

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ГЕОГРАФІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА КРАЇНОЗНАВСТВА ТА ТУРИЗМУ**

**Вплив пандемії COVID-19 на стан та виконання ЦСР-3: Україна на тлі
світових та європейських процесів**

спеціальність: 106 Географія

галузі знань: 10 Природничі науки

на здобуття освітнього ступеню: Магістра

за освітньо-науковою програмою – Географічне країнознавство та
геоглобалістика

Магістерська робота
студентки денного відділення
Агаркової Марії Вячеславівни

Науковий керівник:
Кандидат географічних наук, доцент
Кіптенко Віторія Костянтинівна

КИЇВ – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП	2
РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЦСР 3	5
1.1 Концептуальне підґрунття ЦСР	5
1.2 Роль і місце ЦСР 3 в інтегральній системі сучасних завдань людства ..	10
1.3 Методичні засади дослідження	24
РОЗДІЛ 2. ГЛОБАЛЬНІ ТА ЄВРОПЕЙСЬКІ ТЕНДЕНЦІЇ ДОСЯГНЕННЯ ЦСР 3 ДО ТА ПІСЛЯ ПАНДЕМІЇ COVID-19	28
2.1 Шлях до виконання Цілей сталого розвитку до пандемії та вплив COVID-19 на досягнутий прогрес	28
2.2 Глобальні та регіональні тенденції досягнення ЦСР 3 в світі до та після пандемії COVID-19	31
2.3 Європейські тенденції досягнення ЦСР 3 до та після пандемії COVID-19	42
РОЗДІЛ 3. УКРАЇНА НА ШЛЯХУ ДО РЕАЛІЗАЦІЇ ЦСР 3	54
3.1. Сучасний стан й тенденції реалізації ЦСР 3 в Україні	54
3.2 Тенденції реалізації ЦСР 3 в регіонах України	61
3.3 Освіта для сталого розвитку: напрями освіти й просвіти за ЦСР 3	67
ВИСНОВКИ	75
СПИСОК ДЖЕРЕЛ	79
ДОДАТКИ	87

ВСТУП

Під час кризи COVID-19 уряди всього світу працюють в умовах радикальної невизначеності та стикаються з важкими компромісами, враховуючи проблеми зі здоров'ям, економічні та соціальні проблеми. Протягом перших трьох місяців 2020 року новий коронавірус перетворився на глобальну пандемію. Школи та університети були зачинені навесні 2020 року для понад одного мільярда учнів різного віку. До листопада 2020 року COVID-19 поширився майже на всі країни і зачепив понад 50 мільйонів людей у всьому світі, в результаті чого загинуло понад 1,25 мільйона людей. Окрім впливу COVID-19 на здоров'я, пандемія спричинила найсерйознішу економічну кризу з часів Другої світової війни. На всі сектори економіки впливають порушені глобальні ланцюги поставок, слабший попит на імпорتنі товари та послуги, погіршення ситуації в міжнародному туризмі [1], скорочення ділових поїздок. Заходи щодо стримування поширення вірусу особливо сильно вразили МСП та підприємців [2]. Рівень безробіття та кількість тих, хто шукає допомогу, зросли.

Актуальність. «Міцнездоров'я і благополуччя. «Забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку», - дана назва і завдання полягають в обраній для дослідження ЦСР 3. Наразі існує очевидний вплив такого явища як пандемія COVID-19, яка триває вже більше року, на успішне виконання стратегії поставлених завдань. Серед глобальних та національних завдань є такі, які буде дуже важко виконати в умовах пандемії. Якщо ж стан вивченості питання ЦСР 3 глибоко досліджений [3], то ситуація з COVID-19 зовсім інша. Ніхто не може дати абсолютно ніяких чітких прогнозів і наслідків. На даний момент сили всіх країн направлені на боротьбу з пандемією, і це очевидно, адже сучасний світ ще не стикався з таким масштабом пандемій, все вийшло з-під контролю, і ніхто не дає гарантій, що пріоритети з Цілей сталого розвитку не можуть змінитись. І те, що було актуально ще рік тому, буде важливим завтра чи післязавтра. Все ж таки варто зазначити, що інституційні та наукові зусилля спрямовуються на

оперативне вивчення ситуації[3]. Водночас, виглядає доречним - брати корисний досвід для України й розуміти власні завдання на тлі світових та європейських тенденцій.

Мета.Визначити наслідки впливу COVID-19 за останній рік на виконання поставлених завдань ЦСР 3 в світі, Європі та Україні задля виявлення й порівняння найкритичніших ефектів і шляхів їх упередження та подолання.

Об'єктом дослідження виступає суспільна система країн світу на глобальному, регіональному та національному рівнях. Відповідно, предмет дослідження охоплює вплив пандемії COVID-19 на виконання завдань ЦСР3 на різних таксономічних рівнях.

Досягнення мети підпорядковується низці завдань:

1. Визначити концептуальні та методичні засади дослідження; та роль і місце ЦСР 3 в інтегральній системі сучасних завдань людства;
2. Виявити глобальні та європейські тенденції досягнення ЦСР3, порівняти їх до та після COVID-19,
3. Визначити сучасні тенденції в Україні щодо реалізації ЦСР-3;
4. Розробити варіант запровадження напрямів освіти задля сталого розвитку в контексті ЦСР 3.
5. Визначити сутність і характер впливу COVID-19 на процес досягнення ЦСР 3 в Україні та Європі.

Емпірико-аналітичну основу дослідження становлять звіти ВЕФ , ООН, матеріали ЄСз Цілей сталого розвитку, Звіти країн з досягнень ЦСР, рейтинги країн за показниками, які містять статистику й методичні настанови оцінки поступу до виконання ЦСР.

Досягнення мети й вирішення поставлених завдань забезпечується застосуванням методів аналізу, порівняння, узагальнення, індукції, дедукції, графічного методу тощо.

Оскільки питання впливу COVID-19 на реалізацію ЦСР досить нове і не вивчене належним чином, дане дослідження дозволяє виявити актуальну проблематику та продумати шляхи запобігання загроз й випробувань, що й

визначає наукову цінність. Її логічною імплементацією у практику стане можливість завчасно виявити проблемні питання, побачити найслабші місця, та запобігти погіршенню ситуації.

РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЦСР 3

1.1 Концептуальне підґрунття ЦСР

Сталий розвиток – такий розвиток країн і регіонів, коли економічне зростання, матеріальне виробництво і споживання, а також інші види діяльності суспільства відбуваються в межах, які визначаються здатністю екосистем відновлюватися, поглинати забруднення і підтримувати життєдіяльність теперішніх та майбутніх поколінь.[4]

У 1950–60-ті рр. розвиток пов'язували лише з економічним прогресом та зростанням економічної ефективності. На початку 1970-х рр. у зв'язку з несправедливим розподілом прибутків та зі зростанням кількості бідних у країнах, що розвиваються, питання соціальної справедливості були визнані такими ж важливими, як і питання зростання економічної ефективності. Проте зростаюче споживання природних ресурсів призвело до деградації довкілля й негативно вплинуло на здоров'я людей. Реальною загрозою стала проблема «меж зростання», на яку у 1972 році звернув увагу світової громадськості Римський клуб.[4]

Щоб уникнути екологічної кризи, до концепції розвитку необхідно було включити третю мету – збереження довкілля. Вперше це питання було порушено на Конференції ООН з довкілля людини (1972, м. Стокгольм), яка визнала актуальність екологічних проблематики та необхідність створення дієвих міжнародних механізмів для її розв'язання.[4] Термін «сталий розвиток» з'явився у 1980 році, коли вийшла «Всесвітня стратегія охорони природи» (ВСОП), підготовлена Міжнародною спілкою охорони природи (МСОП)[4]. Ця стратегія висунула принципово нове положення: збереження природи нерозривно пов'язане з питаннями розвитку. Розвиток суспільства має відбуватися за умови збереження природи.

Поняття «сталий розвиток» почали широко застосовувати після публікації у 1987 році звіту Міжнародної комісії з довкілля та розвитку «Наше спільне майбутнє», підготовленого під керівництвом Г. Х.

Брундтланд.[4] Концепція сталого розвитку набула провідного статусу після Конференції ООН з довкілля та розвитку (1992, м. Ріо-де-Жанейро) і була відображена в прийнятому на конференції Порядку денному на 21 століття.[4]

Концепція сталого розвитку передбачає об'єднання трьох основних складових: економічної, соціальної та екологічної функціонування суспільних систем різного таксономічного рівня.

Економічна складова. Підхід до концепції стійкого розвитку заснований на теорії максимального потоку сукупного доходу Хікса-Ліндаля[5], який може бути зроблений за умови, принаймні, збереження сукупного капіталу, за допомогою якого і здійснюється цей дохід. Ця концепція передбачає оптимальне використання обмежених ресурсів і використання екологічних — природо-, енерго- і матеріало-зберігаючих технологій, включаючи видобуток і переробку сировини, створення екологічно прийнятної продукції, мінімізацію, переробку і знищення відходів. [5] Однак при вирішенні питань про те, який капітал повинен зберігатися (наприклад, фізичний або природний, чи людський капітал) і якою мірою різні види капіталу є взаємозамінними, а також при вартісній оцінці цих активів, особливо екологічних ресурсів, виникають проблеми правильної інтерпретації і розрахунку. [5] Існує два види стійкості — слабка, коли мова йде про не зменшуваний в часі природний та виробничий капітал, і сильна — коли повинен не зменшуватися природний капітал (причому частина прибутку від продажу невідновних ресурсів повинна спрямовуватися на збільшення цінності відновлюваного природного капіталу).[5]

Соціальна складова. Соціальна складова стійкості розвитку орієнтована на людину і спрямована на збереження стабільності соціальних і культурних систем, в тому числі, на скорочення числа руйнівних конфліктів між людьми. Важливим аспектом цього підходу є справедливий розподіл благ.[5] Бажано також збереження культурного капіталу і різноманіття в глобальних масштабах, а також повніше використання практики стійкого розвитку,

наявної в не домінуючих культурах. Для досягнення стійкості розвитку, сучасному суспільству доведеться створити ефективнішу систему ухвалення рішень, що враховує історичний досвід і заохочує плюралізм. Важливо досягнення не тільки внутрішньо, а й міжпоколінної справедливості.[5]

У рамках концепції людського розвитку людина є не об'єктом, а суб'єктом розвитку. Спираючись на розширення варіантів вибору людини як головну цінність, концепція сталого розвитку передбачає, що людина повинна брати участь у процесах, які формують сферу її життєдіяльності, сприяти прийняттю і реалізації рішень, контролювати їх виконання.[5]

Екологічна складова. З екологічної точки зору, сталий розвиток має забезпечувати цілісність біологічних і фізичних природних систем. Особливе значення має життєздатність екосистем, від яких залежить глобальна стабільність всієї біосфери. Більш того, поняття «природних» систем і ареалів проживання можна розуміти широко, включаючи в них створене людиною середовище, таке як, наприклад, міста.[5] Основна увага приділяється збереженню здібностей до самовідновлення і динамічної адаптації таких систем до змін, а не збереження їх у деякому «ідеальному» статичному стані. Деградація природних ресурсів, забруднення довкілля і втрата біологічного розмаїття скорочують здатність екологічних систем до самовідновлення.[5]

17 цілей сталого розвитку (ЦСР) є частиною Порядку денного в галузі розвитку на період до 2030 року, прийнятого світовими лідерами на історичному Саміті ООН у вересні 2015 року. [6] Глобальні цілі офіційно вступили в силу 1 січня 2016 року. Протягом наступних п'ятнадцяти років країни будуть спрямовувати свої зусилля на подолання всіх форм бідності, на боротьбу з нерівністю та на усунення негативних проявів кліматичних змін.[6]

ЦСР спираються на успіх Цілей розвитку тисячоліття (ЦРТ) і продовжують їх. Нові цілі унікальні тим, що закликають до дій всі країни - бідні, багаті і з середнім рівнем доходу, щоб сприяти процвітанню та захисту

планети..[6] У цілях йдеться, що подолання бідності повинно реалізовуватися спільно із стратегіями, що сприяють економічному зростанню і задовольняють ряд соціальних потреб, включаючи освіту, охорону здоров'я, соціальний захист, а також можливості працевлаштування, боротьбу з кліматичними змінами та захист навколишнього середовища.[6]

Хоча 17 ЦСР не є юридично обов'язковими, але уряди все одно зобов'язуються взяти на себе відповідальність і створити національні умови для їх досягнення.[6] Саме країни несуть головну відповідальність за подальшу діяльність та аналіз досягнутого в реалізації цих цілей, що потребує якісного, доступного та своєчасного збору даних. Регіональні заходи з контролю та аналізу ґрунтуються на аналізах на національному рівні та сприяють подальшій діяльності та аналізу на глобальному рівні.[6]

Як здійснюється реалізація?

