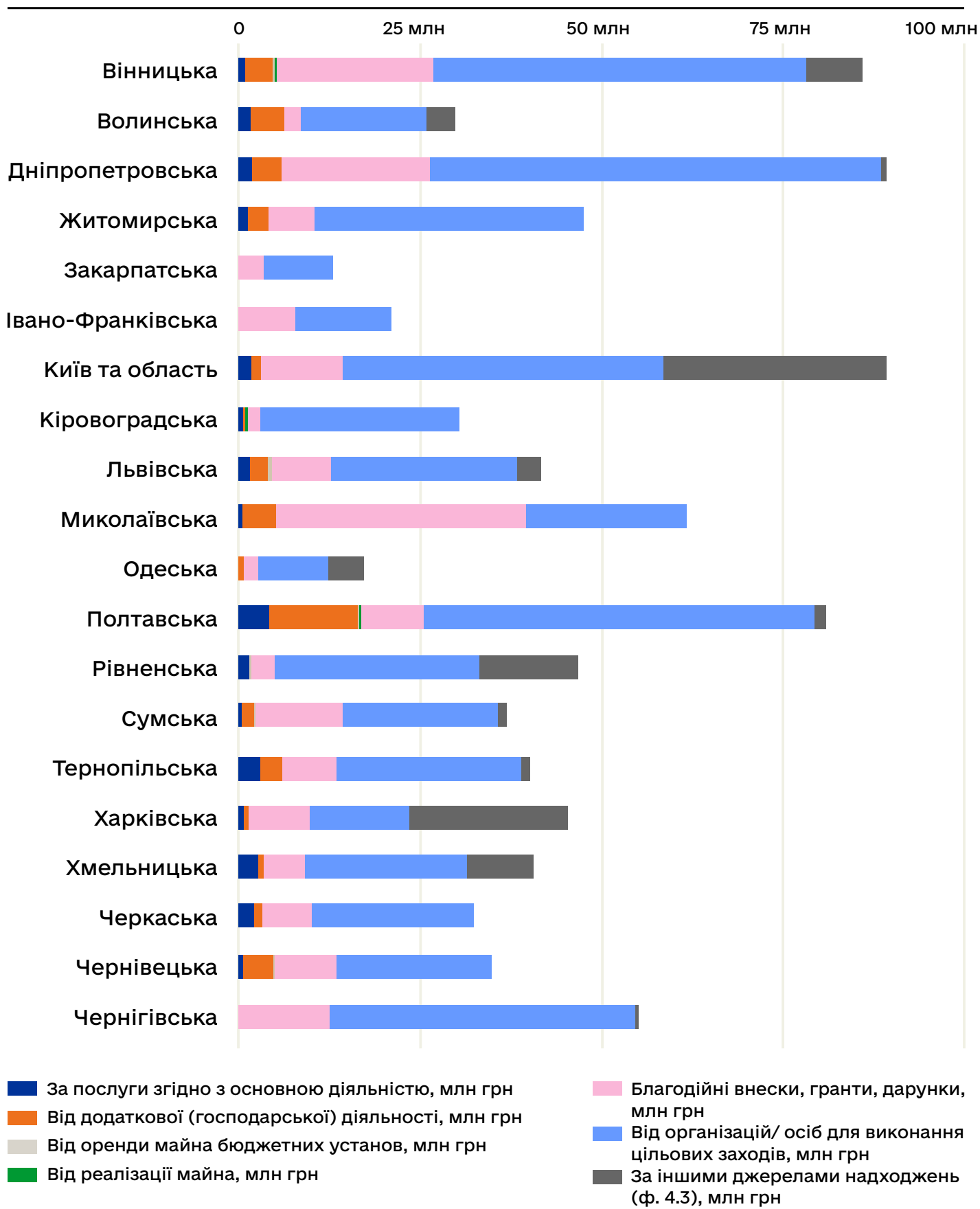
¹⁹ Мікрофінансові організації.

Варто також зазначити, що бюджетні установи до спецфонду також можуть отримувати кошти в межах субвенцій на виконання програм соціально-економічного та культурного розвитку регіонів або ж позик від МФО для реалізації проєктів економічного і соціального розвитку України. Водночас серед досліджених закладів, які оприлюднили свою бюджетну звітність, таких прецедентів за 2024 рік не зафіксовано.

У [Додатку 15](#) міститься повний аналіз наявності звітності закладів за кошти спеціального фонду у 2024 році. Так, понад 90% закладів оприлюднили звітність щодо використання коштів спеціального фонду лише у Вінницькій та Тернопільській та Полтавській областях. У чотирьох інших областях жоден заклад не оприлюднив звітних форм. Важливо зазначити, що заклади не зобов'язані публікувати усі три форми звітності, згадані вище. Відповідно, якщо заклад отримує кошти як плату за послуги, він відображає їх у звітній формі № 4-1, якщо, наприклад, як благодійну допомогу – у формі № 4-2, у визначених випадках – № 4-3.

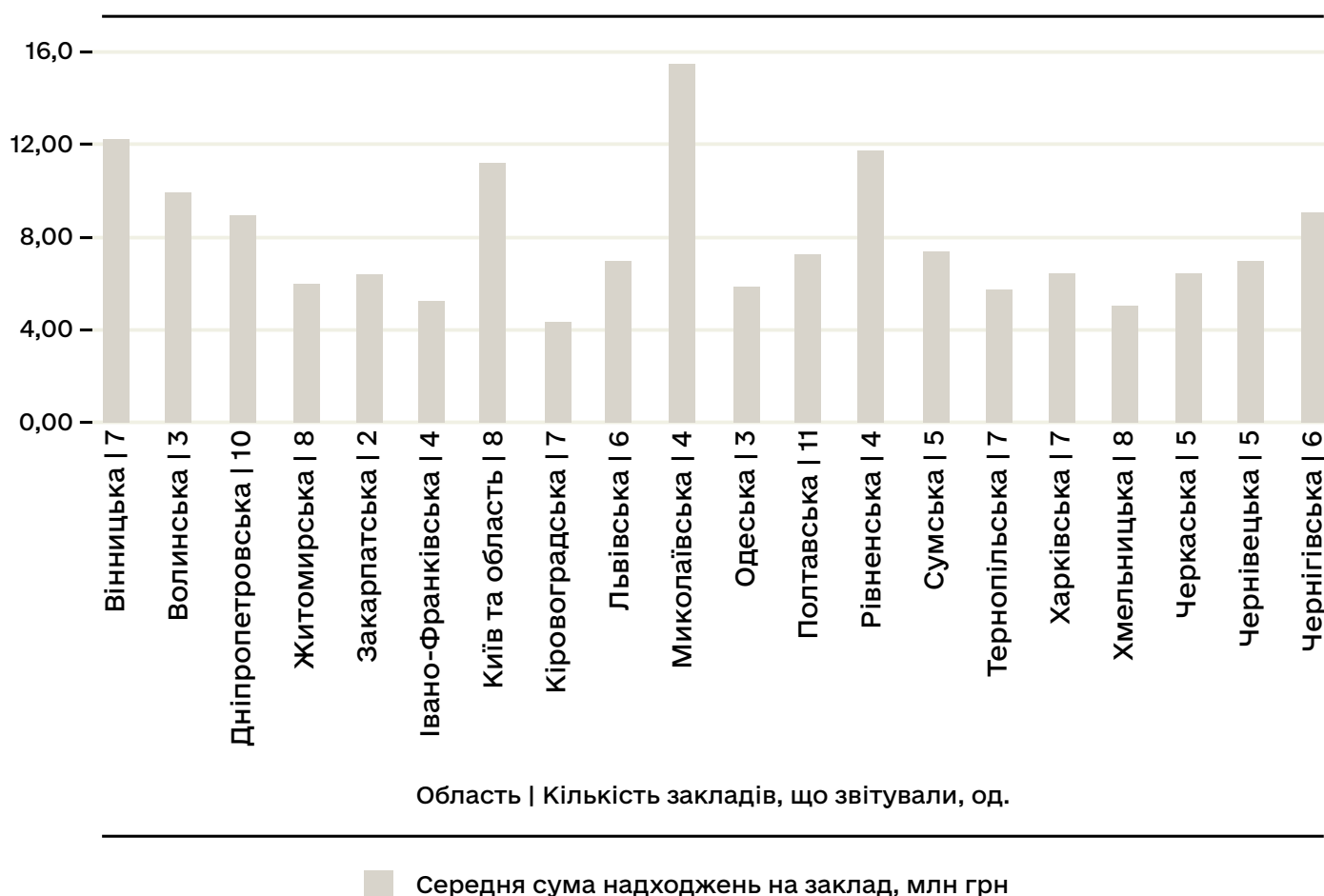
Тож із Таблиці 3.1 бачимо, що найчастіше інституційні заклади догляду за дорослими залучають кошти до спеціального фонду через надання послуг або ж від благодійної діяльності чи від інших установ на виконання цільових заходів. Розглянемо ці надходження детальніше у розрізі категорій:





Діаграма 3.5. Надходження до спецфонду закладів у розрізі категорій у 2024 році
Джерело: вебпортал [Spending](#), розрахунки IAA

З Діаграми 3.5 бачимо, що найбільше коштів установи отримують від інших установ на виконання цільових заходів та від благодійних внесків, дарунків чи грантів. За цими двома категоріями надходжень кошти до спецфонду залучають заклади в усіх досліджуваних областях, за якими оприлюднені дані хоча б про один заклад. Також в усіх регіонах заклади ведуть додаткову господарську діяльність, хоча суми коштів, які надходять за її результатами є невеликими й становлять від 1 до 15,8% в структурі надходжень закладів. Найвищі показники зафіксовано в Волинській (15,8%), Полтавській (15,4%) та Чернівецькій (11,8%) областях. Водночас медіана за цим показником становить 3,9%. Найменш популярним шляхом залучення коштів для закладів є здача майна в оренду – його застосовують заклади у 15 із 20 досліджених областей. У 10 областях відмітили, що інституційні заклади догляду за дорослими залучили кошти впродовж 2024 року за усіма джерела, які для них доступні.



Діаграма 3.6. Оцінний обсяг надходжень до спеціального фонду закладів у 2024 році²⁰
Джерело: розроблено автором

²⁰ Із розрахунку на кількість закладів, які оприлюднили звітність за спеціальним фондом за відповідний рік

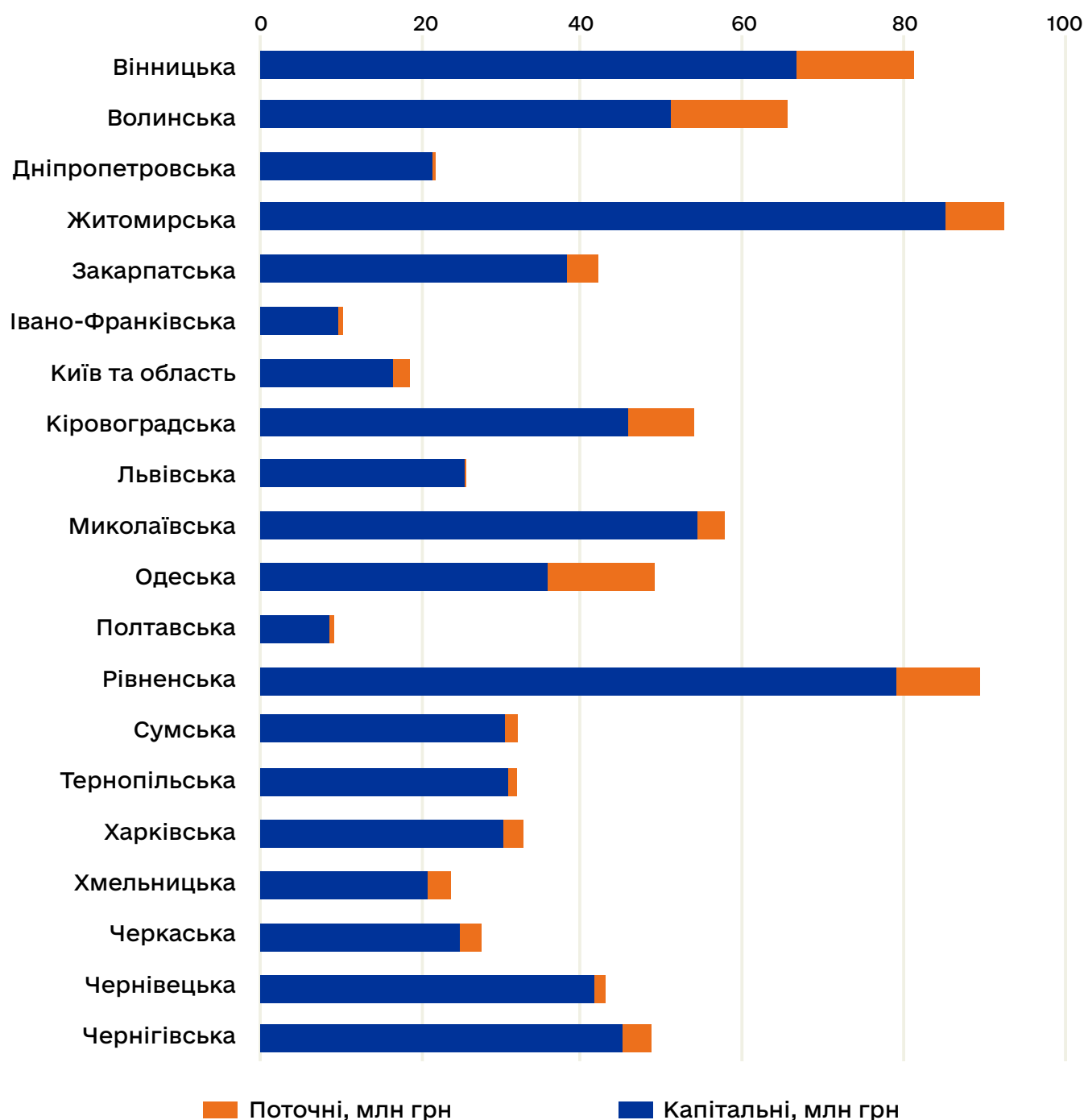
Медіана надходжень за спеціальним фондом закладів у 2024 році становить 6,8 млн грн. Водночас для закладів, які залучали кошти через усі розглянуті джерела, цей показник в середньому є вищим, ніж для тих, які реалізували декілька видів діяльності для залучення власних надходжень. Виключенням тут є Миколаївська область, найімовірніше, через велику, порівняно з іншими областями, частку коштів, залучених від благодійних внесків, грантів та дарунків. Попри це, саме ця категорія надходжень коштів до бюджетних установ є найбільш чутливою, оскільки може містити ризик примусової сплати «благодійних внесків» в закладі для населення.