План дій, ухвалений на Третій міжнародній конференції з фінансування розвитку, що проходила в Аддіс-Абебі, передбачив конкретні заходи та дії для підтримки виконання нового порядку денного.[7] Реалізація та успіх покладаються на власні стратегії, плани та програмисталогорозвитку країн і очолюються країнами. Цілі сталого розвитку (ЦСР) стали компасом для узгодження планів країн з їх глобальними зобов'язаннями. Стратегії сталого розвитку, що втілюються на національному рівні, потребують застосування стратегій мобілізації ресурсів та фінансування. [7] Очікується, що усі зацікавлені сторони - уряди, громадянське суспільство, приватний сектор та інші – сприятимуть реалізації нового порядку денного. Для підтримки національних зусиль необхідне відродження глобального партнерства на глобальному рівні. Це визнано в Порядку денному 2030. Партнерства між багатьма зацікавленими сторонами були визнані важливим компонентом стратегій, спрямованих на залучення всіх зацікавлених сторін до нового порядку денного.[7]

Як проводиться моніторинг виконання Цілей сталого розвитку?

На глобальному рівні 17 цілей сталого розвитку та 169 завдань нового порядку денного контролюються за допомогою набору глобальних показників. Система глобальних показників була розроблена Між відомчою агенцією та експертною групою з показників ЦСР (МАГАТЕ-ЦСР), узгоджена Статистичною комісією ООН в березні 2016 року та прийнята Економічною і Соціальною Радою та Генеральною Асамблеєю.[7] Уряди також розробили власні національні показники, які допомагають контролювати досягнутий прогрес щодо цілей та завдань. Державні комітети статистики країн-членів працювали над ідентифікацією цілей, щоб мати два показника для кожної цілі. Наразі існує близько 300 показників для всіх цілей.[7] Процес подальшого моніторингу повідомляється у щорічній доповіді щодо прогресу в досягненні ЦСР, яка готується Генеральним секретарем.

Річні наради Політичного форуму високого рівня з питань сталого розвитку відіграють провідну роль у спостереженні за прогресом на шляху до ЦСР на глобальному рівні. Засоби впровадження ЦСР контролюються, як зазначено в Плані дій, прийнятому на конференції в Аддіс-Абебі, щоб забезпечити ефективну мобілізацію фінансових ресурсів для підтримки нової програми сталого розвитку.[7]

Як Цілі сталого розвитку відрізняються від Цілей розвитку тисячоліття? 17 цілей сталого розвитку (ЦСР), що включають в себе 169 завдань, мають ширший діапазон охоплення та є амбітнішими, ніж Цілі розвитку тисячоліття (ЦРТ), ставлячи за мету вирішення корінних причин бідності та задоволення універсальної потреби в розвитку, яка існує для всіх людей. Цілі охоплюють три аспекти сталого розвитку: економічне зростання, соціальну інтеграцію та охорону навколишнього середовища.[7]

На основі успіху та завдяки імпульсу з боку ЦРТ нові глобальні цілі охоплюють більше сфер, маючи амбіції щодо подолання нерівності, сприяння економічному зростанню, створення гідних робочих місць, міст та населених пунктів, індустріалізації, океанів, екосистем, енергетики, зміни

клімату, сталого споживання та виробництва, миру та справедливості. Нові цілі є універсальними і ставляться перед усіма країнами, тоді як ЦРТ передбачалось досягати лише в країнах, що розвиваються. [7]

Основною особливістю ЦСР є їх чітка спрямованість на шляхи імплементації, а саме мобілізацію фінансових ресурсів, створення потенціалу та використання технологій, а також надання ключової ролі інформації та установам. Нові цілі визнають, що боротьба з кліматичними змінами є важливою для сталого розвитку та подолання бідності. ЦСР 13 має на меті сприяти невідкладній діяльності в боротьбі із зміною клімату та її наслідкам. [7] Якщо ж порівнювати ЦРТ і конкретно ЦСР3, можемо побачити, що спільними є завдання зниження дитячої смертності, боротьбу з епідемічними захворюваннями, такими, як ВІЛ, СНІД, поліпшити охорону материнського здоров'я.

1.2 Роль і місце ЦСР 3 в інтегральній системі сучасних завдань людства

Третя Ціль сталого розвитку прагне забезпечити здоров'я та добробут для людей будь-якого віку. У своїй конституції 1948 року Всесвітня організація охорони здоров'я визначила здоров'я як „стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не просто відсутність захворювань чи нездужань”. [8]

ЦСР-3 підтримується дев'ятьма завданнями, які в основному поділяються на окремі групи (Табл. 1.1): зменшення захворюваності та смертності для вразливих груп (матерів, новонароджених, людей похилого віку та дітей), зменшення інфекційних та незаразних захворювань, зменшення ризику факторів захворювань (тютюн, зловживання наркотичними речовинами, дорожньо-транспортний травматизм та небезпечні хімічні речовини та забруднення), що забезпечують загальне охоплення здоров'ям та зміцнення сектора охорони здоров'я. Хоча завдання ЦСР3 конкретно не стосуються соціальних детермінант здоров'я та

добробуту [9], важливість соціальних факторів, таких як умови праці, доходи, освіта та житло, визнається в інших ЦСР. [8]

Досягнення здоров'я та добробуту для всіх залежить не тільки від досягнення завдань ЦСР3, але й від подолання бідності (ЦСР1), забезпечення доступу до освіти (ЦСР4), досягнення гендерної рівності (ЦСР 5), зменшення нерівності між країнами та всередині них (ЦСР 10) та сприяння миру (ЦСР 16).[8]

Здоров'я та добробут також залежать від належних послуг та ресурсів, включаючи інфраструктуру (ЦСР 9), продовольчу безпеку та сільськогосподарське виробництво (ЦСР 2), гідну працю (ЦСР 8), відповідальне споживання (ЦСР 12), забезпечення чистою водою та належними санітарними умовами (ЦСР 6), доступ до енергії (ЦСР 7), сталий розвиток міст та спільнот, що забезпечують загальний доступ до житла та транспорту (ЦСР 11). Здоров'я та добробут також критично залежать від безпечного та сприятливого середовища, що підтримується покращенням клімату (ЦСР 13) , захистом та збереженням морських екосистем (ЦСР 14) та суші (ЦСР 15) [10].

Широка взаємозалежність між навколишнім середовищем та здоров'ям людини визнана в системному мисленні та новому фокусі щодо здоров'я планети [11].

Таблиця 1.1 Глобальні та національні завдання ЦСР 3 (складено автором за [7])

Глобальні завдання	Національні завдання
3.1 До 2030 року знизити глобальний коефіцієнт материнської смертності до менш ніж 70 випадків на 100 000 живонароджених	3.1 Знизити материнську смертність
3.2 До 2030 року покласти край смертності, якій можна запобігти, новонароджених і дітей віком до 5 років, при цьому всі країни повинні прагнути зменшити неонатальну смертність до не більше як 12 випадків на 1000 живонароджених, а смертність у віці до 5 років – до не більше ніж 25 випадків на 1000 живонароджених	3.2 Мінімізувати смертність, якій можна запобігти, серед дітей віком до 5 років
3.3 До 2030 року покласти край епідеміям	3.3 Зупинити епідемії ВІЛ/СНІДу та

СНІДу, туберкульозу, малярії та тропічних хвороб, яким не приділяється належної уваги, і забезпечити боротьбу з гепатитом, захворюваннями, що передаються через воду, та іншими інфекційними захворюваннями	туберкульозу, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик та засобів лікування
3.4 До 2030 року зменшити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань за допомогою профілактики і лікування, а також підтримувати психічне здоров'я і благополуччя	3.4 Знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань
3.5 Покращувати профілактику та лікування залежності від психоактивних речовин, у тому числі зловживання наркотичними засобами й алкоголем	3.5 Знизити на чверть передчасну смертність населення, у тому числі за рахунок впровадження інноваційних підходів до діагностики захворювань
3.6 До 2020 року у всьому світі вдвічі скоротити кількість смертей і травм унаслідок дорожньо-транспортних пригод	3.6 Знизити рівень отримання тяжких травм і смертності внаслідок ДТП, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик реанімування, лікування та реабілітації постраждалих унаслідок ДТП
3.7 До 2030 року забезпечити загальний доступ до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, інформування та просвіту, і урахування питань охорони репродуктивного здоров'я в національних стратегіях і програмах	3.7 Забезпечити загальну якість імунізації населення з використанням інноваційних препаратів
3.8 Забезпечити загальне охоплення послугами охорони здоров'я, у тому числі захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медико-санітарних послуг і до безпечних, ефективних, якісних і недорогих основних лікарських засобів і вакцин для всіх	3.8 Знизити поширеність тютюнокуріння середнаселення з використанням інноваційних засобів інформування про негативні наслідки тютюнокуріння

<p>3.9 До 2030 року істотно скоротити кількість випадків смерті та захворювання в результаті впливу небезпечних хімічних речовин, забруднення й отруєння повітря, води і ґрунтів:</p> <p>3.a Активізувати, за необхідності, імплементацію Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну у всіх країнах</p> <p>3.b Сприяти дослідженням і розробкам вакцин і лікарських препаратів для лікування інфекційних та неінфекційних хвороб, які насамперед стосуються країн, що розвиваються, забезпечувати доступність недорогих основних лікарських засобів і вакцин згідно з Дохійською декларацією «Угода ТРІПС і суспільна охорона здоров'я », де підтверджується право країн, що розвиваються, в повному обсязі використовувати положення Угоди з торговельних аспектів прав інтелектуальної власності щодо прояву гнучкості для цілей охорони здоров'я населення і, зокрема, забезпечення доступу до лікарських засобів для всіх</p> <p>3.c Істотно збільшити фінансування охорони здоров'я та набір, розвиток, професійну підготовку та утримання медичних кадрів у країнах, що розвиваються, особливо в найменш розвинених країнах і малих острівних державах, що розвиваються</p> <p>3.d Нарощувати потенціал усіх країн, особливо країн, що розвиваються, у сфері раннього попередження, зниження ризиків і регулювання національних і глобальних ризиків для здоров'я</p>	<p>3.9 Здійснити реформу фінансування системи охорони здоров'я</p>
---	--

Розглянемо більш детально взаємозв'язок ЦСР-3 з іншими Цілями сталого розвитку.

3+1 Скорочення бідності призводить до поліпшення здоров'я та добробуту, тоді як міцне здоров'я є сильним фактором, що сприяє ефективному зменшенню бідності. Насправді здорове населення є необхідною умовою розвитку, що є двигуном економічного зростання. І навпаки, дуже важко забезпечити здоров'я без вирішення проблеми бідності. Високий рівень доходів призводить до зміцнення здоров'я, оскільки

задовольняються основні потреби (такі як харчування, охорона здоров'я, комфортне житло тощо). Збільшення доходу, ймовірно, призведе до позитивних наслідків взаємодії, проте, перевищуючи певний поріг, подальше підвищення може не призвести до подальших позитивних наслідків для здоров'я. Так само зменшення бідності матиме більший вплив на здоров'я за наявності захворювань, пов'язаних з бідністю, включаючи СНІД, туберкульоз та малярію, а також занедбаних тропічних хвороб, діарейних та респіраторних захворювань та наслідків недоїдання. Там, де зниження бідності є найбільш необхідним, структури управління часто неефективні, і зазвичай існують серйозні проблеми зі здоров'ям. Зменшення бідності, як правило, призведе до негайного та довгострокового поліпшення стану здоров'я. Ці відносини матимуть дві сторони - погіршення здоров'я може становити невідворотну пастку бідності, коли урядовий перерозподіл відсутній. До того, як звичайна політика зменшення бідності може стати ефективною, найбідніші часто потребують спеціальної допомоги, щоб дати їм змогу ефективно брати участь у заходах із зменшення бідності. Належне управління, плюс інвестиції в охорону здоров'я, навички, інфраструктуру та освіту, є вирішальним для зменшення бідності.

3 + 2 Здоров'я та харчування нерозривно взаєпов'язані. Недостатнє харчування, як правило, пов'язане з бідністю, тоді як надмірне споживання може супроводжувати або бідність, або багатство, і може бути пов'язане з поганим споживанням їжі. Взаємозв'язок між їжею та харчуванням є двосторонньою: у деяких випадках погане самопочуття може зменшити здатність домогосподарств або окремих людей вести сільське господарство та виробляти їжу, а також працювати та набувати їжу. По суті, задоволення потреб у калоріях та мікро / макропоживних речовинах є головною вимогою до здоров'я. Перерви в прийомі та якості їжі як короткострокові, так і довгострокові можуть мати тривалий вплив на психічний та фізичний розвиток, наслідки, що починаються під час внутрішньоутробного росту та тривають у дитинстві. Здоров'я також залежить від споживання достатньої

кількості мікроелементів протягом усього життя. Зниження голоду призведе до негайного поліпшення стану здоров'я та матиме довгострокові наслідки для фізичного, психологічного та неврологічного розвитку. Збільшення сільськогосподарського виробництва може поліпшити продовольчу безпеку та зменшити голод; однак це також впливає на навколишнє середовище, що може мати потенційні наслідки для передачі інфекційних хвороб, і може негативно вплинути на здоров'я через забруднення місцевого середовища миш'яком, кадмієм та іншими залишками пестицидів. Технологічні елементи продуктів харчування та сільськогосподарських систем, включаючи генетично модифіковані організми (ГМО), монокультурне рослинництво, переробка їжі, розчищення лісів та зрошення, можуть збільшити виробництво, а також завдати шкоди навколишньому середовищу та негативно вплинути на продовольчу безпеку в майбутньому. Існує значна невизначеність щодо того, як боротися із зоонозними хворобами, пов'язаними із сільськогосподарським виробництвом. На продовольчу безпеку також все більше впливатимуть екстремальні погодні явища, спричинені кліматом, а також геополітичні та економічні міркування.

3 + 4 Доступ до якісної освіти пов'язаний із покращенням здоров'я як на індивідуальному рівні, так і на рівні громади. Виховання матері може впливати на стан здоров'я дітей - справді, сприятливий вплив материнської освіти добре відомий у країнах, що розвиваються, а також продемонстрований у розвинених країнах світу. Неформальна освіта та інші джерела інформації також можуть відігравати важливу роль у доброму чи поганому самопочутті: наприклад, дезінформація може призвести до поганих рішень щодо охорони здоров'я як в контексті країн, що розвиваються, так і в країнах розвинутого світу (як у випадку з антивакцинальними настроями). Освіта може впливати на здоров'я через впровадження нових технологій. Це також може вплинути на міцне здоров'я через збільшення доходу, можливостей, самостійності та розширення можливостей. Користь освіти для здоров'я не обмежується дошкільним навчанням - навчання впродовж життя

пропонує важливі можливості в контексті швидких змін. Хоча ці відносини є універсальними, у контекстах країн, що розвиваються, можливі більші успіхи. Нові технології (наприклад, зміцнення здоров'я за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій) можуть підвищити ефективність медичних заходів та поширити знання серед більшої кількості людей. Зв'язок між здоров'ям та освітою може бути двосторонньою, оскільки поганий стан здоров'я обмежує відвідування школи та досягнення в навчанні.

3 + 5 Поліпшення гендерної рівності загалом дає змогу покращити стан здоров'я. У деяких випадках питанню здоров'я жінок приділяється недостатньо уваги і виділяється мала кількість коштів, і в цих випадках сприяння гендерної рівності призводить до покращення здоров'я. Більше того, матері приймають більшість рішень щодо здоров'я для своїх дітей, тому розширення їхніх можливостей призводить до поліпшення результатів здоров'я дітей. Збільшення участі жінок у оплачуваній робочій силі може призвести до загальних економічних прибутків і, отже, до покращення стану здоров'я. Покращення здоров'я може бути негайним (коли вони безпосередньо покращують ресурси або доступ жінок) або тривалим (опосередковується через догляд за дітьми). Сила, яка сприяє взаємодії між цими цілями, буде найбільшою там, де жінки стикаються з найбільшою нерівністю. Загалом, гендерна рівність має більший вплив на здоров'я, ніж здоров'я на гендерну рівність, хоча поліпшення стану здоров'я жінок або дітей може запропонувати жінкам більше часу та ресурсів для участі у прийнятті рішень та економічних заходах.

3 + 6 У будь-якому контексті покращення якості води та доступу до неї призводить до поліпшення здоров'я - без чистої води та належних санітарних умов важко досягти оздоровлення. Останні є негайними з точки зору зменшення інфекцій, що передаються водою (наприклад, гострі діарейні інфекції, вірусний гепатит) та покращення харчування; покращення якості води та санітарії також призводить до довготривалого розвитку. Взаємодія між цими цілями є найсильнішою в тих частинах країн, що розвиваються і де

все ще переважають інфекційні захворювання, що передаються водою, але проблеми якості води та забруднення навколишнього середовища також широко поширені в багатьох країнах із високим рівнем доходу. Цей взаємозв'язок по суті є односпрямованим, хоча там, де стан здоров'я поганий, можливо, самі патогени, що переносяться водою, додають до поганого управління системами очищення води.

3 + 7 Існує синергія та компроміси у взаємозв'язку між енергією та здоров'ям. Доступна енергія сприяє як економічному розвитку, так і доступності інших базових послуг, таких як охорона здоров'я, транспорт та опалення / охолодження, що все має наслідки для здоров'я. Відсутність доступної енергії може створити або посилити ризики для здоров'я, такі як госпіталізація в зимовий період та смертність у країнах з помірним кліматом. Однак розвиток енергетики із залученням нечистих джерел енергії створює суттєві короткострокові проблеми зі здоров'ям (наприклад, від безпосереднього впливу короткочасних забруднювачів клімату або забруднення атмосферного повітря від нечистих кухонних печей) і дуже великі загрози в середньо- та довгостроковій перспективі (наприклад, прямий та непрямий вплив від зміни клімату, спричиненого викидами парникових газів). Ядерна енергія створює унікальні ризики з точки зору зберігання відходів та випадкового або навмисного викиду. Географія може змінити взаємодію виробництва енергії зі здоров'ям - наприклад, ризик забруднення атмосферного повітря міст змінюється місцевою топографією, видами транспорту, а також регіональними галузями промисловості та сільськогосподарською діяльністю, такою як випалювання. Довгострокові ризики, пов'язані з кліматом, є місцево невизначеними, але зміненими внаслідок близькості до прибережних зон, що лежать низько, та місцевих температурних та погодних особливостей. Взаємодія між здоров'ям та споживанням енергії сильно залежить від технологій. У деяких випадках погане самопочуття та супутня бідність можуть зменшити можливість

домогосподарств отримати доступ до чистіших (дорожчих) джерел енергії там, де вони є.

3 + 8 ЦСР 3 та ЦСР 8 взаємопов'язані. Наприклад, там, де це зменшує бідність (ЦСР 1), економічне зростання призводить до покращення стану здоров'я у міру збільшення доходів працівників. Проте швидке економічне зростання може призвести до нових проблем охорони здоров'я. Там, де це завдає шкоди навколишньому середовищу, ймовірні різноманітні несприятливі наслідки для здоров'я (наприклад, смертність від забруднення повітря), хоча часто їх можна уникнути. Несправедливість у розподілі багатства може не тільки виключати деякі з переваг для здоров'я, але також може створювати нові проблеми - наприклад, нерівність може призвести до більшої частоти проблем із психічним здоров'ям, захворювань та смертей, пов'язаних з насильством. У таких галузях, як обробна промисловість, сільське господарство чи будівництво, якщо не передбачено відповідних засобів захисту, здоров'я працівників може постраждати від впливу забруднювачів, теплового стресу та травм. Економічне зростання впливає на охорону здоров'я в різні часи: забезпечення гідної праці та базового доходу дозволяють негайно здобути здоров'я, тоді як збільшення національного багатства, як правило, призводить до довгострокового поліпшення стану здоров'я. Однак довгострокові досягнення в галузі охорони здоров'я є складними: наприклад, країни з перехідною економікою часто зазнають значної смертності, пов'язаної із забрудненням і дорожньо-транспортними пригодами, тоді як багатші країни, як правило, збільшують неінфекційні хвороби зі зміненим способом життя. Крім того, національне економічне зростання може маскувати нерівність на місцевому рівні. Загалом, країни з низьким рівнем доходу побачать більший прибуток для здоров'я завдяки економічному зростанню та покращенню робочого середовища. Взаємозв'язок між економічним зростанням та здоров'ям сильно змінюється наявністю та якістю мереж соціального захисту, які полегшують наслідки періодів безробіття чи відсутності багатства. Крім того, негативні наслідки

зростання необхідно спростити шляхом дбайливого соціального та екологічного регулювання. Взаємозв'язок між економічним зростанням та здоров'ям має двосторонній характер. Погіршення самопочуття може спричинити значне погіршення економіки в країнах з низьким, середнім та високим рівнем доходу.

3 + 9 Синергія або компроміси між охороною здоров'я та ЦСР9 сильно залежать від вибору того, яким галузям, інноваціям та інфраструктурам надавати перевагу. Історично стадії розвитку були пов'язані із типовими моделями викликів здоров'ю - найбільш відомим є характерний епідеміологічний перехід від інфекційної до незаразної хвороби, яка може посилюватися або пом'якшуватися промисловими та інфраструктурними рішеннями. У довгостроковій перспективі розвиток промисловості, інновацій та інфраструктури сприяє покращенню стану здоров'я. Однак можуть існувати й негативні наслідки, особливо пов'язані з використанням земель та урбанізацією, системами транспорту / мобільності та забудовою житла. Наприклад, інвестиції в інфраструктуру на основі автотранспорту мають добре встановлені несприятливі наслідки для здоров'я, включаючи забруднення повітря від викидів транспортних засобів, затори на дорогах, дорожньо-транспортні пригоди та зниження фізичної активності внаслідок розростання міст. Однак належне планування, особливо в містах, може мінімізувати несприятливі наслідки та покращити стан здоров'я, наприклад, шляхом сприяння активному транспорту. Вплив на здоров'я може бути негайним і довготривалим. Через тривалий масштаб розвитку інфраструктури наслідки для здоров'я можуть бути зафіксовані за десятки років до завершення будівництва. Взаємозв'язок між інфраструктурою та охороною здоров'я в основному односпрямований, хоча поганий стан здоров'я може вплинути на участь у праці, а отже, і на здатність держав інноваційно або впроваджувати різні технологічні / інфраструктурні досягнення.

3 + 10 Зменшення нерівності у доходах, багатстві, освіті, послугах охорони здоров'я та доступу до влади може сприяти досягненню цілей у галузі охорони здоров'я та добробуту. Зокрема, є дані про те, що доходи та соціальна нерівність мають суттєві несприятливі наслідки для здоров'я в контексті низьких, середніх та високих доходів. Нерівність може спричинити вплив на здоров'я через різні шляхи, включаючи підвищений психосоціальний стрес, вищі показники шкідливої поведінки для здоров'я, такі як куріння, та погане фізичне середовище (наприклад, вищий рівень забруднення повітря). Ці відносини є двонаправленими і можуть призвести до циклів зворотного зв'язку з негативними наслідками: наприклад, погане самопочуття може обмежувати доходи домогосподарств шляхом прямого обмеження працездатності та через "пастки бідності", пов'язані із запозиченнями, де високі процентні ставки змушують домовласників продавати свою платити за ліки чи догляд, тим самим зменшуючи можливості для існування та додатково зменшуючи їх здатність забезпечувати здоров'я. На рівні громади високий тягар поганого здоров'я може обмежити наявні ресурси та доходи і, таким чином, закріпити нерівність, як у деяких нетрях / неформальних поселеннях та ізольованих сільських районах.