Так само як і надходження, видатки, які можуть бути здійснені коштом спеціального фонду закладів, чітко регульовані бюджетним законодавством. Отож установи фактично не можуть повністю вільно розпоряджатися власними надходженнями. Відповідно до бюджетного кодексу України такі кошти заклад може витратити на:

- покриття витрат, пов'язаних з організацією та наданням послуг, що надаються бюджетними установами згідно з їх основною діяльністю (за рахунок надходжень підгрупи 1 першої групи);
- організацію додаткової (господарської) діяльності бюджетних установ (за рахунок надходжень підгрупи 2 першої групи);
- утримання, облаштування, ремонт та придбання майна бюджетних установ (за рахунок надходжень підгрупи 3 першої групи);
- ремонт, модернізацію чи придбання нових необоротних активів та матеріальних цінностей, покриття витрат, пов'язаних з організацією збирання і транспортування відходів і брухту на приймальні пункти (за рахунок надходжень підгрупи 4 першої групи);
- господарські потреби бюджетних установ, включаючи оплату комунальних послуг і енергоносіїв (за рахунок надходжень підгруп 2 і 4 першої групи);
- організацію основної діяльності бюджетних установ (за рахунок надходжень підгруп 1, 3 і 4 другої групи);
- виконання відповідних цільових заходів (за рахунок надходжень підгрупи 2 другої групи)²¹.

²¹ zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#n876

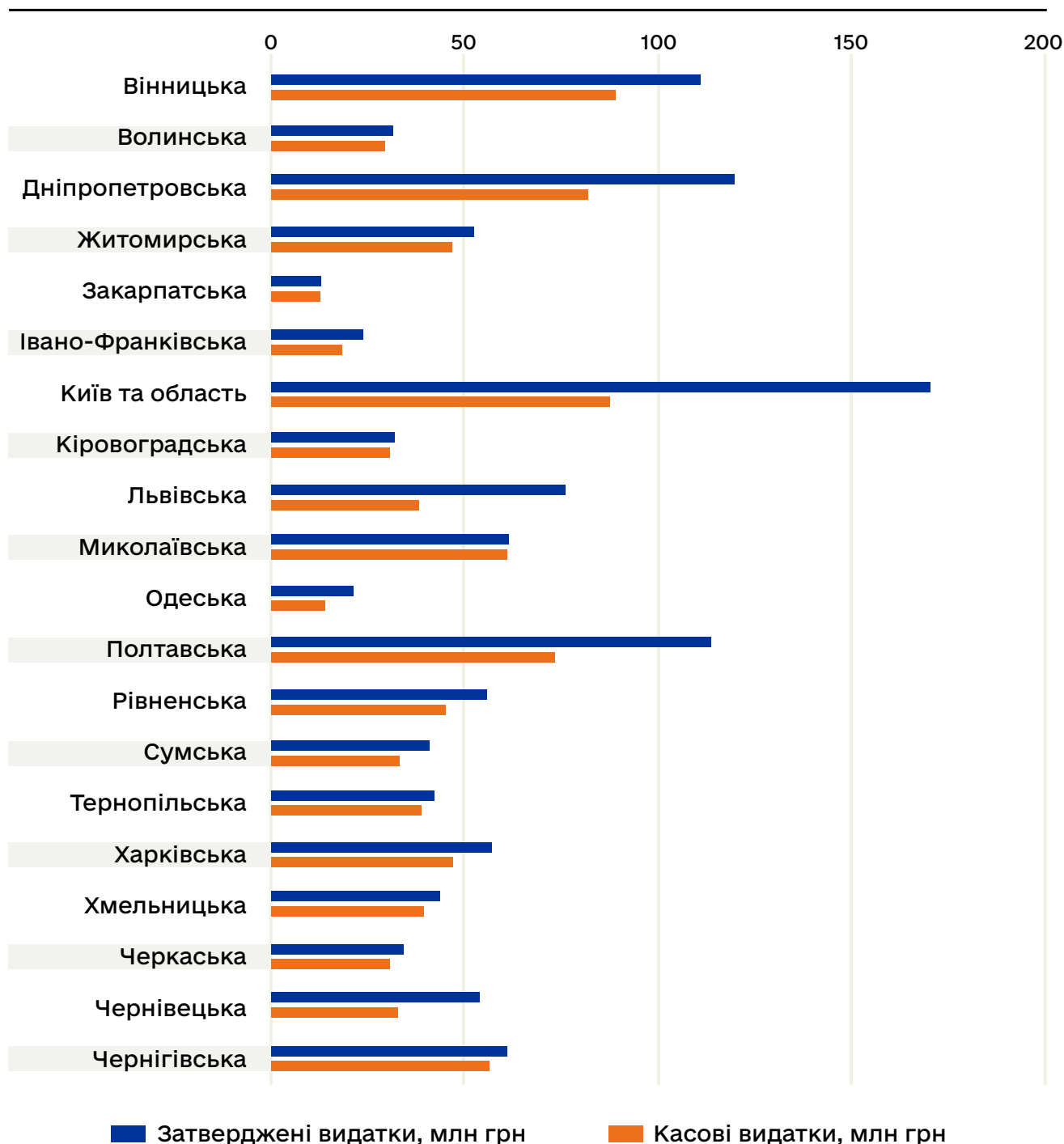
Тобто заклад може витратити кошти на різні категорії потреб лише в тому випадку, якщо він мав надходження за відповідною групою. Крім цього варто враховувати також і те, що насамперед заклади повинні сплатити заборгованості (якщо є), і лише після цього можливий розподіл витрат на решту потреб. Тож розглянемо детальніше витрати інституційних закладів догляду за дорослими, здійснені впродовж 2024 року коштами спеціального фонду.



Діаграма 3.7. Затверджені видатки інституційних закладів догляду за дорослими зі спеціального фонду у 2024 році

Джерело: вебпортал [Spending](#), розрахунки ІАА

Традиційно для бюджетних установ більшу частину становлять поточні видатки. Хоча у Волинській та Одеській областях понад 20% надходжень планували витратити на капітальні видатки. Водночас витрати коштів зі спеціального фонду мають свої особливості, насамперед – витратити можна лише ті гроші, що фактично надійшли за потрібною категорією надходжень. Тож розглянемо затверджені та касові видатки у розрізі областей.

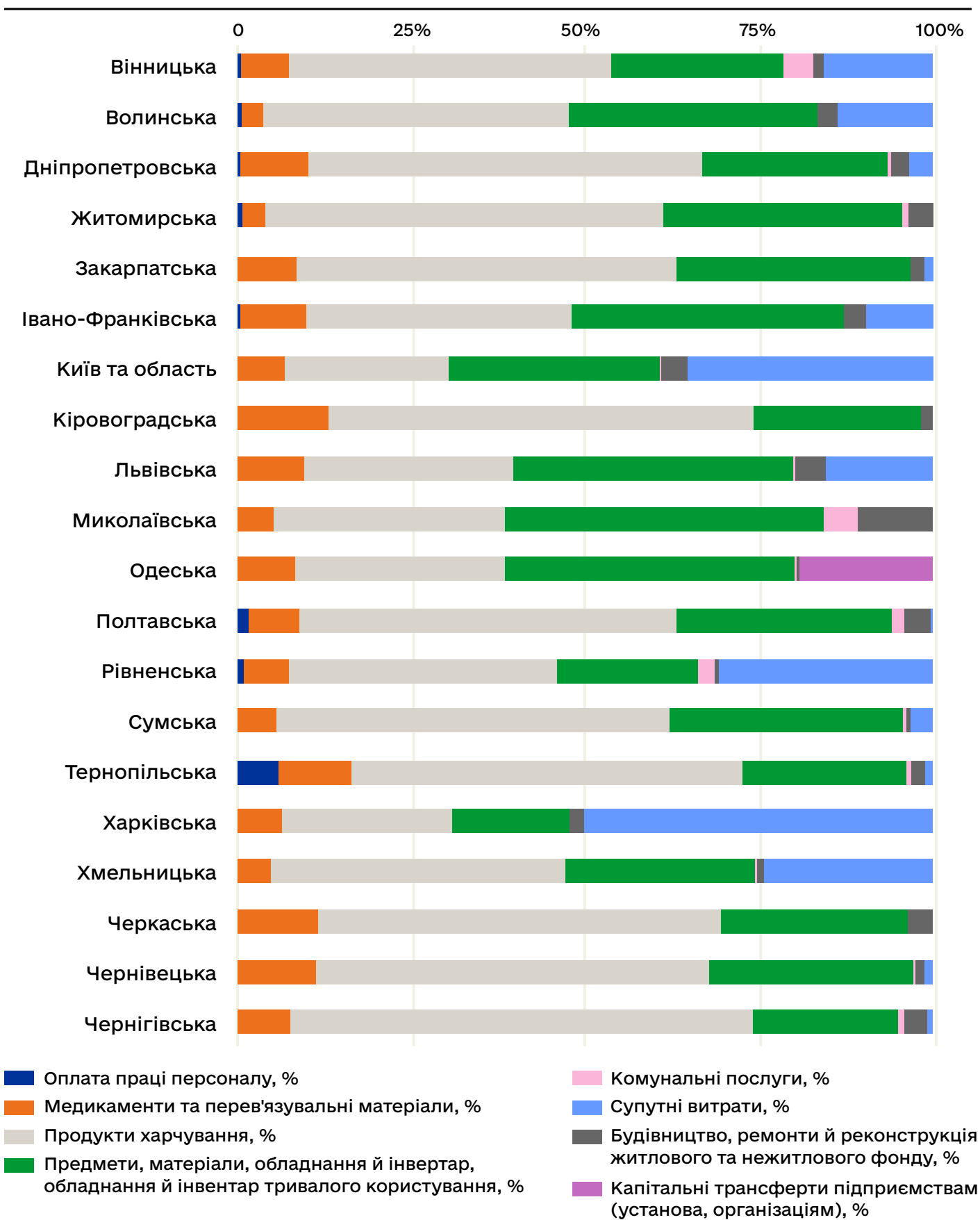


Діаграма 3.8. Затверджені та проведені видатки зі спеціального фонду закладів у 2024 році
Джерело: вебпортал [Spending](#), розрахунки ІАА

В середньому відхилення між затвердженими та проведеними видатками становить 19%, що може свідчити про переоцінені спроможності деяких закладів у залученні власних надходжень або ж недосконалому бюджетному плануванні, що ускладнило витрачання коштів. Водночас заклади в Волинській, Закарпатській, Кіровоградській, Миколаївській та Черкаській областях мають мінімальну різницю між запланованими видатками та проведеними.

Інша особливість витрачання коштів зі спеціального фонду полягає в неможливості доплачувати персоналу на розсуд закладів, а тому видатки на заробітну плату, які становлять велику частку поточних витрат за загальним фондом, у цьому випадку майже не впливають на структуру.





Діаграма 3.9. Структура касових видатків за спеціальним фондом закладів у 2024 році
Джерело: вебпортал [Spending](#), розрахунки IAA

З Діаграми 3.7 бачимо, що найбільшу частку витрат зі спеціального фонду майже в усіх областях становлять продукти харчування та обладнання й інвентар. У Києві та області, а також на Харківщині, Рівненщині та Хмельниччині понад чверть коштів, які витратили зі спеціального фонду, спрямовані на капітальне будівництво, ремонт або реконструкцію закладів. Не виключено, що такий високий відсоток капітальних видатків на Харківщині може бути пов'язаний із необхідністю відновити деякі заклади догляду після руйнувань внаслідок російських атак. З діаграми також видно, що видатки на заробітну плату проводили заклади лише в кількох областях, а їх відсоток не перевищує 6%. Використані дані та розрахунки відображено в групі [Додатків 16](#).

Підсумуємо, що більшість закладів, які оприлюднюють бюджетну звітність, різною мірою працюють над отриманням власних надходжень, які наповнюють частину їх загального бюджету – спеціальний фонд. Майже всі заклади працюють в межах однієї бюджетної програми, однак, у Вінницькій, Рівненській, Хмельницькій та Чернігівській трапляються заклади, що працюють за двома бюджетними програмами.

Суми надходжень та частка кожного із джерел різняться залежно від області та закладу, втім, загальні тенденції вказують на те, що для областей, де установи працюють за всіма напрямками залучення власних ресурсів середня сума доходу є вищою ніж в тих, де ведеться кілька напрямів. У структурі видатків переважають поточні, але на відміну від структури загального фонду, основна частка видатків припадає на продукти харчування та обладнання. Попри це питання отримання та використання закладами власних надходжень потребує окремого вивчення, зокрема в частині формування вартості послуг, розрахунку доходів від оренди та реалізації майна, а також додаткового регулювання питання отримання благодійних внесків та дарунків.

РОЗДІЛ 4.

Кадрове забезпечення інтернатних установ у 2024 році

Як заявлено в оновленій Оцінці потреб України на відновлення та відбудову ([RDNA4](#)), збільшення попиту на соціальні послуги, особливо на невідкладну підтримку та послуги постійного догляду для людей старшого віку та людей з інвалідністю, створило значне навантаження на ОМС, відповідальні за їх надання. Ситуація супроводжується нестачею робочої сили у соціальних службах, яка, за оцінками Мінсоцполітики, становить 33 тис. соціальних працівників.

Затверджені [Наказом Мінсоцполітики від 06.06.2019 №893](#) Методичні рекомендації щодо визначення чисельності працівників інтернатних закладів/установ системи соціального захисту населення містять методологію розрахунків, що необхідні зокрема для складання штатних розписів, і, відповідно, кошторисів. У цьому документі є рекомендовані переліки посад та математичні формули, за якими кількість персоналу встановлюється на основі норм часу, обслуговування та чисельності самих працівників.

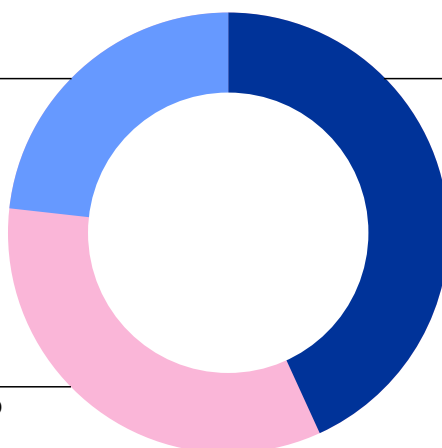
Штатні розписи²² за запитом надали 166 установ (77% від загальної кількості досліджуваних закладів), з яких 93 (43% від загальної кількості досліджуваних закладів) додали інформацію про вакансії²³ станом на початок 2024 та 2025 років. Натомість інші 50 закладів (23%) про свої потреби та забезпечення працівниками не надали жодних даних. Додаткова інформація та аналіз подані в [Додатку 17](#).