3 + 11 "Місце" впливає на здоров'я людини. Добре спроектовані міста сприяють здоров'ю людини та підтримують досягнення ЦСРЗ, тоді як погано спроектовані міста створюють нездорове середовище, відбиваючи фізичну активність, піддаючи людей таким небезпекам, як забруднення повітря та небезпечний транспорт, а також сприяючи психічні та неінфекційні захворювання. У короткостроковій перспективі житло, яке не містить забруднювачів та небезпек, а також забезпечує достатню температуру та простір, підтримує здоров'я. Крім того, транспортна інфраструктура сприяє негайному та безпосередньому зміцненню здоров'я, покращуючи доступ до медичної допомоги, доступ до роботи та освіти, що підтримує здоров'я. Стійка міська форма та дизайн пропонують деякі з

найбільш економічно вигідних варіантів уникнення обмеження вуглецю та, отже, обмеження або зменшення викидів вуглецю, що підтримує здоров'я в довгостроковій перспективі. Взаємозв'язок між стійкими містами та охороною здоров'я в основному односпрямований, хоча погане самопочуття або інвалідність можуть обмежити ресурси, участь у роботі, можливість подорожувати, а отже, і політичних варіантів розвитку міст.

3 + 12 Стале споживання та виробництво міцно пов'язане зі здоров'ям у довгостроковій перспективі; залежність цілей охорони здоров'я від стійких дій чітко визнана в новій парадигмі здоров'я планет. Короткострокові зв'язки між цими цілями менш виражені або можуть передбачати компроміси. Дійсно, стале споживання та виробництво можуть вимагати негайних негативних економічних прибутків. Це протиріччя було визнано в дискусіях щодо права на розвиток, і необхідні дослідження механізмів, за допомогою яких глобальне фінансування може компенсувати збитки для забезпечення сталого споживання та виробництва. Наслідки для здоров'я, якщо цього не досягти, можуть бути місцевими (наприклад, виснаження / колапс екосистеми, як для деяких рибних запасів) або глобальними, але часто є найважчими в умовах низьких доходів, де регулювання найслабше.

3 + 13 Багато наслідків зміни клімату на здоров'я є прямими, наприклад, вплив зростаючого теплового стресу на працездатність на вулиці, вплив важких погодних явищ, особливо повені та посухи, а також збільшення частоти сильних штормів. Інші наслідки є непрямими, включаючи кліматичні зміни, що сприяють поширенню переносників хвороб (наприклад, на денгу та малярію) та сприяють харчовій безпеці та недоїданню. Такі наслідки можуть швидко наростати із масштабами кліматичних порушень, які можуть призвести до локальних або регіональних конфліктів, порушення управління чи соціальних норм та масових міграцій. В умовах цих наслідків буде дуже важко досягти цілей у галузі охорони здоров'я. І навпаки, масштаби потенційного зниження щодо захворюваності та смертності від мінімізації кліматичних змін є високими і зростають. Міри з боротьби зі змінами клімату

призведуть до незначних покращень у сферах здоров'я та благополуччя, але при цьому до значних і довговотривалих досягнень у сферах здоров'я і розвитку. Потрібні нові механізми фінансування, щоб заохотити бідніші країни до прийняття кліматичних траєкторій розвитку та використання джерел енергії без вуглецю.

3 + 14 Здоров'я морських систем безпосередньо пов'язане зі здоров'ям людей у прибережних районах і там, де населення залежить від морських джерел їжі. Забруднення моря та згортання запасів риби внаслідок надмірного вилову може мати прямий вплив на харчування та, отже, на здоров'я в цих умовах. Зменшення морського забруднення також зменшить захворюваність та смертність. Вторинне морської води в підземні води в прибережних водоносних шарах, потенційно посилене внаслідок екстремальних погодних явищ, може забруднювати прісні водні ресурси та створювати супутні ризики для здоров'я. Втрата морського біорізноманіття може вплинути на здоров'я людини протягом короткого або тривалого періоду часу, особливо, оскільки це впливає на життєздатність морських екосистем і, отже, на наявність рибних запасів або потенціал для відкриття нових фармацевтичних сполук з морської біорозвідки. Для вирішення морських проблем, включаючи забруднення та надмірний вилов, потрібні міжгалузеві заходи та багатомасштабне інтегроване управління, і це займе час, але повинно мати як короткочасний, так і довгостроковий вплив на здоров'я.

3 + 15 Зміни в навколишньому середовищі, спричинені діями людини, включаючи вирубку лісів, опустелювання, забруднення навколишнього середовища, а також пов'язані з цим втрати біорізноманіття можуть вплинути на здоров'я таким чином: зменшення чисельності бджіл чи інших запилювачів, спричинене порушеннями навколишнього середовища, може вплинути на врожайність сільського господарства і, отже, на здоров'я людини. Зміни у землекористуванні, часто пов'язані із сільськогосподарським виробництвом, можуть розширити середовища

існування патогенів та погіршити водні шляхи, збільшуючи ризик передачі інфекційних хвороб. Досягнення цілей охорони здоров'я залежить від ретельного управління такими екосистемами. Оцінка екосистем Тисячоліття класифікує роль природних екосистем у чотирьох сферах обслуговування: підтримка, надання, регулювання та культурні послуги. Кожен з них має прямий або непрямий зв'язок із здоров'ям та добробутом людини від основних функцій, таких як кругообіг поживних речовин, забезпечення їжею та житлом та регулювання якості води, до духовних та рекреаційних компонентів. Взяті разом, вони не лише безпосередньо відображають аспекти як фізичного, так і психічного здоров'я, а також підтримують більш широкі аспекти, які необхідні для добробуту людини, такі як забезпечення доходами та культурна ідентичність [Millennium Ecosystem Assessment, 2005].

3 + 16 Мир, справедливість та сильні інституції є потужними механізмами поліпшення стану здоров'я. І навпаки, їх відсутність може перешкоджати ініціативам щодо покращення стану здоров'я та посилення нерівності. Високе навантаження на погане самопочуття або на насильство може обмежити спроможність урядів забезпечити справедливість та запровадити сильні інституції. У крайніх випадках виникаючі загрози здоров'ю можуть спричинити загрозу миру. Вплив міждержавних війн та конфліктів на здоров'я часто недостатньо розпізнається в дискурсі розвитку. Нинішні кризи в Лівії, Сирії та Іраку сприяли руйнівним громадянським конфліктам, масовій міграції та руйнуванню інфраструктури, що порушило службу охорони здоров'я та, можливо, сприяло протимікробній стійкості. Включення в економічне життя та процеси управління може зіграти важливу роль у підтримці довіри до інституцій та передумов для якісного управління. Це може сприяти покращенню результатів здоров'я та добробуту; гарне здоров'я громади, ймовірно, підтримуватиме сильніші та інклюзивніші установи.

3+ 17 Ефективне партнерство має вирішальне значення для оздоровлення. Дедалі більше визнається, що зі складними системними

проблемами втручання в одну підсистему може призвести до непередбачених наслідків в інших сферах. Підходи до управління та врядування часто бувають глухими, і вони не оцінюють таких міжгалузевих відгуків. Навпаки, прийняття системних підходів дозволяє передбачити ненавмисні негативні чи позитивні наслідки та сформулювати потенційно мудріші заходи. Потрібні міжгалузеві, міжпросторові та багаторегіональні партнерства та обмін інформацією, заснованою на системному мисленні. Ці відносини є двонаправленими, оскільки саме по собі самопочуття обмежує здатність брати участь у ефективних партнерських відносинах як безпосередньо, так і через вплив на освіту та капітал. СДГ критикували за недостатній наголос на ролі міжнародної торгівлі у сфері охорони здоров'я. В інституційному плані більшість багатосторонніх та деяких двосторонніх торгових угод в даний час виходять за межі порядку денного розвитку ООН, за винятком обговорень, що стосуються переважно приватно-державного партнерства. По суті, торгівля сприяє здоров'ю насамперед завдяки економічному зростанню (ЦСР8). Однак зростає занепокоєння щодо зменшення віддачі від лібералізації торгівлі та потенційних негативних наслідків торгових угод, особливо в країнах з низьким рівнем доходу. Це може відбуватися за рахунок відтоку кваліфікованих медичних працівників, патентів та збільшення витрат на ліки, а також щодо усунення торгових бар'єрів, які можуть мати несприятливі наслідки для здоров'я (наприклад, невеликий імпорт калорійної їжі до бідніших країн).

1.3 Методичні засади дослідження

Методичні засади дослідження формуються логічною послідовністю використання загальних та спеціальних методів, які забезпечують досягнення мети й поставлених завдань. Відповідно визначається етапність проведення дослідження.

На першому етапі (підготовка) було розроблено план роботи, прописаний зміст та алгоритм дій. Методом аналізу та синтезу був

сформований список джерел, які будуть використані в роботі. На другому етапі (дослідження та аналіз) було вивчення ситуації, існуючих трендів, програмного оточення; збір даних щодо ЦСР 3 : аналіз даних (зіставлення з базовим рівнем та цільовими орієнтирами),також аналіз проблем, дослідження стану виконання встановлених завдань; прогнозування впливу COVID-19 на виконання завдань ЦСР-3; також відбувся розгляд існуючих викликів, розроблення рекомендацій. І на останньому третьому етапі підводились підсумки, сформувались висновки проведеної роботи методом узагальнення.

Безпосереднього використання при проведенні даного дослідження зазнали метод аналізу, метод порівняння, графічний метод, узагальнення, індукція, дедукція, аналогія, системний аналіз, аналіз статей і монографій тощо. Аналізом називають такий метод пізнання, за якого виконують практичне або розумове розчленування об'єкта дослідження на його складники.[12] Це дає змогу виявити структуру об'єкта, відокремити суттєве від несуттєвого, звести складне до простого. Аналіз явища в процесі розвитку дає змогу виділити в ньому окремі етапи, суперечливі тенденції тощо. Мета аналізу - пізнання окремих частин об'єкта як елементів складного цілого. Умовою всебічного пізнання об'єкта дослідження є багатогранність його аналізу. [12]

Аналіз нерозривно пов'язаний із синтезом - процесом об'єднання в одне ціле частин, ознак, властивостей об'єкта, визначених за допомогою аналізу.

Аналіз і синтез багато важать у процесі пізнання і здійснюються на всіх його етапах. [12]

Існує багато видів аналізу і синтезу, а саме прямий (емпіричний) метод використовують для виділення окремих частин об'єкта, виявлення його властивостей, простіших змін тощо; поворотний (елементарно-теоретичний) метод базується на уявленнях про причинно-наслідкові зв'язки різноманітних явищ, структурно-генетичний метод виділяє в складному явищі ті елементи, що найбільше впливають на всі інші характеристики об'єкта. [12] Кожен вид

аналізу і синтезу має власні відмінності, але всі вони базуються на принципах розчленування цілого на складники з наступним відтворенням цілого з частин.

Індукцією називають такий метод дослідження, за якого загальний висновок про характеристики множини елементів роблять на підставі вивчення цих характеристик якоїсь частини елементів цієї множини. [12] Таким чином, індукція забезпечує можливість переходу від поодиноких фактів до загальних положень. У реальному пізнанні індукція завжди виступає в єдності з дедукцією, коли висновок про характеристики будь-якого елемента множини робиться на підставі пізнання загальних характеристик всієї множини. [12]

Загальнонаукові методи індукції і дедукції широко використовують окремі методи формальної логіки: єдиної схожості (припускається, що єдина схожа обставина є причиною досліджуваного явища), єдиної відмінності (припускається, що єдина різниця обставин є причиною явища); супутніх змін (зміна в одному явищі приводить до зміни в іншому, бо ці явища перебувають у причинному зв'язку); залишків (коли відомо, що деякі із сукупності окремих обставин є причиною частини явищ, то залишок цього явища зумовлений рештою обставин). [12] Узагальнення є одним з основних засобів для створення нових наукових понять, формулювання законів і теорій. Воно становить логічний процес переходу від окремого до загального, виділення поняття, яке визначає те загальне, що характеризує об'єкти певного класу. Отримання узагальненого знання означає глибше відображення дійсності, проникнення в її суть. [12] Також було використано такий метод, як порівняння- найпоширеніший метод аналізу, який полягає у порівнянні явищ, процесів та показників, що їх характеризують для виявлення спільних рис і відмінностей між ними. [12] Порівняння відіграє надзвичайно велику роль в аналітичних дослідженнях. Порівняння фактичних показників звітної періоду з плановими чи договірними зобов'язаннями дає змогу визначити рівень виконання плану та розмір

відхилень, що є дуже важливим чинником для даної роботи. [12] Наприклад, в роботі зроблений акцент саме на Україну та Європу, отже методом порівняння можна простежити, які в них є відмінності в індикаторах з ЦСР 3, або навпаки схожості.

Отже, можна побачити, що ЦСР 3 тісно взаємопов'язана з іншими Цілями сталого розвитку. (Рис.1.1) Без нормального її функціонування не зможе існувати жодна інша. Адже саме міцне здоров'я є запорукою успішного майбутнього в усіх сферах довкілля.

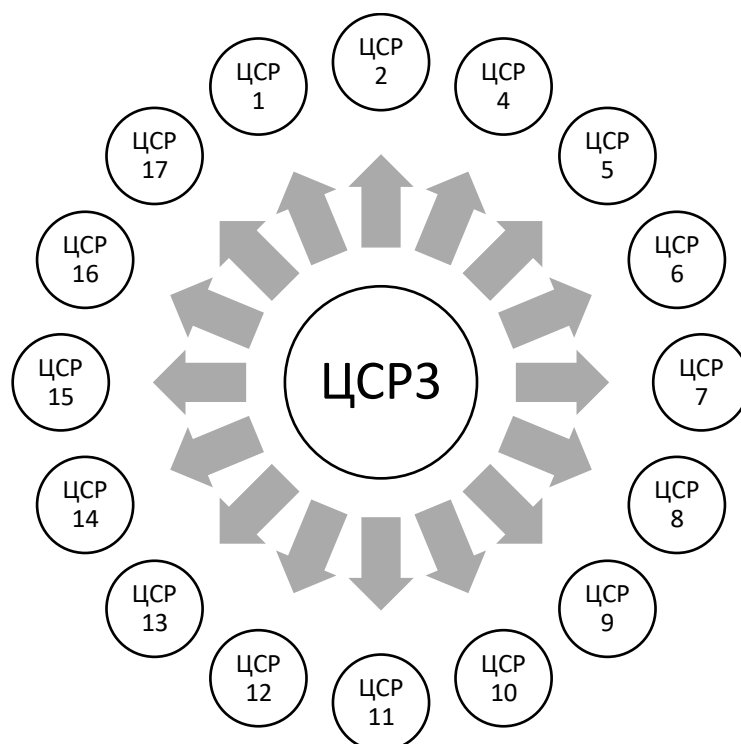


Рис. 1.1 Взаємозв'язок ЦСР 3 з іншими Цілями сталого розвитку
(складено автором за [12])

РОЗДІЛ 2. ГЛОБАЛЬНІ ТА ЄВРОПЕЙСЬКІ ТЕНДЕНЦІЇ ДОСЯГНЕННЯ ЦСР 3 ДО ТА ПІСЛЯ ПАНДЕМІЇ COVID-19

2.1 Шлях до виконання Цілей сталого розвитку до пандемії та вплив COVID-19 на досягнутий прогрес

Протягом більшої частини історії людства не існувало вимірювань і навіть концептуалізації частки та кількості людей, які живуть у крайній бідності або страждають від недоїдання. У звіті про світовий розвиток за 1990 р. введено міжнародну межу бідності за долларом на день із використанням паритету купівельної спроможності в національних валютах [13], ставка, яка згодом коригувалася вгору кілька разів, оскільки аналіз купівельної спроможності змінювався, частково через інфляцію.

Відтоді вимірювання за країнами-роками стабільно зростали, хоча вони залишаються дуже обмеженими щодо країн-років без вимірювання. Спираючись на дані та оцінки Світового банку PovcalNet, майже 2 мільярди людей у всьому світі опустились за нинішню межу бідності в \$ 1,90 протягом 1980-х років, кількість, яка до 2000 року знизилася лише нижче 1,7 мільярда, а потім значно швидше скоротилася до менше, ніж 0,7 млрд. Хоча на Східну Азію та Тихоокеанський регіон, особливо Китай, припадала значна частина скорочень, зменшення бідності відбулося в цілому у всьому світі, особливо з часів століття.[14]

Незважаючи на те, що практично неможливо відокремити внесок, який був зроблений особливими зусиллями, що заохочуються Цілями розвитку тисячоліття, проголошеними у 2000 році, та Цілями сталого розвитку, прийнятими у 2015 році, від незалежного розповсюдження економічного зростання у всьому світі, свідомої уваги до викорінення бідності та інших Цілей національного суспільства та світової спільноти, безсумнівно, сприяли прискоренню прогресу. [14] Яке характеризує прогрес і до інших цілей, особливо стосовно таких напрямків людського розвитку, як харчування та поліпшення здоров'я, розвиток освіти, рух до гендерної рівності та

забезпечення людських потреб, таких як безпечна вода, санітарія та доступ до енергії. [14]

Немає сумнівів, що пандемія має широкі гуманітарні, соціальні та економічні наслідки в коротко-, середньо- та довгостроковій перспективі, що, в свою чергу, може вплинути або затримати досягнення багатьох Цілей сталого розвитку (ЦСР) на різних рівнях та різними способами. [14]

Очевидно, що найбільш очевидний вплив COVID-19 відчувається на Ціль 3, яка прагне гарантувати здорове життя та сприяти добробуту. Пандемія чинила величезний тиск на системи охорони здоров'я не лише щодо лікування та управління вірусом, але також впливала на здатність доглядати за пацієнтами, які мають інші захворювання, і збільшуючи ризик ускладнень у популяціях із загрозою здоров'я. [14] Пандемія надала більшої видимої важливості загального доступу до систем охорони здоров'я незалежно від міграційного статусу людей. Однак пандемія також матиме наслідки для інших аспектів Порядку денного 2030 року. [14]

COVID-19 також негативно впливає на зайнятість, економічне та соціальне становище багатьох домогосподарств у всьому світі, а також на їх здатність задовольняти свої потреби, навіть найосновніші. Економічна криза, з якою стикаються країни регіону, та зростання безробіття будуть вирішальними у цьому плані, оскільки, крім пандемії, Латинська Америка та Карибський басейн досягли рівня безробіття на рівні 8,1% наприкінці 2019 року, повідомляє Міжнародна Організація праці. [14] І за прогнозами ECLAC, безробіття середньої робочої сили зросте до 11,5% у тому ж регіоні в результаті скорочення економічної активності з боку COVID-19. [14]

Безробіття та втрата купівельної спроможності впливають на населення мігрантів у більшій мірі, оскільки вони дуже часто зайняті у неформальному секторі економіки та мають більш нестабільні контрактні умови праці, особливо жінок-мігрантів. У випадку Латинської Америки та Карибського басейну неформальна робота залучає близько 50% від загальної кількості зайнятих людей. [14]

Зростання безробіття вплине на сферу діяльності Цілі 8 (щодо повної та продуктивної зайнятості та гідної праці для всіх), а також Цілі 1 (боротьба з бідністю), Цілі 2 (викорінення голоду, продовольчої безпеки та кращого харчування), Цілі 5 (гендерна рівність та розширення прав і можливостей жінок та дівчат), а також завдань 5.2, 8.7 та 16.2 щодо торгівлі людьми та експлуатації людей. ECLAC також наголошує, що Латинська Америка та Карибський басейн вже зазнають падіння ВВП на -5,3%, що є найгіршим в його історії. [14]

Подібним чином ця пандемія може посилити існуючу нерівність у суспільствах, а також вразливість певних груп населення, а отже, затримати досягнення Цілі 10, яка спрямована на зменшення нерівності між країнами та всередині них. [14] У цьому контексті мігранти є однією з тих вразливих груп, які особливо постраждали від пандемії, і які часто залишаються позаду або забуваються в планах соціального захисту та економічного відновлення або мають обмежений доступ до них або через мовні бар'єри, або через їх імміграційний статус. Все це, незважаючи на величезний внесок робітників-мігрантів у функціонування основних базових послуг у багатьох країнах, що стало очевидним під час цієї кризи. [14]

Крім того, прогнозується зменшення обсягу міжнародних грошових переказів, яке, за даними Світового банку, до 2020 року буде зменшено між 10% і 19,3%. [14] Грошові перекази є фундаментальною складовою економіки деяких країн регіону, де вони може становити від 5% до 20% національного валового внутрішнього продукту. [14] Значне скорочення грошових переказів поставить під загрозу здатність багатьох домогосподарств у цих країнах задовольняти свої найосновніші потреби та їх здатність інвестувати в покращення харчування, освіти та скорочення дитячої праці, серед іншого, додатково підкреслюючи існуючу нерівність. [14]

Також, на державному рівні, через економічне уповільнення, яке ми відчуваємо, та нагальні потреби в охороні здоров'я, дуже ймовірно, що відбудеться зменшення соціальних витрат або переорієнтація наявних

ресурсів, можливо, за рахунок більш всеосяжного бачення, що міститься у Цілях сталого розвитку, що знову впливає на обсяг поперечних цілей Порядку денного 2030. [14]

2.2 Глобальні та регіональні тенденції досягнення ЦСР 3 в світі до та після пандемії COVID-19

Аж до кінця 2019 року прогрес спостерігався в багатьох сферах охорони здоров'я[15]. Однак його темпи були недостатні для вирішення більшості задач в рамках ЦСР 3.

Пандемія COVID-19 почала гальмувати прогрес ще більше. Стрімке поширення COVID-19 забирає безліч людських життів і лягає непосильним тягарем на системи охорони здоров'я багатьох країн. Виникають збої в наданні основних послуг охорони здоров'я та діяльності з порятунку життя людей. А люди або не мають можливості, або бояться звертатися до медичних установ за такими послугами, як медичні огляди, вакцинація і навіть екстрена медична допомога. Це може мати небезпечні наслідки і загрожує звести нанівець досягнення в галузі охорони здоров'я, на завоювання яких були покладені десятиліття.[15]

У багатьох країнах спалах інфекції також викликає тривогу в плані готовності до надзвичайних ситуацій в сфері охорони здоров'я і проведення імунізації. Особливо це стосується країн, де системи охорони здоров'я нездатні впоратися з різким зростанням навантаження через недостатню кількість медичних працівників, медичного обладнання та матеріалів.[15]

Якщо не вжити термінових заходів, то пандемія COVID-19 може звести нанівець багаторічний прогрес в напрямку зниження материнської і дитячої смертності.

В області охорони материнського здоров'я був досягнутий певний прогрес. З 2000 по 2017 рік показник материнської смертності в світі знизився на 38 % (дод. А): з 342 до 211 випадків на 100 000 живонароджених[15] В середньому за цей період загальносвітовий коефіцієнт

материнської смертності щорічно знижувався на 2,9 %. Але поки темпи зниження не досягають і половини від 6,4 % - річного показника, якого необхідно досягти для вирішення глобального завдання зниження до 2030 року коефіцієнта материнської смертності до 70 випадків на 100 000 живонароджених. [15] У 2017 році від попереджуваних причин, пов'язаних з вагітністю та пологами, щодня вмирали приблизно 810 жінок. Близько 86 % всіх випадків материнської смертності в світі припадає на країни Африки на південь від Сахари і країни Південної Азії. [15]

За останні два десятиліття світове співтовариство домоглося величезних успіхів в справі скорочення масштабів дитячої смертності. Коефіцієнт смертності серед дітей у віці до п'яти років знизився в усьому світі з 76 випадків на 1000 живонароджених у 2000 році до 42 випадків у 2015 році і 39 випадків у 2018 році. (дод.Б) [15]

Коефіцієнт неонатальної смертності знизився в усьому світі з 31 випадка на 1000 живонароджених у 2000 році до 18 випадків на 1000 живонароджених у 2018 році. [15]

Незважаючи на досягнутий прогрес, лише у 2018 році у віці до п'яти років померло близько 5,3 млн дітей, з яких майже половина, або 2,5 млн, померли в перші 28 днів життя (неонатальний період). Перше місце за рівнем смертності серед дітей у віці до п'яти років, як і раніше займає Африка на південь від Сахари: у 2018 році кожна тринадцята дитина в цьому регіоні помирала до досягнення п'ятирічного віку. Це в 16 разів вище середнього показника в країнах з високим рівнем доходу. До 2018 року завдання ЦСР щодо зменшення смертності дітей у віці до п'яти років виконала вже 121 країна, і очікується, що до 2030 року цього доб'ється ще 21 країна. У той же час в 53 країнах, дві третини з яких розташовані в Африці на південь від Сахари, прогрес в досягненні цієї мети необхідно прискорити. [15] Такими були тенденції до початку пандемії.