²² Тут і далі мова йде про кількість ставок, а не працівників (осіб)

²³ Один заклад надав узагальнену інформацію щодо вакантних посад без уточнення по категоріях, ще шість закладів Запорізької, Харківської та Херсонської областей довелося вилучити з вибірки через те, що їх діяльність призупинена через наближеність до лінії активних бойових дій. Тому сумарно сім закладів було вилучено з вибірки для аналізу.

50 (23%)

Надали інформацію
тільки про штатний
розпис, од.



93 (43%)

Надали інформацію
про штатний розпис
та наявні вакансії, од.

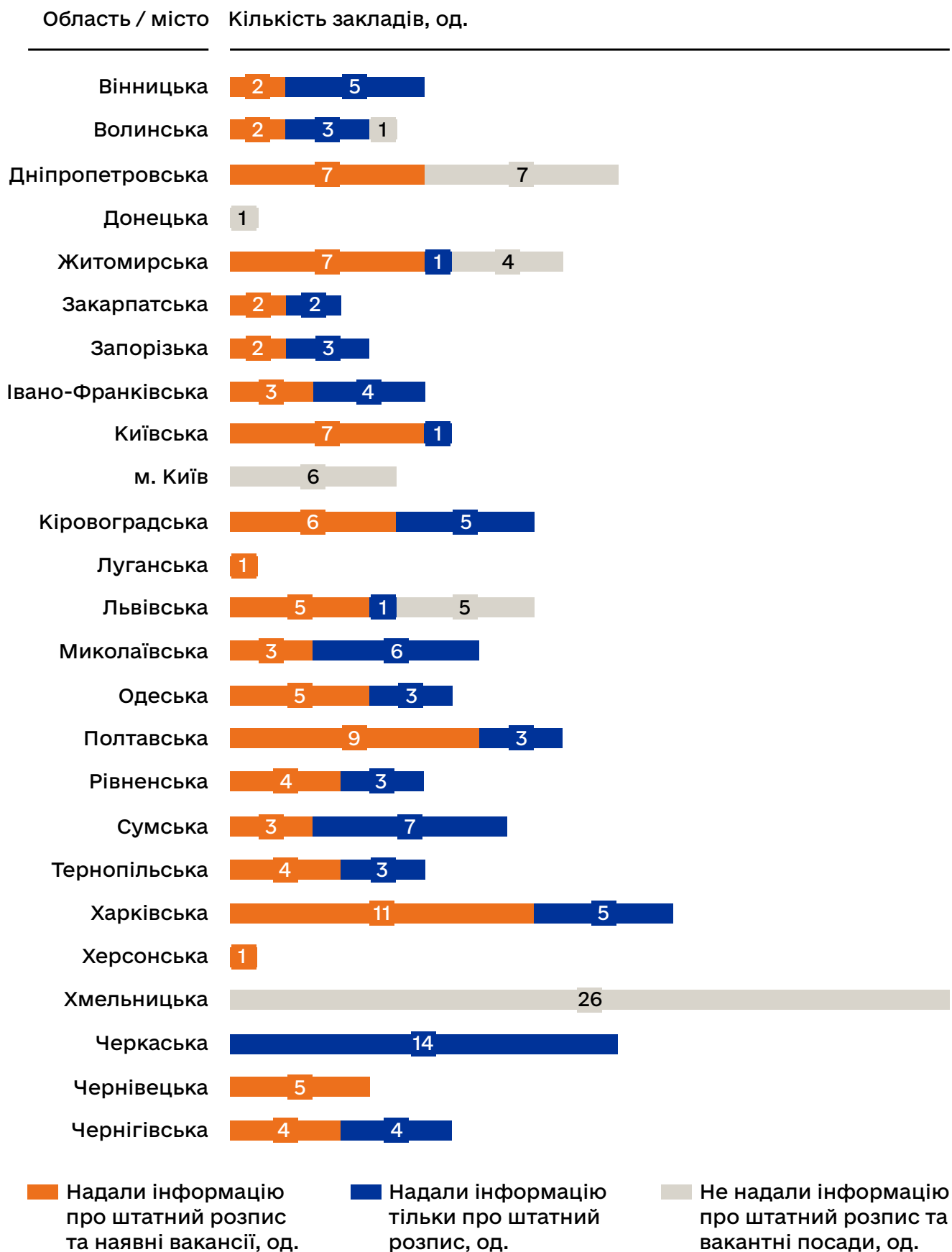
73 (34%)

Не надали інформацію
про штатний розпис та
вакантні посади, од.

Діаграма 4.1. Розподіл інтернатних закладах за наявністю інформації про штатний розпис та вакантні посади на початок 2024 та 2025 років

Найповніша інформація – штатні розписи та перелік вакантних посад – надійшла щодо всіх інтернатних установ трьох областей: Чернівецької, Луганської та Херсонської. Зауважимо, що через активні бойові дії заклади, розташовані у двох останніх, евакуйовано чи релоковано до більш безпечних регіонів. Водночас відомостей про персонал не надійшло стосовно жодного з інтернатів Хмельниччини та міста Києва. Про факт надання інформації щодо штату працівників та вакантних посад у закладах інтернатів у розрізі регіонів можна ознайомитися на Діаграмі 4.2.





Діаграма 4.2. Наявність відомостей про штат та потребу інтернатних закладів у працівниках на початок 2024 та 2025 років у регіональному розрізі

Загалом кадрове забезпечення ми класифікували за такими категоріями:

- керівники, професіонали, фахівці та технічні службовці;
- медичний персонал, зокрема:
 - лікарі;
 - середній медичний персонал;
 - молодший медичний персонал;
- культурні організатори, спеціалісти з трудової терапії, фізичної реабілітації, психологи, бібліотекарі та соцпрацівники;
- працівники кухні;
- господарсько-обслуговуючий персонал;
- працівники гаража;
- працівники підсобного господарства.

Загальний рівень наповненості персоналом інтернатних закладів становив 92,3% у 2024 році, знизившись до 91,3% у 2025. У середньому по Україні найменший відсоток зафіксовано за категоріями професійного лікарського персоналу – 69,5% (2024 рік) та 67,3% (2025 рік) та фахівців, які надають соціальні послуги (культурні організатори, спеціалісти з трудової терапії, фізичної реабілітації, психологи, бібліотекарі та соціальні працівники) – 83,6% (2024 рік) та 76,1% (2025 рік). Тож можемо стверджувати, що існує дефіцит кваліфікованих працівників з відповідною спеціалізацією для надання професійної медичної допомоги та соціальних послуг мешканцям/-кам інтернатних закладів.

З іншого боку, молодший медичний персонал, який зокрема здійснює безпосередній догляд, має високу наповненість у порівнянні з іншими категоріями – 95,6% (2024 рік) та 94,3% (2025 рік), попри тенденцію до скорочення. Детальний розподіл укомплектованості штату за категоріями працівників можна побачити на Діаграмі 4.3.



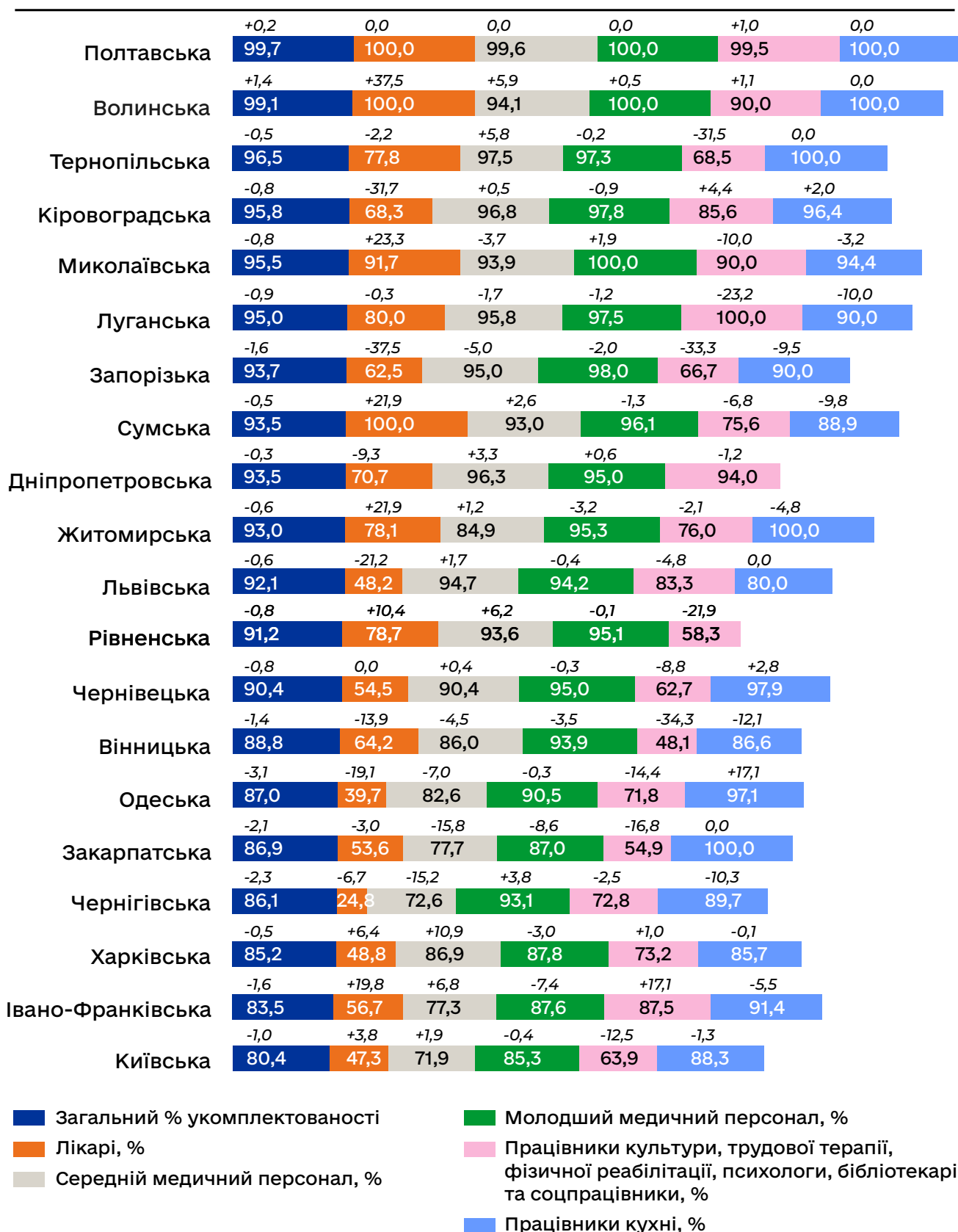


Діаграма 4.3. Загальна укомплектованість штату інтернатних закладів та за категоріями працівників по Україні на початок 2024 та 2025 років

На початок 2024 року у розрізі областей найвищий показник укомплектованості штату мала Полтавська – 99,5%, а найнижчий – Київська область (81,4%). Водночас наповненість лікарського персоналу в Одеській, Київській, Івано-Франківській та Чернігівській областях становила менше половини від необхідної кількості. Варто зазначити, що ці області також мають один з найнижчих показників укомплектованості середнім медичним персоналом, тому припускаємо, що ситуація з наданням медичних послуг у тамтешніх інтернатних закладах може бути критичною. Детальний розподіл загальної наповненості та п'яти виокремлених категорій працівників відображено в [Додатку 17](#).

На початок 2025 року Київщина мала найнижчий по Україні показник укомплектованості штату – 80,4%, що на 1% (22,4 штатні одиниці) нижче, ніж на початок 2024 року. Інші 5 областей мали наповненість лікарського персоналу менше 50% у 2024 році. До їх числа у 2025 додалася Львівська область. Детальніше про це на Діаграмі 4.4.





Діаграма 4.4. Укомплектованість штату інтернатних закладів загалом та за п'ятьма окремими категоріями працівників у розрізі областей на початок 2025 року ²⁴

²⁴ Нижнє значення – показник станом на початок 2025 року. Верхнє значення відображає відсоток відхилення від показника за 2024 рік.

Серед 93 установ, що надали релевантні відомості виокремимо 13, які мали повне кадрове забезпечення на початок 2024 року: 8 з них розташовані у Полтавській, 3 в Житомирській області та по одному на Кіровоградщині та Львівщині ([Додаток 18](#)). Найгіршу ситуацію із забезпеченням працівників помічено в Горностайпільському Бі, що в Київській області: загальна укомплектованість штату тут складає 52,2%, а наявність лікарського персоналу – лише 22,2% від штатного розпису. На Діаграмі 4.5 зображено 10 установ із найнижчим показником загальної укомплектованості кадрами на початок 2024 року.



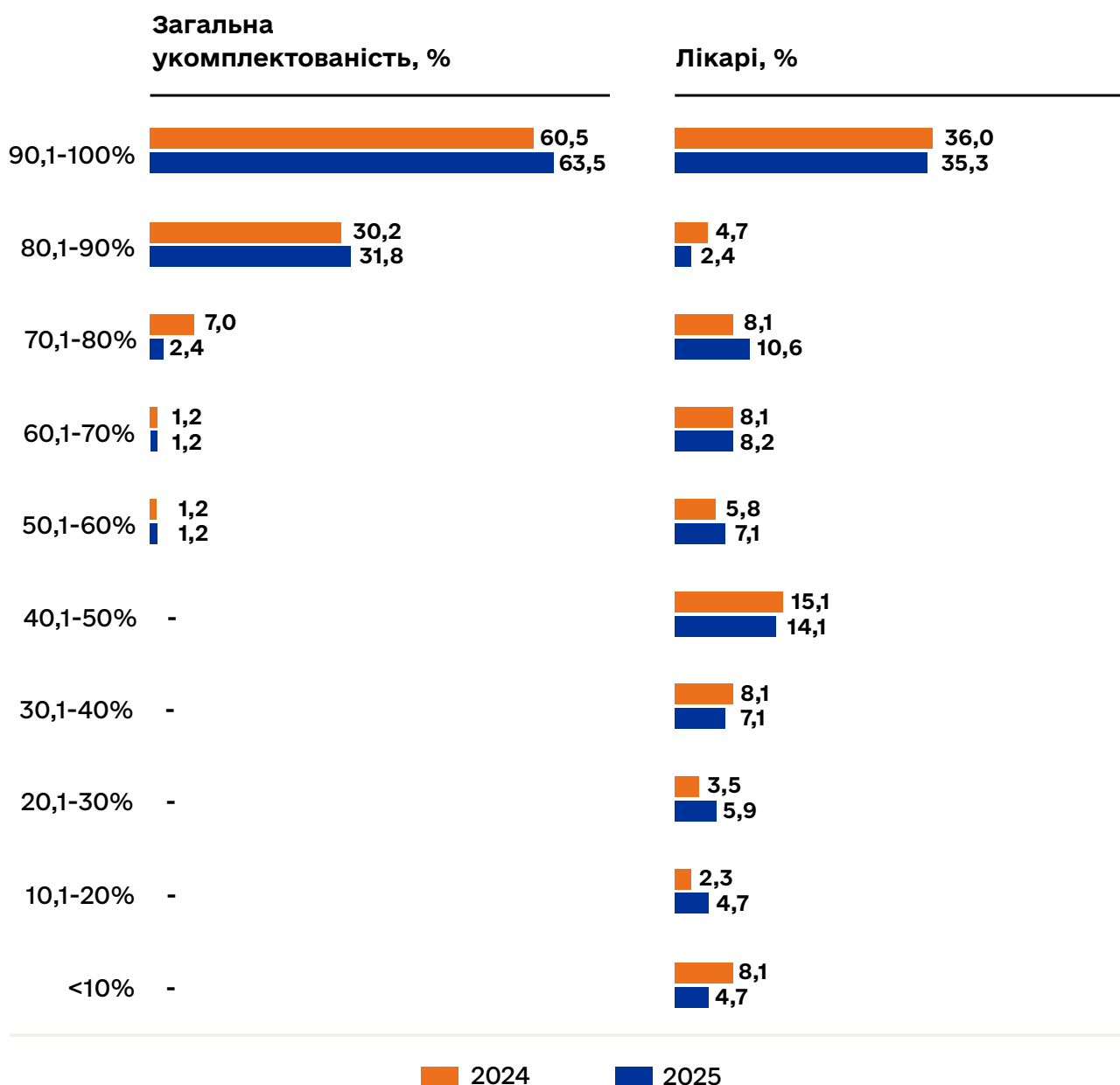
Діаграма 4.5. Рейтинг із 10 інтернатних закладів з найнижчим відсотком укомплектованості штату за категоріями працівників на початок 2024 року

А втім, на початок 2025 року загальна наповненість штату в Горностайпільському БІ виросла на 3,4%, порівняно з 2024 роком – до 55,6%. Однак цей показник залишається найнижчим серед інтернатних закладів по Україні. Загалом усі 10 закладів, відображені на Діаграмі 4.6, у 2025 році укомплектовані лікарським персоналом на 50% і навіть менше.



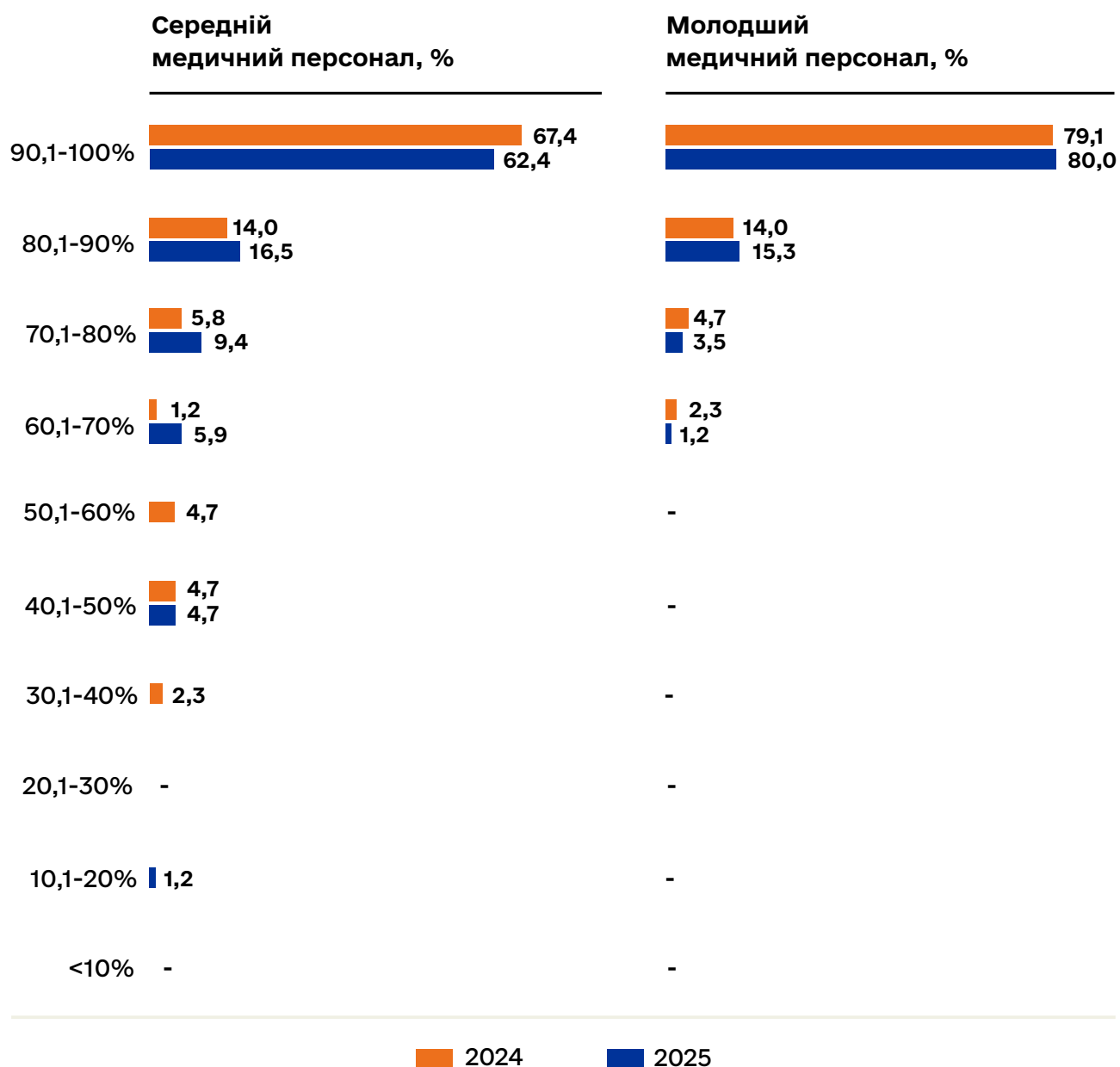
Діаграма 4.6. Десятка інтернатних закладів з найнижчим відсотком укомплектованістю штату по категоріях працівників на початок 2025 року

У 2024 році налічувалося 9,4% закладів та 10,4% у 2025 році, у яких посади лікарів було заміщено менш ніж на 20%. У 2024 році 1/3 закладів, а у 2025 – 26,7% мали лише 20,1–50% лікарів від необхідної кількості. Водночас показник укомплектованості середнім медичним персоналом понад 80% мали 78,9% закладів у 2024 році та 67,4% у 2025 році. Розподіл категорій посад в інтернатних закладах за відсотком їх укомплектованості станом на початок 2024 та 2025 років²⁵ зображено на Діаграмі 4.7.

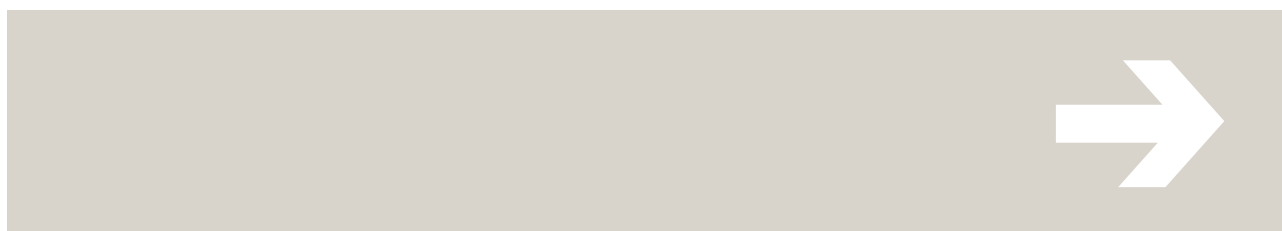


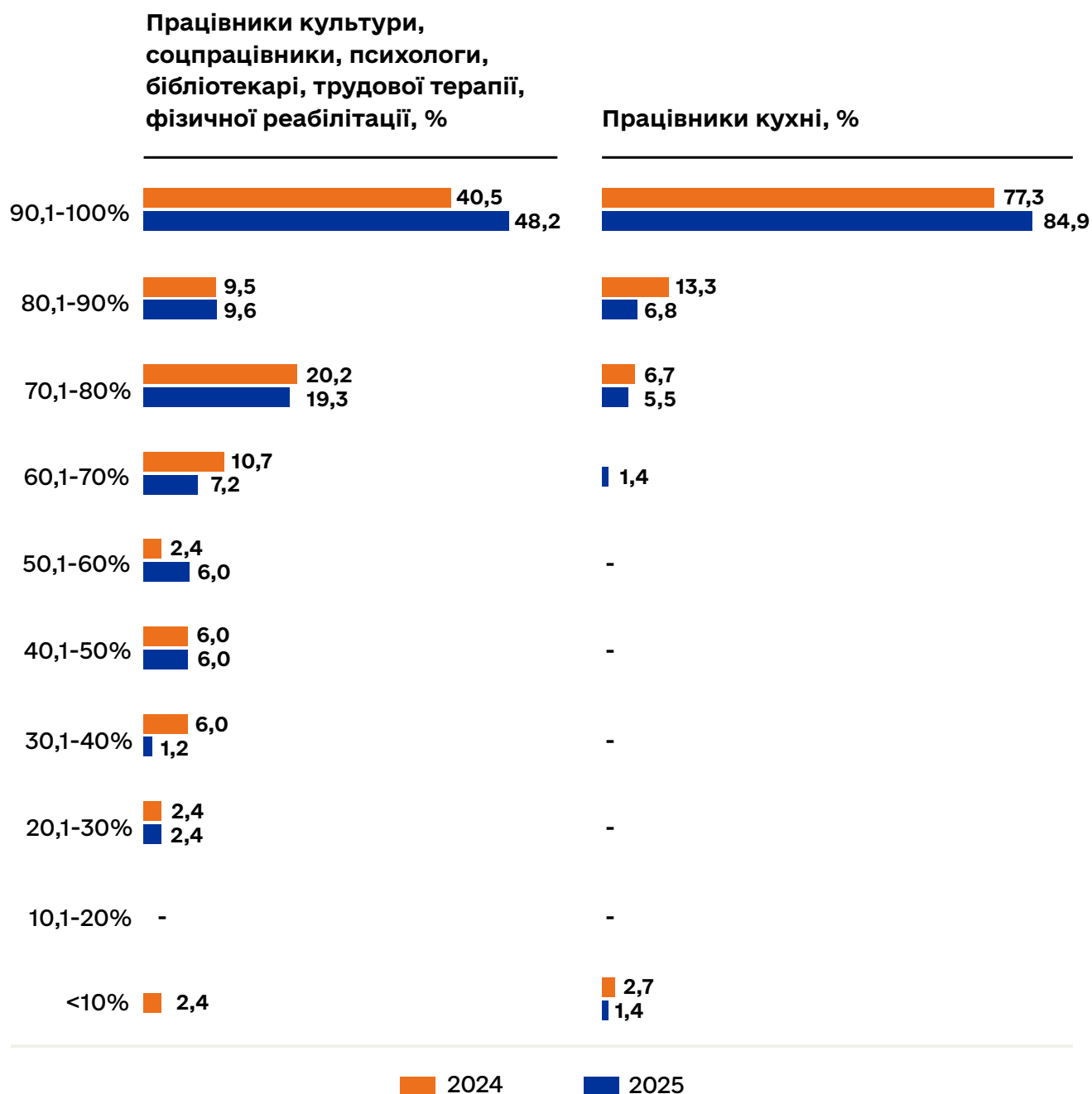
Діаграма 4.7.1 Розподіл укомплектованості категорій посад в інтернатних закладах за відсотковими проміжками на початок 2024 та 2025 років

²⁵ Наприклад, розглядаючи «Загальну укомплектованість» можна побачити, що 63,5% інтернатних закладів у 2024 та 60,5% у 2025 році мали наповненість персоналу у діапазоні 90,1–100% від штатного розпису.



Діаграма 4.7.2 Розподіл укомплектованості категорій посад в інтернатних закладах за відсотковими проміжками на початок 2024 та 2025 років





Діаграма 4.7.3 Розподіл укомплектованості категорій посад в інтернатних закладах за відсотковими проміжками на початок 2024 та 2025 років

Полтавська область має найвищий показник забезпеченості персоналом у закладах – 99,5% у 2024 році, який, хоч і не значно, підвищився у 2025 – до 99,7%. Найнижчий відсоток зайнятих посад за штатними розписами у Київській області – 81,4% у 2024 та 80,4 % у 2025 році.

Найбільш дефіцитними є лікарські спеціальності: частка зайнятих посад становила 69,5% у 2024 році та скоротилася до 67,3% у 2025 році. Також помітно малий відсоток фахівців, які надають соціальні послуги (культурні ор-

ганізатори, спеціалісти з трудової терапії, фізичної реабілітації, психологи, бібліотекарі та соціальні працівники): 83,6% у 2024 році та 76,1% у 2025 році.

Вважаємо за потрібне додати, що на етапі збору інформації із прохань щодо розголосу до нас звернувся керівник одного з інтернатів, який розташований у центральній частині України. На правах збереження анонімності він описав низку проблем, що особливо вплинули на діяльність інтернатів за час широкомасштабної агресії росії.

По-перше, одночасно з переповненістю закладів через евакуацію мешканців/-ок з небезпечних районів існує суттєвий брак персоналу. Значна частина працівників «мігрували» до благодійних організацій, що теж надають соціальні послуги. За його словами, на момент нашої розмови для обслуговування більш як 600 мешканців/-ок, в інтернаті працювало лише 75% персоналу від необхідного за штатним розписом. З огляду на таку непропорційність доволі складно забезпечити належну якість надання соціальних послуг.

По-друге, гостро стоїть питання оплати праці, оскільки мінімальна заробітна плата, яку отримують працівники, не відповідає фактично виконуваним обсягам роботи.

Також керівник акцентував на тому, що обласна рада з 2022 року майже не продовжує контракти з керівниками інтернатів – за цей час із директорами лише 2 установ було укладено трудові угоди на 1 рік. Інші керівники щодва місяці призначаються виконавцями обов'язків, і за таких умов не мають права на відпустку й матеріальну допомогу.