Оскільки епідемія COVID-19 продовжує негативно впливати на функціонування систем охорони здоров'я, порушувати планове медичне

обслуговування і обмежувати можливості отримання повноцінного харчування і доступ до основних послуг в сфері харчування, прогнозується збільшення смертності дітей у віці до п'яти років на сотні тисяч випадків, а також зростання материнської смертності на десятки тисяч випадків. В разі порушення нормального медичного обслуговування і скорочення доступу до продовольства зростання дитячої та материнської смертності може виявитися катастрофічним: в 118 країнах з низьким і середнім рівнем доходу смертність серед дітей у віці до п'яти років може збільшитися за 6 місяців на 9,8-44,8 %, а материнська смертність - на 8,3-38,6 %.[15]

Якщо не забезпечити безперервність надання коштів і послуг в сфері планування сім'ї, число випадків небажаної вагітності може різко зрости.

Забезпечення кваліфікованої акушерської допомоги під час пологів є частиною перевіреної стратегії зниження рівня захворюваності і смертності матерів і новонароджених. За даними [15] у 2014-2019 роках в усьому світі кваліфікованими медичними працівниками було прийнято 81% пологів (у 2000-2005 роках - 64 %). Незважаючи на ці успіхи, в країнах Африки на південь від Сахари кваліфікованими акушерами приймалися лише 60% усіх пологів, а в країнах Південної Азії - 77 %. При цьому очікується, що в період з 2019 по 2030 рік народжуваність в Африці буде рости на 15% в рік. Якщо припустити, що нинішній рівень охоплення акушерськими послугами не зміниться, то в 2030 році в Африці пологи не будуть прийняті кваліфікованими фахівцями в 17 млн випадків.[15] Задоволення попиту на послуги з планування сім'ї за допомогою сучасних методів контрацепції також сприяє поліпшенню становища в сфері охорони здоров'я матері і дитини за рахунок запобігання небажаних і частих вагітностей. У всьому світі частка жінок репродуктивного віку (від 15 до 49 років), які відповідають своїм потребам в частині планування сім'ї за допомогою сучасних методів контрацепції, трохи збільшилася: з 75,7 % у 2010 році до 76,8 % у 2020 році. Незважаючи на прогрес, досягнутий в країнах Африки на південь від Сахари

за останнє десятиліття, сучасними контрацептивними засобами в регіоні користуються лише 55,5 відсотка жінок, бажаючих запобігти вагітності.[15]

В усьому світі число жінок, які хочуть, але не можуть скористатися сучасними протизаплідними засобами, перевищує 250 млн чоловік. По всьому світу спостерігається неухильне зниження показника народжуваності серед підлітків. Цей показник знизився з 48 народжень на рік на 1000 жінок у віці від 15 до 19 років у 2010 році до 45 в 2015 році і 41 в 2020 році.[15] Такому зниженню, зокрема, сприяли зусилля з пропаганди здорової і відповідальної ,репродуктивної та сексуальної поведінки серед підлітків, скорочення числа дитячих шлюбів і розширення доступу до сучасних засобів контрацепції. Проте між регіонами зберігаються значні відмінності: так, в країнах Африки на південь від Сахари показник народжуваності серед підлітків становить 101 дітонародження в рік на 1000 жінок. [15]

На тлі триваючого поширення COVID-19 багато медичних установ закриваються або обмежують обсяг послуг, що надаються. До того ж багато жінок і дівчат пропускають важливі медичні огляди, побоюючись заразитися вірусом. Крім того, перебої у функціонуванні виробничо-збутових ланцюжків в світі можуть привести до нестачі контрацептивів.[15]

В результаті десятки мільйонів жінок можуть позбутися доступу до засобів контрацепції, результатом чого стануть мільйони незапланованих вагітностей. [15]

Криза, викликана COVID-19, порушила діяльність з імунізації дітей у всьому світі, що може мати смертельно небезпечні наслідки.

Імунізація отримала широке визнання як одна з найбільш ефективних і економічних заходів в сфері охорони здоров'я в світі, що рятує мільйони життів. Частка дітей, які отримали необхідні три дози коклюшно-дифтерійно-правцевої вакцини (АКДС-3), збільшилася з 72 % у 2000 році до 86 % в 2018 році. (дод. В) Охоплення імунізацією з введенням другої дози вакцини, що містить ЖКВ-2 компонент, збільшився з 19 % у 2000 році до 69 % у 2018

році. [15] У тому ж році приблизно 19,4 млн дітям були зроблені щеплення цими необхідними вакцинами протягом першого року життя, що врятувало їх від серйозного ризику зараження потенційно смертельними захворюваннями. При цьому глобальний показник охоплення імунізацією пневмококовою кон'югованою вакциною (ПКВ), яка здатна значно скоротити число випадків захворювання пневмонією - ще одна з головних причин смертності дітей у віці до п'яти років, так і не досягнув 50 %.[15]

Криза, викликана COVID-19, порушила діяльність з імунізації дітей увсьому світі. З березня 2020 року збої в планових заходах з імунізації дітей набули масштабів, що не спостерігалися з часу початку здійснення розширеної програми імунізації в 1970-х роках. Більше половини(53 %) з 129 країн, які надали дані, повідомили про середньо- і великомасштабні перебої в проведенні вакцинації або повної її зупинки в березні і квітні 2020 року.[15]

Особливо значні збитки зазнали кампанії з вакцинації від кору та поліомієліту: кампанії по вакцинації від кору були припинені в 27 країнах, а кампанії по вакцинації від поліомієліту - в 38 країнах. Щонайменше 24 млн осіб в 21 країнах з рівнем доходу нижче середнього піддаються ризику залишитися без щеплень від поліомієліту, кору, черевного тифу, жовтої лихоманки, холери, ротавірусу, вірусу папіломи людини (ВПЛ), менінгіту А і краснухи.[15] Крім того, закриття кордонів в результаті спалахів COVID-19 призвело до потенційної нестачі вакцин щонайменше в 26 країнах з низьким і середнім рівнем доходу. [15]

Допомога тяжкохворим з неінфекційними захворюваннями набуває в умовах COVID-19 особливої важливості.

Вірогідність померти від будь-якого з чотирьох основних неінфекційних захворювань - серцево-судинних захворювань, раку, діабету і хронічних респіраторних захворювань - для людей у віці від 30 до 70 років знизилася з 22 % у 2000 році до 19 % у 2010 році і 18 % у 2016 році.[15]

Низькі темпи прогресу пояснюються головним чином недостатнім загальним об'ємом послуг профілактики і лікування неінфекційних

захворювань, наданих в рамках систем охорони здоров'я і за їх межами. У 2016 році на частку неінфекційних захворювань припадав 71 відсоток всіх випадків смерті в усьому світі; при цьому з 15 млн випадків передчасної смерті (у віці до 70 років) ,85 % були зареєстровані в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. [15]

Люди, які вже зараз страждають неінфекційними захворюваннями, піддаються більшому ризику захворіти коронавірусною інфекцією у важкій формі. Однак з початком пандемії COVID-19 робота з профілактики і лікування неінфекційних захворювань виявилася практично зірвана, причому найбільше постраждали країни з низьким рівнем доходу. Багато людей не отримують медичних послуг і лікарських препаратів, яких вони потребують. Тому необхідно невідкладно вжити заходів щодо ключових напрямів, в тому числі забезпечити необхідний обсяг допомоги при гострих, загрозливих для життя станах. [15]

Пов'язані з COVID-19 збої в наданні медико-санітарних послуг можуть викликати сплеск захворюваності і смертності від інших інфекційних захворювань. Незважаючи на досягнуті в багатьох напрямках успіхи, пов'язані з COVID-19 збої в наданні медико-санітарних послуг можуть призвести до сотень тисяч додаткових смертей від СНІДу, малярії, туберкульозу і тропічних хвороб, яким не приділяється належної уваги:

ВІЛ. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в світі серед дорослого населення у віці від 15 до 49 років знизилася за період з 2010 по 2018 рік на 18 % (дод. Г).

Однак з 2015 року прогрес практично припинився, що відтерміновує рішення світовою спільнотою передбаченої ЦСР-3 завдання. [15] У 2018 році захворюваність на ВІЛ склала 0,24 на 1000 неінфікованих, а число нових випадків інфікування оцінювалося в 1,7 млн. Завдяки наполегливим зусиллям щодо охоплення ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, за період з 2010 по 2018 рік захворюваність серед дітей молодшого віку в світі знизилася на 44 відсотки. [15] Найбільш значне скорочення захворюваності (на 37 %) серед

дорослого населення за цей же період був зареєстровано в країнах Африки на південь від Сахари. Проте 61 % всіх нових випадків інфікування ВІЛ стався в 2018 році в цьому регіоні.[15]

Необхідно вжити заходів щодо зменшення та усунення збоїв у наданні медико-санітарних послуг та забезпеченні медичними матеріалами в країнах Африки на південь від Сахари під час пандемії COVID-19. Дані моделювання показують, що коли не вжити жодних заходів, то в результаті припинення на півроку медичного обслуговування ВІЛ-інфікованих, включаючи антиретровірусну терапію, в 2020-2021 роках в країнах Африки на південь від Сахари число людей, які померли від захворювань, пов'язаних зі СНІДом, включаючи туберкульоз, може зрости більш ніж на 500 тис. чоловік.[15]

Малярія. Після багатьох років зниження кількості випадків захворювання на малярію, прогрес зупинився. З 2000 по 2014 рік захворюваність на малярію знизилася на 30 % - з 81 до 57 випадків на 1000 осіб, - після чого застигла на цьому рівні аж до 2018 року.[15]

Особливе побоювання викликає той факт, що в результаті поширення COVID-19 в країнах, ендемічних з малярії, діяльність з профілактики цієї хвороби може бути зірвана. Скасування профілактичних кампаній та масштабні збої в лікуванні в країнах Африки на південь від Сахари можуть призвести до збільшення кількості випадків захворювання на 23 відсотки, а смертності - на 99 % (у порівнянні зі взятими за основу показниками 2018 року).[15] Це означає, що прогнозовані 769 тис. випадків смерті від малярії тільки в країнах Африки на південь від Сахари можуть перевищити глобальні показники смертності від малярії в 2000 році, коли епідемія малярії досягла свого піку.[15]

Туберкульоз. Туберкульоз посідає перше місце усвіті по числу випадків смерті, викликаних дією одного збудника інфекції, і десяте місце серед найбільш поширених причин смертності в цілому. [15] У 2018 році на туберкульоз захворіли близько 10 млн осіб (89 % - дорослі, 63 відсотки - чоловіки і 8,6 відсотка - ВІЛ-інфіковані). Захворюваність на туберкульоз

знизилися до 172 нових випадків і рецидивів на 100 тис. чоловік в 2000 році до 141 на 100 тис. людей в 2015 році і 132 у 2018 році. Смертність від туберкульозу серед неінфікованих ВІЛ людей знизилася на 42 відсотки за 2000-2018 роки та на 8 % за 2015-2018 роки. Загрозу як і раніше представляє туберкульоз, стійкий до лікарських засобів: у 2018 році було зареєстровано 484 тис. нових випадків захворювання на туберкульоз зі стійкістю до рифампіцину (найбільш ефективному препарату першого ряду).[15] У сфері виявлення і лікування зберігаються серйозні проблеми, а нинішні темпи прогресу недостатні для того, щоб виконати поставлене в ЦСР завдання :покласти край епідемії цієї хвороби до 2030 року. [15]

Результати моделювання дозволяють припустити, що коли пандемія COVID-19 призведе до 25-відсоткового зниження на 3 місяці очікуваного рівня виявлення туберкульозу у всьому світі (що цілком імовірно, враховуючи масштаби збоїв в обслуговуванні, що спостерігаються в багатьох країнах), то можна очікувати зростання смертності від цієї хвороби на 13 %. Це повернуло б світове співтовариство до рівня смертності від туберкульозу п'ятирічної давності.[15]

Тропічні хвороби, яким не приділяється належної уваги

За останнє десятиліття у сфері боротьби з тропічними хворобами, яким не приділяється належної уваги, їх елімінації і ліквідації був досягнутий помітний прогрес. Загальна кількість людей, які потребують лікування від таких хвороб, скоротилася з 2,19 млрд в 2010 році до 1,80 млрд в 2015 році і 1,76 млрд в 2018 році.(дод. Д) Прогрес був частково обумовлений тим, що в кожній з 40 країн була забезпечена елімінація щонайменше однієї такої хвороби. Тим не менш, в лікуванні і догляді потребували 52 відсотки населення НРС (530 млн чоловік); в 2010 році цей показник дорівнював 78 відсоткам. [15]

Тимчасове призупинення обслуговування на місцевому рівні та інші збоїв наданні допомоги в результаті COVID-19 можуть звести нанівець

успіхи, досягнуті внаслідок багаторічної наполегливої праці і інвестицій в боротьбу з тропічними хворобами, яким не приділяється належної уваги.[15]

Світовій спільноті не вдається виконати свою обіцянку забезпечити загальне охоплення послугами охорони здоров'я до 2030 року.