Підсумуємо, що наразі спостерігається загальне скорочення частки заміщених вакансій в інтернатних закладах. Зокрема у 2025 році середнє значення цього показника по Україні знизилося на 1%, порівняно з попереднім періодом, і становило 91,3%. Якщо брати до уваги окремі категорії посад, то найбільш відчутним є дефіцит лікарів. Таке явище притаманне для всіх регіонів, за винятком Полтавської, Миколаївської, Сумської та Волинської областей, де ці посади заміщені на 100%. Водночас із роз'яснень керівника інтернатного закладу одного з центральних регіонів України випливає, що нині в деяких установах особливо критичними є проблеми нестачі працівників і низький, з огляду на обсяги їх роботи, рівень оплати праці. В підсумку інтенсивність описаних факторів, пов'язаних із кадровими питаннями, може негативно впливати на якість обслуговування мешканців/-ок у різних інтернатних установах.

РОЗДІЛ 5.

Прозорість інтернатних закладів

Примітно, що [операційний план заходів](#) з реалізації Стратегії деінституціоналізації містить завдання і заходи, які неможливо виконати без наявності повних актуальних та правдивих даних, зокрема:

- розроблення та затвердження регіональних планів трансформації психоневрологічних інтернатів, будинків-інтернатів для осіб з інвалідністю та осіб старшого віку, молодіжних відділень дитячих будинків-інтернатів (пункт 2.2);
- проведення аналізу ефективності фінансування інтернатних закладів, що фінансуються з обласних бюджетів, з метою напрацювання рекомендацій щодо ефективного та раціонального використання видатків на їх утримання (пункт 6.3);
- проведення комплексного аудиту інтернатних закладів, розроблення інструментів та планів трансформування інтернатних закладів, враховуючи потреби їх персоналу (пункт 16) та інші.

Під час аналізу інституційних закладів ми виявили факти часткового оприлюднення даних та публікацію застарілої інформації. Тому окремий розділ ми присвятили питанню доступу до інформації.

Одразу зазначимо, що в частині **надання запитів на публічну інформацію**, крім департаментів соцзахисту було направлено також запити безпосередньо на кожен інтернат із вибірки. Втім, деякі заклади так і не надали вагому частку даних, що є публічною інформацією у розумінні законодавства України. Зокрема жодних даних щодо стану кадрового забезпечення ми не отримали від 50 закладів (23% від числа досліджених), повні дані по фінансовій звітності й кількості мешканців/-ок надали всього 62 установи (29%), що своєю чергою суттєво вплинуло на повноту аналізу.

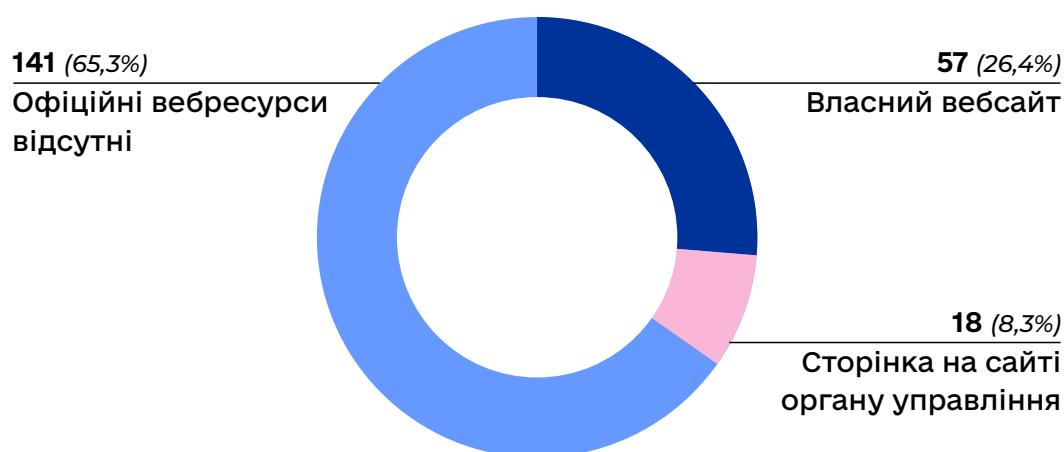
ганізатори, спеціалісти з трудової терапії, фізичної реабілітації, психологи, бібліотекарі та соціальні працівники): 83,6% у 2024 році та 76,1% у 2025 році.

→ Офіційні вебсайти

Специфічною для БІ є вимога щодо обов'язкового ведення власного вебсайту з інформацією про установу, керівництво й соціальні послуги, які надаються в закладі, а також дозвільною документацією, фотографіями приміщень та контактними даними, про що йдеться в [Типовому положенні](#).

Так, у мережі Інтернет нам вдалося знайти вебсайти 18 із 74 БІ. Якщо ж розглядати всі типи інтернатів, то з 216 закладів власний вебсайт мають близько чверті (57), для інших 18 установ створені окремі сторінки на вебсайтах керівних структур регіонального рівня, а ще 141 не мають ні першого, ні другого інформаційного ресурсу.

За нашими спостереженнями більшість вебсайтів не оновлювалися по кілька років, втім, необхідні блоки інформації, перелічені раніше, в повному обсязі представлені на половині вебсайтів, на інших – частково (Діаграма 5.1). Крім того, можливим джерелом актуальної інформації про життя мешканців/-ок та діяльність інтернатів є соціальні мережі, веденням яких займаються у понад 50 установах. Докладно про присутність установ у мережі Інтернет у [Додатку 19](#).



Діаграма 5.1. Наявність у мережі Інтернет вебресурсів, де розміщується інформація про інтернатні установи для повнолітніх

Своєю чергою, ОВА/ОДА та КМВА за [Порядком організації надання соціальних послуг](#) від 26 червня 2019 року на офіційних вебсайтах повинні публікувати та оновлювати щомісяця (до 5 числа наступного за звітним місяця) інформацію про інтернати стосовно:

- потужності кожного закладу – максимальної кількості людей, яку там можуть одночасно приймати та обслуговувати;
- чисельності громадян, які проживають/перебувають в установах;
- наявності вільних місць.

Втім, згідно з [Постановою КМУ № 560 від 07.05.2022](#) через дію воєнного стану оприлюднення цих відомостей призупинено.

➔ Портал відкритих даних

Результати пошуку²⁶ на Порталі відкритих даних²⁷ ([Додаток 20](#)) показали, що всього 30 із 216 інтернатних установ мають обліковий запис. Тільки в 5 з них відображається хоча б один набір даних, що датуються 2019–2021 роками.

➔ Єдиний вебпортал використання публічних коштів

Водночас щодо прозорості в контексті фінансових операцій варто згадати про [Єдиний вебпортал використання публічних коштів](#)²⁸ (далі – вебпортал Spending). Ми перевірили наявність деяких елементів звітності за період 2024 року на вебпорталі:

- укладені договори;
- платіжні трансакції;
- звіти про надходження та використання коштів загального фонду (форма № 2);
- звіти про надходження і використання коштів, отриманих як плата за послуги (форма № 4-1);

26 Пошук здійснювався за такими запитами: «психоневрологічний», «геріатричний», «пансіонат», «інтернат», «ПНІ», «БІ»; а також за ЄДРПОУ інтернатних закладів.

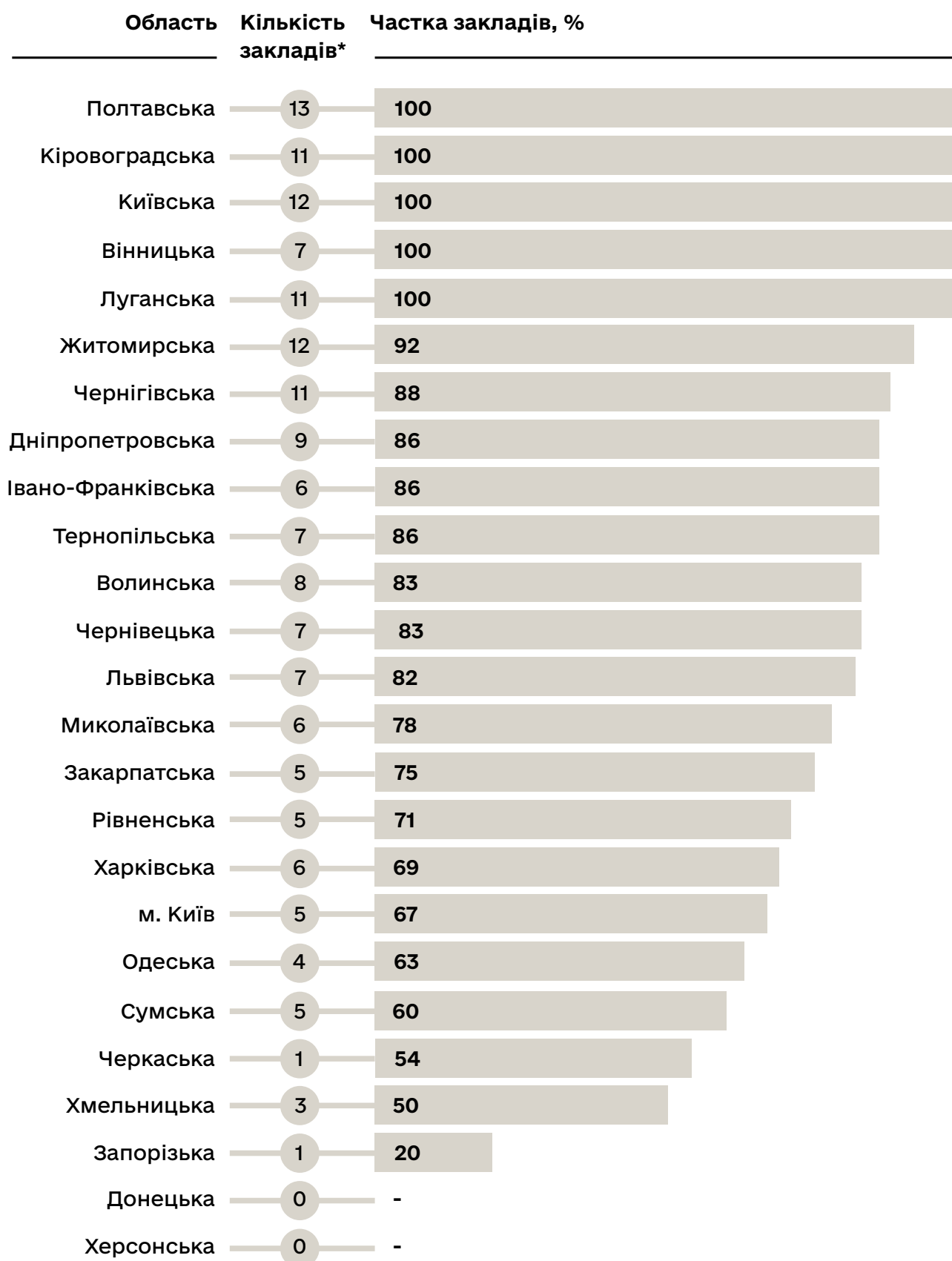
27 Перелік наборів даних, що підлягають оприлюдненню у формі відкритих даних, вимоги до їх формату і структури та періодичність їх оновлення закріплені [Постановою КМУ від 21.10.2015 № 835](#).

28 Вебпортал діє на виконання [Закону України «Про використання публічних коштів»](#).

- звіти про надходження і використання коштів, отриманих за іншими джерелами власних надходжень (форма № 4-2);
- звіти про надходження і використання інших надходжень спеціального фонду (форма № 4-3);
- звіти про заборгованість за бюджетними коштами (форма № 7).

За результатами аналізу ми встановили, що всі досліджувані інтернати, крім КНП «ПНІ «Острів надії» на Одещині, зареєстровані та мають електронний кабінет на вебпорталі Spending. Якщо оприлюднення трансакцій протягом 2024 рік забезпечили 215 закладів, то договори про закупівлі відображаються за 75% інтернатів. Детальну інформацію про наявність таких на вебпорталі Spending у розрізі областей подано на Діаграмі 5.2.

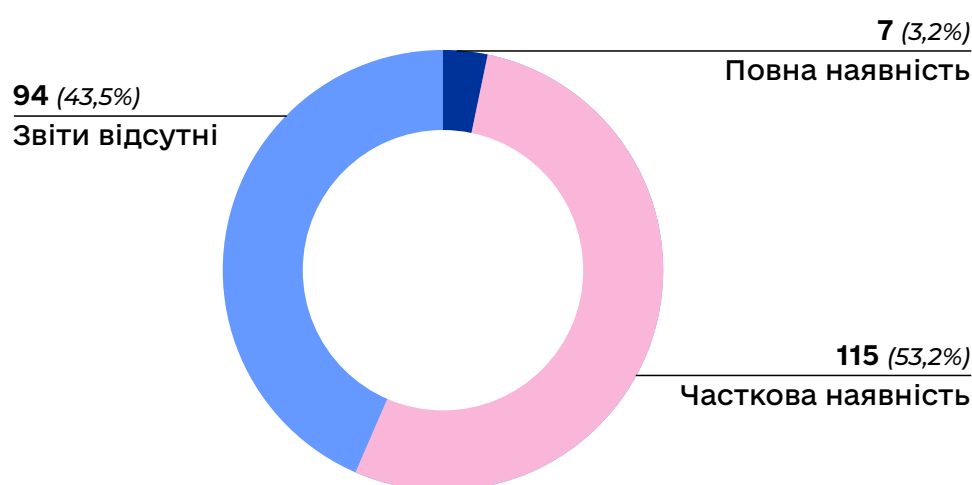




* що мають один і більше договорів за 2024 рік, од.

Діаграма 5.2. Частка інтернатних закладів по областях, що мають хоча б один договір про закупівлю за 2024 рік в електронному кабінеті на вебпорталі Spending

Щодо звітів про надходження та використання коштів, то повну їх наявність на вебпорталі Spending станом на 1 квітня 2025 року забезпечили лише 7 із 216 аналізованих інтернатів: 4 – на Полтавщині та по одному в Рівненській, Чернівецькій і Волинській областях. Понад половина закладів оприлюднили свою звітність частково – не за всі квартали або не всі обумовлені законодавством форми, тоді як близько 44% закладів не оприлюднили жодного звіту впродовж 2024 року. Принагідно додамо, що в процесі аналізу фінансової звітності закладів було виявлено численні помилки, зокрема формах №№ 4-1, 4-2, 4-3, що ускладнило повноцінну та об'єктивну оцінку фінансових показників їх діяльності.



Діаграма 5.3. Розподіл інтернатних закладів за наявністю звітів про надходження та використання коштів (форм №№ 2, 4-1, 4-2, 4-3, 7) за 2024 рік на вебпорталі Spending

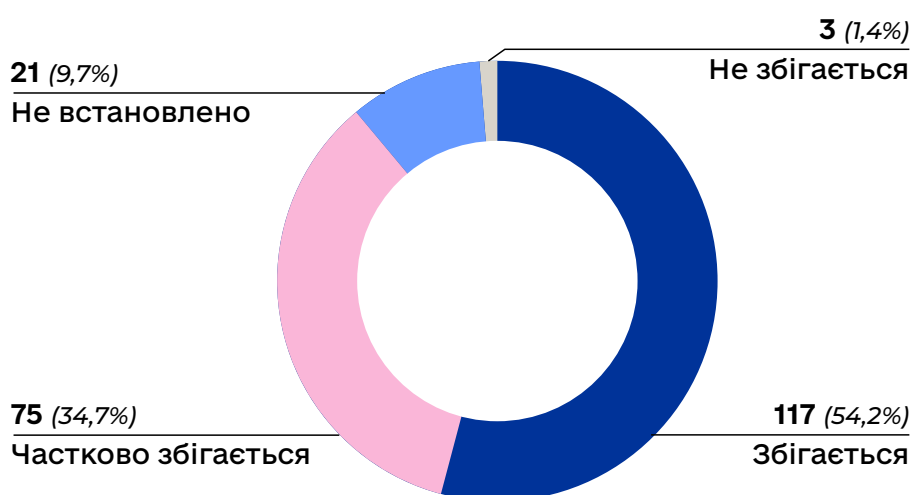
Нашу увагу також привернуло те, що серед 214 закладів, що мають електронний кабінет на вебпорталі Spending, ідентифікували себе як комунальні організації 182 суб'єкти. Інші 22 зареєстровані як комунальне підприємство, 4 – як державна організація (установа, заклад). По одному інтернату припадає на такі форми: «Колективне підприємство», «Орган місцевого самоврядування», «Орган державної влади», «Державне підприємство», «Інші організаційно-правові форми». Повну інформацію можна переглянути в [Додатку 21](#).

→ Інші сервіси

Серед електронних сервісів, що забезпечують облік інформації про надавачів соціальних послуг, згадаємо Реєстр надавачів та отримувачів соціальних

послуг²⁹. Інформація з Реєстру надавачів та отримувачів соціальних послуг доступна до ознайомлення в форматі [дашборда](#), а також подана на [Соціальному порталі](#) Мінсоцполітики³⁰.

Аналіз Соціального порталу показав, що база даних, на якій він побудований, не повна і, ймовірно, застаріла. Наприклад, у блоці «Послуги» немає близько половини переліку соціальних послуг, що закріплені в чинному законодавстві. Блок «Дані про надавачів соціальних послуг», своєю чергою, не містить відомостей, наприклад, про Коломийський, Чернігівський геріатричні пансіонати та КНП «ПНІ Острів надії». Така фрагментарність даних становила проблему зокрема під час визначення фактичного переліку надаваних закладами соціальних послуг. Тож ми порівняли відомості, отримані за запитами, та відображені на Соціальному порталі, щоб відобразити вагомість розбіжності між ними (Діаграма 5.4).



Діаграма 5.4. Відсоток збігу переліків соціальних послуг, отриманих на запити до департаментів соціального захисту в регіонах із зібраними відомостями про інтернатні заклади на Соціальному порталі

²⁹ Реєстр діє відповідно до [Постанови КМУ від 27.01.2021 № 99](#).

³⁰ Складова загальної підсистеми Єдиної інформаційної системи соціальної сфери, що впроваджується в Україні з 2021 року відповідно до [Постанови КМУ від 14.04.2021 № 404](#).

Отож аналіз вебресурсів, а також відповідей на запити, показав, що доступ до інформації про інтернатні заклади доволі обмежений, а наявні дані частково, неактуальні або взагалі суперечать одне одному. Це стосується зокрема ключових державних платформ відкритих даних – Портал відкритих даних, вебпорталу Spending, Соціальний портал Мінсоцполітики, а також офіційних сайтів БІ.

Під час дослідження вебпорталу Spending, крім відсутності вагової частки звітів, ми виявили й численні помилки. Це спотворює загальну картину фінансування та ускладнює проведення аналізу й виробленню пропозицій щодо оптимізації видатків на їх утримання. Загалом же низька якість та несистемність оприлюднення інформації інтернатними закладами перешкоджає не тільки громадському контролю їх діяльності, а й виконанню заходів операційного плану з реалізації Стратегії деінституціоналізації.

ВИСНОВКИ

Дослідження функціонування 216 інтернатних установ в Україні (із загалом 259) показало, що інституційна система, окрім своєї цілковитої невідповідності правозахисним підходом до прав людей з інвалідністю та людей старшого віку, містить значні проблеми у прозорості та ефективності свого функціонування, що негативно відображається на якості надання послуг та ситуації інституціоналізованих людей.

Коренем частини виявлених проблем є **недосконале нормативне регулювання**. Так, чинна нормативно-правова база функціонування інтернатів доволі фрагментарна й побудована переважно на радянських підходах, що фокусуються на підтримці системи, а не на правах людини. Застарілі нормативи щодо житлових приміщень, забезпечення харчуванням, медикаментами, одягом та інвентарем, а також державні стандарти соціальних послуг не відповідають сучасному уявленню про якість життя. До того ж станом на початок 2025 року фактично існують державні стандарти для 29 із 39 послуг із Класифікатора соціальних послуг. Зокрема недосконалість цих нормативних рамок створює високий ризик порушення прав мешканців/-ок та ігнорування їхніх індивідуальних потреб.

Зі свого боку, положення про інтернатні установи продовжують закріплювати інституційні форми догляду як домінуючі, замість розвитку форм підтримки, що уможливають життя в громаді. Вони регламентують лише базові аспекти, із фокусом переважно на організації утримання, бюрократичних процедурах (документообіг, адміністративна підпорядкованість), а не на забезпеченні якості послуг та дотриманні прав мешканців/-ок. **Типові положення про інтернати не враховують:**

-
- внутрішній моніторинг якості послуг;
 - права мешканців/-ок на приватність, свободу пересування тощо;
 - участь у прийнятті рішень щодо свого життя;
 - зовнішній контроль та механізми надання скарг;
 - критерії оцінки ефективності установ.
-

Суттєвий ризик недотримання прав мешканців/-ок посилюється через **зупинку механізму оцінки якості надання послуг** через зміни в законодавстві,

спричинені дією воєнного стану. Наразі основним інструментом діагностики внутрішнього середовища установ виступають візити робочих груп національного превентивного механізму, які фіксують у своїх звітах серед усього й порушення прав мешканців/-ок. Висновки й рекомендації за результатами роботи НПМ оприлюднюються на [вебсайті](#) Уповноваженого ВРУ з прав людини. Аналіз деяких звітів свідчить, що **якість соціальних послуг нижча за базовий рівень**, обумовлений державними нормами і стандартами. Можливість впливу самих мешканців/-ок інституційних закладів на якість послуг досить обмежена. Це зумовлено відсутністю ефективних інструментів для подання скарг і звернень, інформування людей в інституціях про їхні права і способи їх захисту, а також можливому тиску з боку адміністрації й персоналу закладу у відповідь на скаргу/звернення щодо якості послуг.

Евакуація мешканців/-ок до відносно більш безпечних регіонів України спричиняє перевищення планової місткості окремих інтернатів та надмірну завантаженість персоналу в деяких регіонах, що спричиняє деградацію послуг і збільшення ймовірності порушення прав мешканців/-ок. Роз'яснення керівника інтернатного закладу одного з центральних регіонів України вказують також на суттєву **нестачу працівників і непропорційно низький рівень оплати їх праці**. Примітно, що учасниками груп НПМ виявлено зокрема факти **експлуатації праці отримувачів/-ок соціальних послуг і нехтуванні їх правом на гідне життя**.

Загальний аналіз інтернатних закладів показав тенденцію до **нестачі працівників**: на початок 2024 року середня наповненість штату по Україні становила 92,3% та знизилася до 91,3% у 2025. Таке явище спостерігається у всіх областях, окрім Волинської та Полтавської областей. Остання має найкращу укомплектованість штатного розпису – 99,5% на початок 2024 року, яка зростає до 99,7% у 2025 році. Найнижчим цей показник є у Київській області – 81,4% на початок 2024 року, що знизився до 80,4% у 2025 році.

Найбільш відчутна **потреба в лікарському персоналі**: якщо на початок 2024 року укомплектованість становила 69,5% від заявлених у штатному розписі посад, то в 2025 році її рівень впав до 67,3%. Значно бракує також спеціалістів, що надають соціальні послуги (культурні організатори, фахівці з трудової терапії, фізичної реабілітації, психологи, бібліотекарі та соціальні працівники): від 83,6% у 2024 році укомплектованість посад впала до 76,1% у 2025 році.

Під час дослідження виявлено й **відсутність єдиного підходу до встановлення тарифів та вартості послуг**, що може провокувати корупційні ризики й ускладнювати прогнозування фінансових потреб установ. Всупереч вимогам законодавства для інтернатних закладів у 9 областях та місті Києві тарифи на 2024 рік не затверджувалися, а вартість послуг ґрунтувалася на

оцінці потреб їх отримувачів/-ок. Те саме стосується й частини інтернатів у ще 4 регіонах. Водночас у решті областей, де тарифікація послуг стаціонарного й паліативного догляду відбувалася, способи розрахунку цього значення відрізняються.

Найвищий у 2024 році місячний тариф на послугу стаціонарного догляду діяв у Запорізькій області – 18852,09 грн, найнижчий на Тернопільщині – в середньому 8541,3 грн/місяць. Натомість питомі витрати на одну людину, за нашими розрахунками, були найбільшими в Полтавській області – 22791,91 грн/місяць, а найнижчі в Черкаській – 15074,72 грн. Існує обернена залежність обсягу витрат від чисельності мешканців/-ок: чим більше людей проживає в закладі, тим нижчі питомі витрати. Зафіксовано також перевищення планової кількості ліжко-місць в деяких установах: найбільш вагомі в Антопільському ПНІ на Вінниччині (на 28%) та Звенигородському БІ Чернігівської області (на 11% від плану).

У більшості областей фактичні касові видатки за загальним фондом наближалися до обсягів затвердженого фінансування, що свідчить про досить точне планування й високу виконавчу дисципліну. Своєю чергою, витрати на утримання закладів переважають над витратами на забезпечення потреб мешканців/-ок: понад 85% проти 3–28%, залежно від регіону (найменше в Сумській області, найбільше в Рівненській). Оплата праці – основна стаття витрат у всіх областях України – від 54% у Рівненській області до 79% в Івано-Франківській області. Комунальні послуги – від 11% Львівській області до 22% у Харківській. У частині витрат на продукти харчування виявлено значні диспропорції у розрізі регіонів (від 3% у Сумській, Тернопільській та Чернівецькій до 24% на Рівненщині). Це може свідчити про різні підходи до організації закупівель продуктів харчування, компенсування коштами спецфонду чи наявності підсобного господарства, що частково забезпечують мешканців/-ок продовольством. Витрати на медикаменти, будівництво, ремонт, інші виплати населенню є мінімальними або взагалі відсутніми.

Більшість закладів, які оприлюднюють бюджетну звітність різною мірою працюють над отриманням власних надходжень, які наповнюють їх спеціальний фонд. Різниця між затвердженими та касовими видатками в його межах різниться залежно від області, втім, подекуди досягає 19%, що може свідчити про проблеми у плануванні надходжень або складнощі у процесі забезпечення потреб закладу. Найбільше коштів установи отримують в межах підгрупи «Від підприємств, організацій, фізичних осіб та від інших бюджетних установ для виконання цільових заходів, ...» та від благодійних внесків, дарунків чи грантів.

У структурі видатків зі спеціального фонду переважають поточні, але на відміну від структури загального фонду, основна частка видатків припадає на

продукти харчування та обладнання. Видатки на оплату праці персоналу коштом спецфонду проводять заклади в кількох областях, а їх відсоток не перевищує 6%. Водночас Харківська, Рівненська та Хмельницька області понад 20% коштів спецфонду витрачають на будівництво, ремонт та реконструкцію закладів. Загалом питання отримання та використання закладами власних надходжень потребує окремого вивчення, зокрема в частині формування вартості послуг, розрахунку доходів від оренди та реалізації майна, а також додаткового регулювання питання отримання благодійних внесків та дарунків.

Водночас у процесі збору та аналізу даних ми виявили з боку інтернатів суттєві **порушення вимог законодавства в частині прозорості та відкритості.** Наприклад, усього 18 із 74 БІ мають власні вебсайти, попри вимогу в Типовому положенні щодо їх наявності. Лише 30 із 216 інтернатних установ мають обліковий запис на Порталі відкритих даних – здебільшого без наборів даних. Додамо, що значні розбіжності було помічено також між переліками послуг, наданих за запитами, та інформацією з Соціального вебпорталу електронних послуг Мінсоцполітики, що завадило з'ясуванню чіткої структури соціальних послуг, доступних в інтернатах. На відміну від ОМС, департаментів соціального захисту ОВА/ОДА та КМВА, **деякі заклади або проігнорували наші запити на публічну інформацію, або відмовилися давати відповідь.** Протягом 2024 року лише 3% закладів у повному обсязі оприлюднили звіти про надходження та використання коштів на вебпорталі Spending, частково – 53%, а інші 44% інтернатів не опублікували жодного, що свідчить про недостатній рівень прозорості та уможливорює додаткові ризики зловживань і корупції. Загалом **неузгодженість, застарілість та фрагментарність відомостей** щодо інтернатних закладів заважає виконанню [операційного плану заходів](#) з реалізації Стратегії деінституціоналізації.

Отже, виявлені під час дослідження дефіцити, порушення та диспропорції свідчать про невідповідність системи інституційного догляду сучасним підходам, які базуються на рівних правах, безбар'єрності та недискримінації. Це ще раз підтверджує потребу в реалізації [Стратегії деінституціоналізації](#) догляду за повнолітніми громадянами старшого віку та людьми з інвалідністю.

ПРОПОЗИЦІЇ

Підсумовуючи, хочемо ще раз підкреслити, що висновки та зауваження в межах цього дослідження направлені виключно на актуалізацію деінституціоналізації, підкріплюючи аргумент щодо непрозорості фінансування інституційної системи та її нездатності забезпечити належний рівень послуг і підтримки для людей з інвалідністю. Рекомендації та пропозиції, сформульовані за підсумками дослідження, спрямовані лише на покращення становища людей, які проживають в інституціях та вимушено залишатимуться там до повного розгортання процесів та заходів деінституціоналізації. Жодні з наведених висновків та пропозицій не можуть та не мають використовуватися в якості аргументації реформування інституційної системи зі збереженням її ізоляційної та сегрегаційної суті, і тим паче, виправдання збільшення обсягів фінансування інституційної системи в Україні.