Загальне охоплення послугами охорони здоров'я означає, що всім людям надається доступ до медичних послуг, в яких вони потребують, в той час,

коли вони їм потрібні, і в тому місці, де вони їм потрібні, і при цьому користування такими послугами не ставить їх у скрутне фінансове становище. Загальне охоплення передбачає надання всього спектру основних медичних послуг: від зміцнення здоров'я до профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги.

За оцінками [15] число людей, охоплених основними медичними послугами, становило в 2017 році від 2,5 до 3,7 млрд чоловік - приблизно від третини до половини населення світу. У тому ж році в країнах з низьким рівнем доходу послугами охорони здоров'я в повному обсязі були охоплені лише від 12 до 27 % населення.[15]

Якщо нинішні тенденції збережуться, то до 2030 року такими послугами будуть охоплені лише від 39 до 63 % населення світу.

Криза, викликана COVID-19, дезорганізує надання основних медико-санітарних послуг у всьому світі. Надання деяких з цих послуг було призупинено, щоб вивільнити ресурси для пацієнтів з COVID-19 і знизити ризик передачі інфекції. Крім того, скоротився попит на деякі найважливіші послуги, оскільки пацієнти прагнуть полегшити навантаження на лікарні та інші медичні заклади. Для того щоб до 2030 року загальне охоплення послугами охорони здоров'я стало реальністю, масштаби надання і використання основних медичних послуг повинні рости значно вищими темпами.[15]

Зростання витрат на охорону здоров'я, оплачуваних самими пацієнтами, досягає того, що мільйони людей можуть опинитися за межею крайньої бідності. Досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я

залишається найважливішим завданням світового масштабу. Число людей, які змушені самотійно оплачувати великі витрати на медичне обслуговування, зростає і, по всій ймовірності, продовжить рости. З 2000 по 2015 рік частка населення у світі, яка витрачає більше 10 % бюджету домогосподарства на оплату медичних послуг, зросла з 9,4 до 12,7 відсотка (927 млн чоловік). Крім того, за оцінками, в 2015 році майже 90 млн осіб опинилися в крайній бідності, через оплату медичних витрат з власних коштів. Виходячи з цієї тенденції, за оцінками, число людей, що витрачають не менше 10 % свого сімейного бюджету на послуги охорони здоров'я, складає 1 млрд осіб. Більшість цих людей живуть в країнах з рівнем доходу нижче середнього. [15]

Втрата доходу в результаті введення обмежень через COVID-19, швидше за все, посилить цю ситуацію. Життєво важливу роль у фінансуванні охорони здоров'я та медичних досліджень, а також в підтримці національних заходів реагування на COVID-19 відіграє офіційна допомога з метою розвитку (ОДР). І хоча обсяг ОДР, що виділяється усіма спонсорами на цілі базового медичного обслуговування, з 2010 року виріс в реальному вираженні на 41 %, досягнувши в 2018 році 10 млрд дол. США, в останні роки прогрес призупинився. [15]

Пандемія яскраво демонструє недостатню кількість медичного персоналу в усьому світі, а також важкий тягар догляду, що лягає на жінок.

У більшості країн частка жінок, зайнятих в охороні здоров'я і соціальному секторі, набагато вище, ніж в економіці в цілому. Згідно з даними за 2013-2018 роки по всьому світу, серед лікарів і медсестер сукупна частка жінок становить понад 76 %, (Рис.1) однак при цьому їх частка серед представників цих двох професій сильно різниться. [15] Серед лікарів частка жінок становить лише трохи більше 40 %, а серед медсестер і медбрів - майже 90 %. (Рис.1) Хоча жінки становлять більшість серед працівників охорони здоров'я та соціального сектору, вони часто недостатньо представлені на рівні вищого керівництва. [15] Пандемія виявила існуючу в багатьох країнах, особливо в регіонах, які найсильніше

постраждали від хвороби, недостатню кількість медичних працівників. У більш ніж 40 % усіх країн на 10 000 чоловік припадає менше 10 лікарів; в більш ніж 55 % країн на 10 000 чоловік припадає менше 40 медичних сестер та акушерок. (Рис.2.2) Для досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я до 2030 року потрібно додатково 18 млн медичних працівників, головним чином в країнах з низьким рівнем доходу і з рівнем доходу нижче середнього.[15]

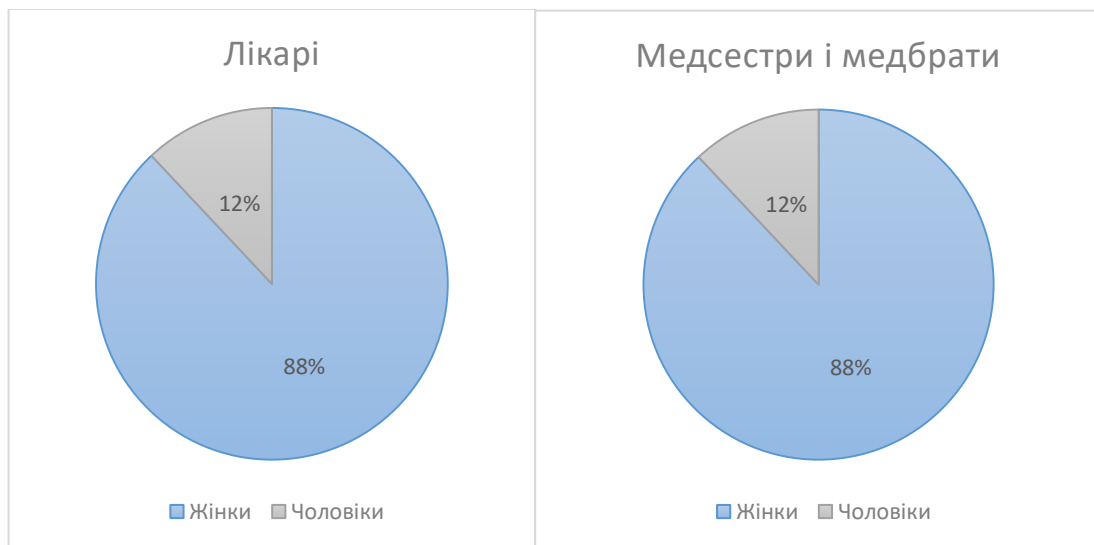


Рисунок 2.2 Розподіл лікарів і медсестер за статтю, 2013-2018 роки (у відсотках)(складено автором за [15])

Необхідність підвищення готовності системи громадської охорони здоров'я як ніколи очевидна. У 2019 р. 166 країн повідомили про свою готовність до боротьби з надзвичайною ситуацією в сфері охорони здоров'я, такою як пандемія коронавірусної інфекції, повідомляти про неї і реагувати на основі здійснення Міжнародних медико-санітарних правил. Аналіз показує стійкий прогрес з 2018 року майже по всіх категоріях основних можливостей, за винятком категорії людських ресурсів, показник за яким залишається на незмінному рівні в 63 %.(дод. Е) [15] Хоча з більшості напрямків ще доведеться виконати додаткову роботу, звіти за 2019 рік є переконливим свідченням твердої політичної схильності до виконання зобов'язань, закріплених в Міжнародних правилах. Звіти різних країн також показали, що необхідно прикладати зусилля щодо вдосконалення та

підтримки систем раннього попередження, а також щодо зменшення та регулювання ризиків для здоров'я населення в національному контексті. Отриманий в зв'язку з епідемією COVID-19 досвід ще яскравіше підкреслює необхідність підвищення готовності до надзвичайних ситуацій, а також швидкого використання можливостей реагування та розширення багатосекторального і міжнародного співробітництва. [15]

2.3 Європейські тенденції досягнення ЦСР 3 до та після пандемії COVID-19

Моніторинг ЦСР 3 в контексті ситуації у ЄС зосереджується на темах здорового життя, визначальних факторів здоров'я, причин смерті та доступу до медичної допомоги. ЄС досягнув значного прогресу за останні кілька років майже у всіх сферах, пов'язаних зі здоров'ям. Європейська комісія проводить ініціативу "Стан здоров'я у ЄС" [16] у тісній співпраці з ОЕСР та Європейською обсерваторією з питань систем та політики охорони здоров'я. Повторюваний дворічний цикл моніторингу включає серію «Здоров'я з першого погляду: Європа», профілі охорони здоров'я країн для кожної держави-члена ЄС та супровідний звіт із власною оцінкою Європейської Комісії важелів політики та пріоритетів.

Здорове життя. Світовий сплеск тривалості життя за минуле століття є результатом різних факторів, включаючи зниження дитячої смертності, підвищення рівня життя, поліпшення способу життя та кращу освіту, а також досягнення в галузі охорони здоров'я та медицини [17]. Очікувана тривалість життя дає об'єктивну оцінку того, як довго люди будуть жити, але це не свідчить про те, чи проживають вони своє життя з міцним здоров'ям. Таким чином, показники, що дають уявлення про суб'єктивні погляди людей на власний добробут, використовуються для доповнення інформації про тривалість життя. Очікувана тривалість життя при народженні та відчуття здоров'я зросли за останні кілька років. Дитина, яка народилася в ЄС у 2018 році, в середньому могла прожити до 81 року, що на 3,3 роки довше, ніж у

2003 році. Однак період, який ця дитина буде жити у здоровому стані - тобто без обмежень у функціонуванні та без інвалідності - становила 64 роки [18], що на 17 років коротше загальної тривалості життя. В усіх країнах-членах ЄС очікувана тривалість життя при народженні варіювала до 8,5 років у 2018 році - з 83,5 до 75,0 років. Цей прогрес в тривалості життя при народженні сповільнився в ЄС за останні роки, збільшившись лише на 0,5 року між 2013 і 2018 рр. Це може бути пов'язано із уповільненням зростання смертності [19]. Уповільнення покращення стану серцево-судинних захворювань та збільшення смертності від деменції та хвороби Альцгеймера особливо сприяли попередньо зазначеній тенденції. Крім того, показники смертності були нестабільними в окремі роки, наприклад взимку 2015 року, через грип, пневмонію та інші респіраторні захворювання. [20]Зростання тривалості життя в ЄС супроводжувалось покращенням самооцінки здоров'я. У період з 2013 по 2018 роки частка людей, які вважають себе в доброму або дуже хорошому стані здоров'я, зросла на 2,1 відсотки. У 2018 році 68,6% людей в ЄС оцінили своє здоров'я як добре, так і дуже добре. Однак ця частка сильно варіювала між державами-членами і становила від 84,1% до 44,0% у 2018 році. [20]Держави-члени ЄС несуть головну відповідальність за свою політику охорони здоров'я та організацію своїх систем охорони здоров'я. Однак політика згуртованості ЄС [21] має на меті зменшити диспропорції між регіонами ЄС, у тому числі щодо забезпеченості послугами охорони здоров'я. Крім того, дії в рамках кліматичної та екологічної політики ЄС [22] та Європейської зеленої угоди [23] сприяють зростанню здоров'я та добробуту. Хоча кожна держава-член відрізняється, всі їхні системи охорони здоров'я мають спільну кінцеву мету сприяти доброму здоров'ю та добробуту їх населення. Основна роль Комісії полягає в підтримці держав-членів у цій меті. Додаткову інформацію можна знайти у повідомленні Комісії 2014 року «Про ефективні, доступні та стійкі системи охорони здоров'я» [24].