Так, результати цього дослідження дають достатнє підґрунтя для формулювання пропозицій, що можуть сприяти реалізації Стратегії деінституціоналізації інтернатних установ України.

→ Пропозиція 1.

Запровадити електронний інструмент для розрахунку вартості соціальних послуг.

Суть. Створити державну електронну систему (калькулятор) для обчислення вартості соціальних послуг для внутрішнього використання надавачами соціальних послуг. Інструмент має ґрунтуватися на уніфікованій методиці формування тарифів (яку розробляє та затверджує Мінсоцполітики), охоплювати повний перелік складників вартості (зарплата, енергоносії, продукти, медикаменти, амортизація тощо) і реалізовувати відповідні математичні формули. Такий онлайн-сервіс дозволить:

- автоматизувати розрахунок вартості та тарифів у закладах;
- усунути суб'єктивізм і зменшити ризики маніпуляцій під час формування тарифів;
- забезпечити можливість контролю та порівняння вартості послуг у розрізі регіонів;
- створити підґрунтя для подальшого запровадження фінансування за послугу.

Ефект: уніфіковані та обґрунтовані тарифи на соціальні послуги; підвищення прозорості у фінансовому плануванні, посилення підзвітності; створення бази для переходу до нової моделі фінансування соціальних послуг «гроші ходять за людиною».

Адресати:

- Міністерство соціальної політики (розробка методики і калькулятора);
- Міністерство цифрової трансформації (технічна реалізація);
- ОВА/ОДА, КМВА та надавачі соціальних послуг (впровадження на місцях).

➔ **Пропозиція 2.**

Відновити та забезпечити належне функціонування механізму контролю за якістю надання соціальних послуг.

Суть. Воєнний стан фактично заблокував державні механізми оцінювання якості соціальних послуг, що посилює ризики порушень прав мешканців/-ок і позбавляє державу інструментів системного контролю та моніторингу прав людини в інтернатних закладах. Водночас результати візитів робочих груп національного превентивного механізму до інтернатів демонструють поширеність недотримання мінімальних норм і стандартів. Тому доцільно:

- ухвалити зміни до [Постанови КМУ від 01.06.2020 № 449](#) для розблокування процедури оцінки якості;
- розробити тимчасовий порядок незалежної зовнішньої оцінки якості на період дії воєнного стану.

Ефект: чітке розуміння поточної ситуації, що сприятиме оперативному реагуванню (в ідеалі – попередженню) на порушення прав мешканців/-ок інтернатів; підвищення якості надання соціальних послуг та дотримання стандартів; зниження корупційних ризиків усередині інституційної системи.

Адресати:

- Кабінет Міністрів України;
- Міністерство соціальної політики;

- відділи соціального захисту органів місцевого самоврядування м. Києва та областей.
-

→ **Пропозиція 3.**

Підвищити рівень прозорості діяльності інтернатних установ.

Суть. Всупереч вимогам законодавства інституційні заклади досі залишаються закритими для громадськості. Це унеможлиблює громадський контроль, погіршує якість управлінських рішень і гальмує реалізацію заходів із деінституціоналізації. Тому виникає необхідність:

- удосконалити чинне законодавство в частині обов'язкового оприлюднення інформації інституціями з метою забезпечення прозорості їх діяльності, зокрема в частині переліку та вартості послуг, що надаються, детальної інформації про надходження та використання коштів спецфонду, кількості працівників;
- встановити чіткі канали оприлюднення такої інформації: офіційні вебсайти закладів (або органів управління), Портал відкритих даних, вебпортал Spending, Соціальний портал Мінсоцполітики;
- передбачити відповідальність керівників за неоприлюднення відомостей.

Ефект: наявність доступних, надійних, узгоджених і актуальних даних для ухвалення рішень в напрямі деінституціоналізації; зниження корупційних ризиків у межах чинної системи надання соціальних послуг та підвищення контролю з боку громадськості й держави.

Адресати:

- Міністерство соціальної політики (розробка нормативної бази);
 - органи місцевого самоврядування та ОВА/ОДА, КМВА (впровадження та моніторинг виконання на місцях).
-

→ **Пропозиція 4.**

Оновити державні стандарти соціальних послуг, відповідно до сучасних підходів до якості життя та прав людини.

Суть. Станом на початок 2025 року фактично існують державні стандарти для 29 із 39 послуг із Класифікатора соціальних послуг, причому деякі з

них оновлювалися востаннє у 2015 році. До того ж вони побудовані за уніфікованим, а не індивідуалізованим підходом, що обмежує можливість адаптації послуг до реальних потреб людини. З огляду на фокус реформи деінституціоналізації на якості життя та альтернативних формах догляду, доцільно:

- провести аудит чинних державних стандартів соціальних послуг;
- розробити або оновити стандарти з урахуванням сучасних міжнародних підходів, фокусуючись на якості, повазі до прав людини та індивідуальних потребах отримувачів/-ок;
- забезпечити гнучкість стандартів шляхом встановлення обов'язкових базових компонентів і змінних елементів, які можуть варіюватися залежно від контексту надання послуги;
- передбачити обов'язковість застосування оновлених стандартів усіма надавачами соціальних послуг;
- затвердити оновлені стандарти наказом Мінсоцполітики з урахуванням положень Стратегії деінституціоналізації.

Ефект: підвищення підзвітності та можливості ефективного контролю якості соціальних послуг; гарантія якісного обслуговування отримувачів/-ок соціальних послуг на всіх рівнях – від місцевого до державного; створення умов для розвитку в громадах альтернатив інституційній системі.

Адресати:

- Міністерство соціальної політики України (розробка, затвердження оновлених стандартів);
 - Національна соціальна сервісна служба України (моніторинг впровадження, методичний супровід);
 - органи місцевого самоврядування м. Києва та областей (застосування стандартів на місцевому рівні, забезпечення послуг у громадах);
 - Уповноважений ВРУ з прав людини (контроль дотримання прав людини в межах надання послуг).
-

→ **Пропозиція 5.**

Впровадити механізми залучення фахівців із громад до надання послуг.

Суть. Запровадити модель залучення фахівців соціальної, медичної, психологічної та культурної сфер із громад до надання послуг у стаціонарних установах на конкурентних умовах оплати праці та преміювання, а також інших заохочувальних компонентах, наприклад: привабливі соціальні пакети з медичним страхуванням, путівки в оздоровчі заклади, пільгові умови на отримання житла.

Особливий акцент – на залученні фахівців, які можуть не лише задовольнити базові потреби мешканців, а й працювати над розвитком їхніх навичок для майбутнього переходу до життя у громаді:

- фахівці із фізичної та психологічної реабілітації;
- спеціалісти з розвитку навичок незалежного життя;
- трудотерапевти, культурні організатори;
- соціальні працівники.

Ефект:

- покриття критичних кадрових дефіцитів і забезпечення термінової потреби в підтримці людей в інституціях;
- поступова підготовка їх до самостійного життя через роботу з відповідними фахівцями;
- формування кадрового резерву для системи послуг у громаді, що забезпечить м'який перехід від інституцій до альтернативних форм підтримки;
- зниження ізоляції людей в інтернатах і поступове налагодження їхніх зв'язків із громадою;
- залучення місцевих ресурсів – медичних, соціальних, культурних – для побудови нової системи підтримки.

Адресати:

- Міністерство соціальної політики України (ініціатор розробки механізмів залучення, погодження кадрової політики);

- Міністерство охорони здоров'я України (забезпечення доступу до медичних послуг через центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги);
 - обласні та місцеві органи влади (організація співпраці, фінансування, контроль);
 - керівники інтернатних установ (укладання договорів, формування кадрових потреб);
 - освітні заклади, громадські організації, асоціації фахівців, місцеві громади (залучення персоналу, участь у підготовці фахівців).
-

ДОДАТКИ

ДО РОЗДІЛУ 1.

◆ [Додаток 1.](#)

Список інтернатних установ на території України станом на кінець 2024 та початок 2025 року

◆ [Додаток 2.](#)

Перелік основних нормативно-правових актів у сфері соціальної політики, якими керуються інституційні установи

- [Закон](#) від 17.01.2019 № 2671-VIII «Про соціальні послуги»;
- [Постанова](#) КМУ від 01.06.2020 № 587 «Про організацію надання соціальних послуг»;
- [Постанова](#) КМУ від 26.06.2019 № 576 «Про затвердження Порядку надання соціальних послуг особам з інвалідністю та особам похилого віку, які страждають на психічні розлади»;
- [Закон](#) від 16.12.1993 № 3721-XII «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні»;
- [Закон](#) від 21.03.1991 № 875-XII «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні»;
- [Постанова](#) КМУ від 27.01.2021 № 99 «Про Реєстр надавачів та отримувачів соціальних послуг»;
- [Закон](#) від 17.03.2011 № 3160-VI «Про соціальну адаптацію осіб, які відбувають чи відбули покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк»;
- [Закон](#) від 22.02.2000 № 1489-III «Про психіатричну допомогу»;
- [Постанова](#) КМУ від 03.03.2020 № 185 «Про затвердження критеріїв діяльності надавачів соціальних послуг»;
- [Наказ](#) Мінсоцполітики від 23.06.2020 № 429 «Про затвердження Класифікатора соціальних послуг».

◆ **Додаток 3.**

Типові положення, які врегульовують діяльність різних типів інтернатів

Тип закладу	Назва НПА
Будинки-інтернати для людей з інвалідністю та людей похилого віку: <ul style="list-style-type: none"> • геріатричні пансіонати для громадян старшого віку; • будинки-інтернати для людей з інвалідністю віком від 18 до 60 років. 	Постанова КМУ від 02.09.2020 № 772 «Про затвердження Типового положення про будинок-інтернат для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю»
Психоневрологічні інтернати	Постанова КМУ від 14.12.2016 № 957 «Про затвердження Типового положення про психоневрологічний інтернат»
Спеціальні будинки-інтернати (для людей, звільнених з місць позбавлення волі, та інших громадян, за якими встановлено адміністративний нагляд)	Наказ Мінсоцполітики від 09.11.2011 № 432 «Про затвердження Типового положення про спеціальний будинок-інтернат»

◆ [Додаток 4.](#)

Перелік соціальних послуг за Класифікатором соціальних послуг та відповідні державні стандарти

◆ [Додаток 5.](#)

Послуги, що надаються в інтернатних закладах України

◆ **Додаток 6.**

Нормативне регулювання складових послуги стаціонарного догляду

Предмет нормування	Нормативні документи
Житлова площа (кімната) для проживання чи перебування з усіма комунально-побутовими послугами	Державні будівельні норми В.2.2-18:2007 «Заклади соціального захисту населення»

Предмети, матеріали та інвентар (одяг, взуття, постільна білизна, засоби особистої гігієни, столовий посуд)

[Наказ](#) Мінсоцполітики від 19.08.2015 № 857 «Про затвердження Мінімальних норм забезпечення предметами, матеріалами та інвентарем...»

Раціональне не менше ніж чотириразове харчування, зокрема дієтичне, з урахуванням віку та стану здоров'я у межах натуральних норм харчування (проміжки часу між прийманням їжі не повинні перевищувати чотирьох годин, останнє приймання їжі здійснюється за дві години до сну)

Для організації харчування надавач соціальних послуг отримує експлуатаційний дозвіл або реєструє потужності з виробництва та/або обігу харчових продуктів відповідно до [Закону](#) України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів». [Постанова](#) КМУ від 13.03.2002 № 324 «Про затвердження натуральних добових норм харчування в інтернатних установах, навчальних та санаторних закладах сфери управління Міністерства соціальної політики» – останні зміни від 04.03.2020.

Лікарські засоби, технічні та інші засоби і вироби медичного призначення

[Закон](#) України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 № 123/96-ВР, а також [Постанова](#) від 03.12.2009 № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, інших окремих категорій населення медичними виробами та іншими засобами»

Денна зайнятість (заняття творчістю, дозвілля, навчання, добровільна праця тощо) з урахуванням стану здоров'я та бажання мешканців/-ок

Орієнтовні напрями активностей для мешканців/-ок встановлено в [Державному стандарті](#) стаціонарного догляду за особами, які втратили здатність до самообслуговування чи не набули такої здатності.



◆ Додаток 7.

Результати аналізу деяких звітів національного превентивного механізму за 2024 рік на предмет порушення в інституційних закладах прав людей

Права, що було порушено	Приклади зі звітів про результати відвідування закладів
Право на життя та безпеку	<p><u>Івано-Франківський геріатричний пансіонат (19.03.2024):</u> «... укриттям в пансіонаті служить підвальне приміщення харчоблоку. Однак, укриття не облаштоване достатньою кількістю місць для сидіння (лежання), ємностями з питною та технічною водою (за відсутності централізованого водопостачання), контейнерами для зберігання продуктів харчування, засобами надання медичної допомоги, засобами зв'язку тощо. Замість санітарно-гігієнічного приміщення встановлені 2 стільці-туалети. Наявний у пансіонаті ліфт не обладнаний шахтою для спуску у підвал».</p>
Право на охорону здоров'я та медичну допомогу	<p><u>Криничанський ПНІ у Дніпропетровській області (03.04.2024):</u> «В закладі відкриті вакансії психіатра, це унеможлиблює надання своєчасної медичної допомоги та швидкого реагування на зміну стану підопічних; в медичних картках підопічних при проведені плановому огляді (лютий 2024 р.), є записи психіатра, проте неможливо встановити, хто робить запис про діагноз та призначення ліків замість лікаря, підпис психіатра відсутній. Це може призвести до порушення прав підопічних на отримання медичної допомоги».</p>
Право на достатній життєвий рівень, що включає достатнє харчування, одяг, житло	<p><u>Ржищівський геріатричний пансіонат на Київщині (10.10.2024):</u> «...групою НПМ встановлено наявність тарганів та значну кількість комах в харчоблоці закладу».</p> <p><u>Верхівцевський ПНІ у Дніпропетровській області (22.02.2024):</u> «... у багатьох житлових кімнатах відсутні необхідні меблі, зокрема шафи, столи, стільці, приліжкові тумби, а наявні меблі застаріли та потребують оновлення. Більшість відділень потребує капітального ремонту, в першу чергу санвузлів, душових, підлоги частини кімнат підопічних».</p>

Голобський ПНІ у Волинській області (20.11.2024):

«Наприклад, площа однієї з кімнат становить 24,0 м², а сама кімната розрахована на 5 осіб. Відтак на одну особу припадає 4,8 м². Зазначене створює умови, за яких порушуються передбачені чинним законодавством норми площі на особу (8–10 м²)».

Право на повагу до приватного і сімейного життя, одяг, житло

Любицький ПНІ на Запоріжжі (08.10.2024):

«Працівники закладу [...] проводять гігієнічні процедури у присутності інших мешканців кімнати, не використовуючи при цьому ширми. Більш того, використання туалетного стільця, зміна підгузків та миття підопічних у присутності інших осіб порушує право на повагу до людської гідності. Групою НПМ встановлено, що одяг, взуття, постільна білизна та інший м'який інвентар не персоналізовано. Крім того, на вікнах санітарно-гігієнічних кімнат відсутнє непрозоре скло або непрозора плівка».

ДО РОЗДІЛУ 2.

◆ Додаток 8.

Отримання соціальних послуг на безоплатній чи платній основі в інтернатних установах різних типів

За [статтю 28](#) Закону «Про соціальні послуги» вартість соціальних послуг, зокрема в інтернатних закладах, залежить від обсягу послуги, групи інвалідності, життєвих обставин отримувача/-ки та середньомісячного сукупного доходу, що обчислюється за відповідною [Методикою](#).

Безкоштовними для всіх категорій населення є послуги з: інформування, консультування, надання притулку, представництва інтересів, перекладу жестовою мовою, а також соціальні послуги, що надаються екстрено (кризово). Інші соціальні послуги надаються людям старшого віку та громадянам з інвалідністю безоплатно, якщо вони:

- мають I групу інвалідності;
- мають інвалідність та входять до числа дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, у віці від 18 до 23 років;

- середньомісячний сукупний дохід яких становить менш ніж два прожиткових мінімуми для відповідної категорії осіб.³¹

Бюджетним коштом покриваються також реабілітаційні послуги для людей з інвалідністю, що надаються відповідно до індивідуальної програми реабілітації.

Зауважимо: мешканцям/-кам, які перебувають в інтернатному закладі на повному державному утриманні, за [Законом](#) «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» та [Постановою КМУ](#) від 04.03.2004 № 269 виплачуються 25% призначеної пенсії. Решта 75% суми за відповідним [Порядком](#) зараховуються на банківські рахунки цих установ понад бюджетні асигнування і спрямовуються виключно на поліпшення умов перебування мешканців/-ок. Якщо розмір пенсії мешканця/-ки перевищує вартість утримання, виплачується різниця між пенсією і вартістю утримання, але не менше 25% призначеної пенсії.

Якщо послуги надаються зі встановленням диференційованої чи повної плати, або людина отримує послуги денного догляду, підтриманого проживання (якщо інтернат не забезпечує харчуванням) пенсія (щомісячне довічне грошове утримання) та/або державна соціальна допомога виплачується у повному розмірі.

Часткова (диференційована) плата встановлюється в разі, якщо середньомісячний сукупний дохід становить більше 2 і менш як 4 прожиткових мінімуми мешканця/-ки (крім громадян з інвалідністю I групи). Про це йдеться в Порядку встановлення диференційованої плати за надання соціальних послуг, що затверджений [Постановою від 01.06.2020 № 429](#). Розмір часткової плати за надання соціальних послуг, окрім стаціонарного та паліативного догляду:

- встановлюється на рівні 75% від вартості соціальної послуги;
- місячний розмір не перевищує різниці між середньомісячним сукупним доходом та 2 розмірами прожиткового мінімуму.

Диференційована плата за надання соціальних послуг стаціонарного та паліативного догляду встановлюється:

31 Вкладка [«Соціальні послуги»](#) на вебсайті Мінсоцполітики

- в розмірі 80% середньомісячного сукупного доходу отримувача/-ки послуг;
- в розмірі 80% від вартості наданих соціальних послуг (якщо така вартість не перевищує 80% середньомісячного сукупного доходу отримувача/-ки послуг).

Повна оплата надання соцпослуг (коштом отримувача/-ки соціальних послуг або третіх осіб) передбачена:

- за умови отримання їх понад обсяги, визначені державним стандартом соціальних послуг;
- якщо обсяг середньомісячного сукупного доходу перевищує 4 прожиткові мінімуми для відповідної категорії осіб (крім громадян з інвалідністю I групи).

У таблиці нижче в розрізі типів інтернатних закладів наведено групи населення, які можуть перебувати в них на державному утриманні, за диференційовану чи повну плату.

БІ (для людей старшого віку та громадян з інвалідністю від 18 до 60 років)	ПНІ (для людей із стійкими інтелектуальними та/або психічними порушеннями)	СБІ (для людей, звільнених з місць позбавлення волі, та інших громадян, за якими встановлено адміністративний нагляд)
<p>Повне державне утримання:</p> <ul style="list-style-type: none"> • люди, що мають I групу інвалідності; • люди з інвалідністю з-поміж дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, у віці від 18 до 23 років; • громадяни старшого віку та люди з інвалідністю II-III групи та середньомісячним сукупним доходом, обсяг якого менш ніж два прожиткових мінімуми для непрацездатних осіб. 		<p>Повне державне утримання – громадяни старшого віку, люди з I та II групами інвалідності, старші 18 років, які не мають працездатних дітей або інших родичів, які згідно із законом зобов'язані їх утримувати.</p>
<p>Диференційована плата – громадяни старшого віку та люди з інвалідністю II-III груп з середньомісячним сукупним доходом, що становить понад два, але не перевищує чотирьох прожиткових мінімумів для непрацездатних осіб.</p>		

<p>Повна плата:</p> <ul style="list-style-type: none">люди старшого віку та громадяни, що мають II-III групи інвалідності, з середньомісячним сукупним доходом понад 4 прожиткові мінімуми для непрацездатних осіб;громадяни старшого віку, люди з інвалідністю, у яких є особи, які повинні забезпечувати їм догляд і допомогу за договором довічного утримання чи спадковим договором.	<p>Повна плата – громадяни, які мають працездатних дітей або інших родичів, зобов'язаних згідно із законом їх утримувати.</p>
--	--

Джерело: розроблено автором

◆ [Додаток 9.](#)

Приклади розрахунку тарифу (вартості надання послуги) на послугу «Догляд стаціонарний» на 2024 рік

У вкладці [«Приклади»](#) наведено копії додатків до розпорядчих актів про затвердження тарифів на послугу «Догляд стаціонарний», що діяли у 2024 році в трьох випадково обраних ПНІ.

У першому прикладі – Знам'янський ПНІ (Кіровоградська область) – структура обчислень ідентична до зазначених у [Методичних рекомендаціях](#) розрахунку вартості соціальних послуг таблиць. Другий та третій зразки – розрахунки Снятинського ПНІ на Івано-Франківщині та Олицького ПНІ в Волинській області відповідно. Калькуляція тарифів подана теж у табличній формі, однак спирається радше на [Порядок регулювання тарифів на соціальні послуги](#): переліки статей чи кодів економічної класифікації видатків (далі – КЕКВ), обсяги коштів відповідно до кошторисів закладів та короткі супровідні математичні дії. Зауважимо, що в обох цих закладах до тарифу не включено 15% суми оплати праці персоналу, що безпосередньо надає соціальні послуги мешканцям/-кам. Натомість в розрахунках Олицького ПНІ ця вимога відтворена, як того вимагає вже згаданий [Порядок](#).

◆ [Додаток 10.](#)

Тарифи (вартість утримання мешканців/-ок) на 2024 рік на послуги, що надають інтернатні установи

◆ **Додаток 11.**

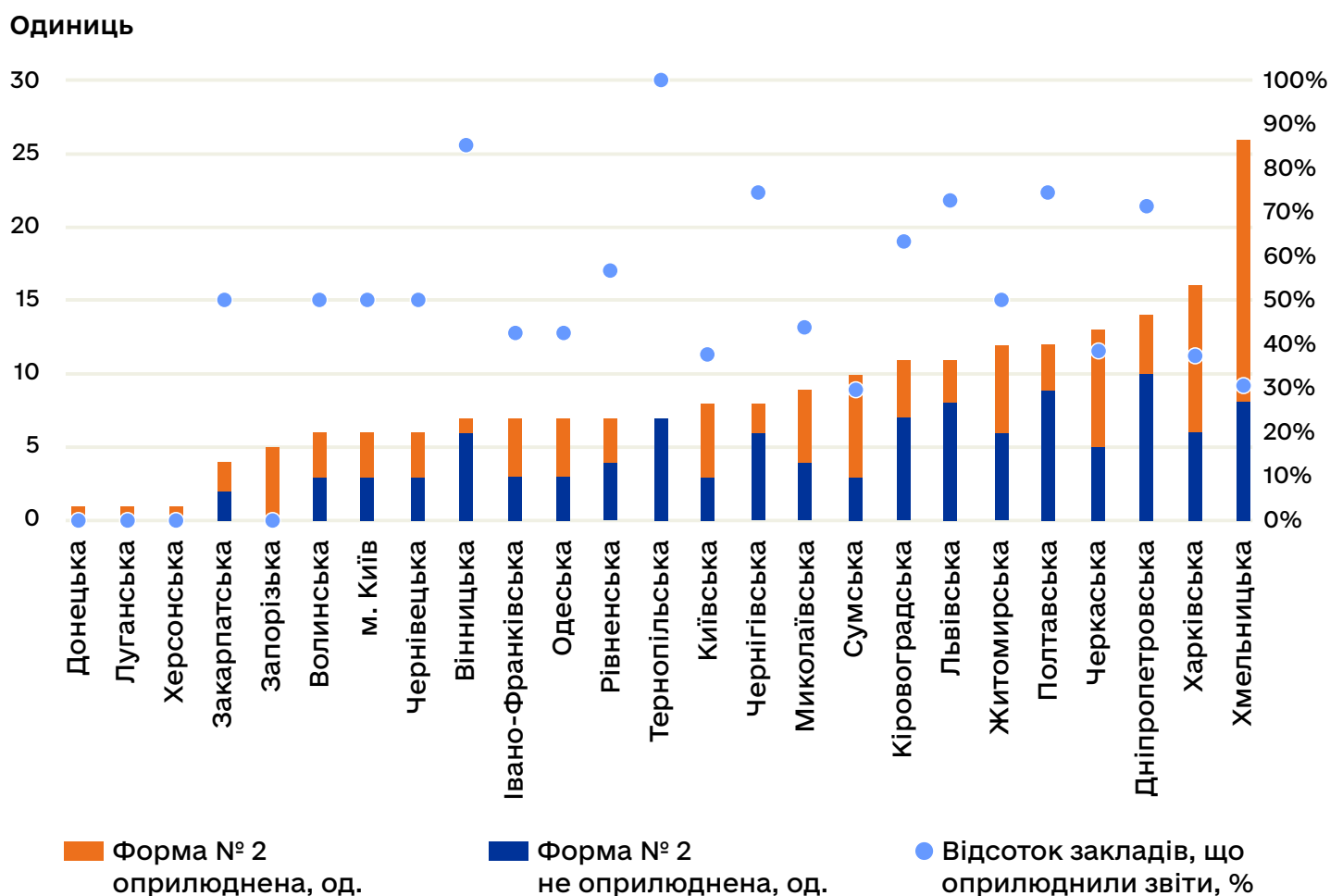
Вартість утримання одного/однієї мешканця або мешканки в 2024 році

ДО РОЗДІЛУ 3.

◆ **Додаток 12.**

Наявність звітності закладів за кошти спеціального фонду у 2024 році на вебпорталі Spending

На Діаграмі 3 відображено кількість інтернатів, які подали та не подали форму № 2 за IV квартал 2024 року, в регіональному розрізі.



Діаграма 2.3. Кількість та частка інтернатів, що оприлюднили форму № 2 за IV квартал 2024 року на вебпорталі Spending у розрізі регіонів

Джерело: вебпортал [Spending](#)

Не оприлюднили звітність інтернати, розташовані в Донецькій, Луганській, Запорізькій та Херсонській областях, що може бути пов'язане з бойовими діями та тимчасовою окупацією територій цих областей. Водночас найкращу прозорість у частині публікації звітності продемонстрували Тернопільська (100%), Вінницька (85,7%), Полтавська (75%) та Чернігівська (75%) області. У середньому по вибірці лише близько 46% інтернатів оприлюднили звітність на вебпорталі Spending.

◆ **Додаток 13.**

Розподіл витрат інтернатних закладів за 2024 рік за загальним фондом

На Діаграмі 3 відображено кількість інтернатів, які подали та не подали форму № 2 за IV квартал 2024 року, в регіональному розрізі.

◆ **Додаток 14.**

Категорії видатків, за якими здійснювався аналіз загального фонду

Категорія	КЕКВ	Назва статті
Оплата праці персоналу	2111	Заробітна плата
	2120	Нарахування на оплату праці
	2250	Видатки на відрядження
	2710	Виплата пенсій і допомоги
Продукти харчування	2230	Продукти харчування
Медикаменти й перев'язувальні матеріали	2220	Медикаменти й перев'язувальні матеріали
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар, обладнання і предмети тривалого користування	2210	Предмети, матеріали, обладнання та інвентар
	3110	Придбання обладнання і предметів довгострокового користування
Комунальні послуги	2271	Оплата тепlopостачання
	2272	Оплата водopостачання та водовідведення

	2273	Оплата електроенергії
	2274	Оплата природного газу
	2275	Оплата інших енергоносіїв
Будівництво, ремонти й реконструкції житлового та нежитлового фонду	3122	Капітальне будівництво (придбання) інших об'єктів
	3131	Капітальний ремонт житлового фонду (приміщень)
	3132	Капітальний ремонт інших об'єктів
	3141	Реконструкція житлового фонду (приміщень)
	3142	Реконструкція та реставрація інших об'єктів
Супутні витрати	2240	Оплата послуг (крім комунальних)
	2281	Дослідження і розробки, окремі заходи розвитку по реалізації державних (регіональних) програм
	2282	Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку
	2800	Інші поточні видатки
Інші виплати населенню	2730	Інші виплати населенню

◆ [Додаток 15.](#)

Наявність звітності закладів за кошти спеціального фонду у 2024 році на вебпорталі Spending

◆ [Додаток 16.](#)

Аналіз надходжень та видатків за спеціальним фондом інтернатних установ за 2024 рік

ДО РОЗДІЛУ 4.

◆ [Додаток 17.](#)

Наявність інформації щодо кадрового забезпечення інтернатних закладів

◆ [Додаток 18.](#)

Укомплектованість кадрами інтернатних закладів у 2024 році

ДО РОЗДІЛУ 5.

◆ [Додаток 19.](#)

Аналіз офіційних вебсайтів та інших ресурсів з інформацією про інтернатні установи

◆ [Додаток 20.](#)

Наявність облікового запису та наборів даних на Порталі відкритих даних

◆ [Додаток 21.](#)

Аналіз активності інтернатів на вебпорталі Spending протягом 2024 року