Тривалість життя у жінок вища, ніж у чоловіків, але вони рідше оцінюють своє здоров'я як добре чи дуже добре.

У період з 2013 по 2018 роки тривалість життя жінок зросла на 0,4 роки - з 83,3 до 83,7 роки. За той же період показник серед чоловіків зріс на 0,7 роки - з 77,5 роки до 78,2 роки. Це трохи прогресивне покращення з боку чоловіків свідчить про зменшення гендерної різниці середньої тривалості життя, яка становила 5,5 року у 2018 році порівняно з 6,4 року у 2003 році. Це, принаймні частково, можна пояснити тим, що жінки проживають подібний спосіб життя як чоловіки [25]. Хоча, як правило, жінки живуть довше, ніж чоловіки, жінки рідше, ніж чоловіки, оцінюють своє здоров'я як хороше або дуже добре. У 2018 році 66,1% жінок та 71,3% чоловіків вважали своє здоров'я хорошим або дуже хорошим (гендерний розрив - 5,2 відсоткового пункту). [20]

Обернена гендерна ситуація також стає очевидною при розгляді того, скільки часу тривалості життя люди можуть очікувати, щоб жити в здоровому стані. Хоча дівчата, народжені в 2018 році, могли очікувати, що житимуть довше, ніж хлопчики, вони могли б очікувати, що проживуть лише близько трьох чвертей свого життя (64,2 з 83,7 року) без обмежень у функціонуванні та без інвалідності, тоді як хлопчики могли б очікувати, що житимуть близько чотирьох п'ятих (63,7 із 78,2 років) свого життя у доброму стані здоров'я [26].

Детермінанти здоров'я. Багато факторів впливають на здоров'я людей та населення. Сюди входять соціально-економічні аспекти, стан навколишнього середовища, інфраструктура міста, доступ до медичних послуг та користування ними, а також індивідуальні особливості та поведінка людини [27].

Фактори ризику, пов'язані зі способом життя, такі як нездорова дієта, фізична бездіяльність, вживання алкоголю та куріння, безпосередньо впливають на якість життя та тривалість життя громадян. Вони також негативно впливають на національну систему охорони здоров'я та соціальні

системи, урядові бюджети, а також на продуктивність та ріст нашої економіки. Детермінантами здоров'я є рівень ожиріння, поширеність куріння, шум та забруднення повітря. Грубо кажучи, перші дві детермінанти зосереджуються на індивідуальних особливостях та поведінці людини, а другі дві - на зовнішніх факторах. Однак багатовимірні аспекти, такі як моделі споживання чи мобільність, впливають на всі розглянуті детермінанти.

Більше половини дорослого населення ЄС мали надлишкову вагу в 2017 році. [20] Ожиріння є серйозною проблемою охорони здоров'я, оскільки воно суттєво збільшує ризик хронічних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, цукровий діабет 2 типу, гіпертонія та певні типи раку. Для конкретних людей ожиріння може бути пов'язане з широким спектром психологічних проблем. Для суспільства в цілому воно має суттєве значення для прямих та непрямих витрат, що створюють значне навантаження на охорону здоров'я та соціальні ресурси. У 2017 році 14,9% людей у віці старше 18 років в ЄС страждали ожирінням [20] (Цей показник вимірює частку людей із ожирінням на основі їх індексу маси тіла (ІМТ). ІМТ визначається як вага у кілограмах, поділена на квадрат зросту в метрах. Люди з віком від 18 років вважаються ожирінням з ІМТ, що дорівнює або перевищує 30. Іншими категоріями є: недостатня вага (ІМТ менше 18,5), нормальна вага (ІМТ від 18,5 до менше 25) та перед ожирінням (ІМТ від 25 і менше 30). Категорія надмірна вага (ІМТ, що дорівнює або перевищує 25), поєднує дві категорії, що страждають ожирінням та ожирінням), а ще 36,9% - були на межі ожиріння. [20] Це означає, що більше половини населення у віці до 18 років в ЄС мали надмірну вагу. У той час як частка людей із ожирінням зменшилась на 0,5 відсотки між 2014 і 2017 роками, частка людей, які були на межі ожиріння, зросла на 1,2 відсотки. Отже, загальна частка людей із зайвою вагою за цей період дещо зросла - з 51,1% у 2014 році до 51,8% у 2017 році. [20]

Рівень ожиріння, як правило, збільшується з віком, досягаючи максимуму в 65-74 роки в 2017 році і знову зменшуючись для людей у віці 75 років і старше. [20] Рівень ожиріння та рівень на межі ожиріння, як виявляється, зменшується із збільшенням рівня освіти. У 2017 році між державами-членами все ще існувала суттєва різниця: показники коливались від 10,4% до 25,7% для людей, що страждають ожирінням у віці старше 18 років. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Європа мала друге місце за часткою надмірної ваги або людей з ожирінням у 2014 році, після Америки [28].

Поширеність куріння серед населення віком від 15 років зменшилася з 2006 року. Вживання тютюну вважається "найбільшим ризиком для здоров'я, який можна уникнути в Європейському Союзі" [29].

Багато видів раку та серцево-судинних та респіраторних захворювань пов'язані з вживанням тютюну. Приблизно половина всіх курців помирає передчасно, позбавляючи сімей доходу та збільшуючи навантаження на системи охорони здоров'я. ОЕСД зазначає, що поширеність куріння серед населення віком від 15 років впала між 2006 і 2017 роками з 31% до 27%. Тим не менше, це все ще означає, що більше чверті дорослих в ЄС курили у 2017 р. Більше чоловіків палило, ніж жінок у 2017 р. (32% проти 23%). Однак гендерний розрив з часом дещо зменшився - з 12 процентних пунктів у 2006 році до 9 процентних пунктів у 2017 році. Цей розвиток подій може частково пояснити зменшення гендерної різниці у тривалості життя [30].

Директива про тютюнові вироби, прийнята в лютому 2014 року, встановлює правила, що регулюють виробництво, представлення та продаж тютюну та супутніх виробів [20]. Директива, яка набула чинності в країнах ЄС 20 травня 2016 року, вимагає великих обов'язкових комбінованих попереджень щодо здоров'я на пачках сигарет, забороняє всі рекламні та оманливі елементи на тютюнових виробах та забороняє сигарети з характерними ароматами, такими як фрукти або цукерки. З точки зору охорони здоров'я, Директива спрямована на захист громадян від шкідливих

наслідків куріння та інших видів споживання тютюну, допомагаючи їм кинути палити чи не починати палити. [20]

Зовнішні фактори, що впливають на здоров'я, такі як забруднення повітря та вплив шуму, в середньому зменшуються, але гарячі точки залишаються. За даними Європейського агентства з охорони навколишнього середовища (за оцінками ЄЕЗ, забруднення повітря є першопричиною смертності навколишнього середовища в Європі, що спричиняє понад 400 000 передчасних смертей на рік [31]. Це може призвести або посилити багато хронічних та гострих дихальних та серцево-судинних захворювань.

З кінця 1970-х років забруднення повітря є одним із основних питань охорони навколишнього середовища в Європі. Забруднювачі повітря викидаються як природним шляхом, так і внаслідок людської діяльності, переважно спаленням палива. Міське населення особливо схильне до впливу через високу концентрацію людської діяльності та промисловість у містах ЄС та щоденний потік пасажирів. Крім того, найбільш вразливі громадяни залишаються непропорційно забрудненими атмосферою [32].

Вплив забруднення повітря дрібними твердими частинками (PM_{2,5}) - однією з найбільш шкідливих складових повітря забруднення для здоров'я людей [33] - зросло в ЄС до 2011 р. З тих пір тенденція змінилася, знизившись більш ніж на 14% з 17,5 мкг / м³ у 2012 р. До 15,0 мкг / м³ у 2017 р. Однак, як видається, прогрес у 2017 р. зупинився порівняно з попереднім роком. Залишаються значні відмінності в межах ЄС, значення яких коливаються від 4,9 | μg / м³ до 23,8 | μg / м³ у 2017 році. Однак цей діапазон менший, ніж у 2012 році. Середньорічне значення PM_{2,5} нижче цільового показника для ЄС 25 | мкг / м³, але вона продовжує перевищувати рекомендовану ВООЗ річну середню величину 10 мкг / м³ [20]

У 2013 році Європейська комісія прийняла Пакет політики щодо чистого повітря [34] (стандарти якості повітря; національні цілі зменшення викидів; та стандарти викидів для основних джерел забруднення) з метою зменшення кількості передчасних смертей, пов'язаних із забрудненням повітря, на

більше ніж половину в 2030 р. порівняно з 2005 р. Коли Директива про викиди забруднювачів атмосфери [35], яка набула чинності 31 грудня 2016 р., буде повністю впроваджена. За оцінками фахівців, 13% громадян ЄС будуть зазнавати концентрації PM_{2,5} вище орієнтовного значення Світової організації охорони здоров'я у 2030 р., замість 88%, які постраждали у 2005 р. [36]. Також очікується, що Європейський зелений курс 2019 року - дорожня карта ЄС для підвищення стійкості своєї економіки - допоможе захистити здоров'я та добробут громадян ЄС від екологічних ризиків та впливів [37].

Вплив шуму також зменшує задоволеність життям і сприйняття благополуччя. ВООЗ [38] визначила шум другою за значимістю екологічною причиною погіршення здоров'я в Західній Європі після забруднення повітря [39].

Вважається, що найбільш шкідливі наслідки, такі як вплив на серце та кровоносну систему, виникають через стресові реакції в організмі людини, а також через зниження якості сну, серед інших взаємопов'язаних механізмів. Це може призвести до передчасної смертності [40]. В Європі, за оцінками, екологічний шум спричиняє понад 10 000 передчасних смертей на рік [41]. Автомобільний рух є домінуючим джерелом екологічного шуму, проте залізниці, аеропорти та промисловість також є важливими джерелами [42].

За останні вісім років ЄС досягнув прогресу у напрямку зменшення шумового забруднення, при цьому частка населення, яке відчуває вплив шуму від сусідів або з вулиці, зменшилася з 20,6% у 2010 році до 18,2% у 2018 році. Однак у 2018 році ця частка дещо збільшилася порівняно з 2017 роком, що вказує на те, що прогрес затримується. Оскільки оцінка шумового забруднення є суб'єктивним показником, падіння значення показника не обов'язково може свідчити про подібне зниження фактичного рівня шумового забруднення [43].

Посилаючись на рівні показників шуму, встановлені Директивою ЄС про шум навколишнього середовища (2002/49 / ЄС) та на основі модельних

розрахунків з 2019 року, за оцінками, 78,2 мільйона людей у міських районах ЄС зазнали шуму від дорожнього руху 55 децибелів (дБ) або вище в середньому щорічно для дня, вечора та ночі. За оцінками, ще 10,3 мільйона людей зазнали надмірного шуму від залізниць, 3 мільйона від аеропортів та 0,8 мільйона від промисловості [44].

Недавній звіт показує, що для здоров'я найбільш вразливих громадян Європи залишається непропорційно велика небезпека для навколишнього середовища, таке як забруднення повітря та шум [45]. Наприклад, групи нижчого соціально-економічного статусу, як правило, зазнають непропорційного впливу шумового забруднення, оскільки вони часто мешкають найближче до джерела. Інша група - це діти, які вразливі до забруднення повітря. На додаток до цих двох основних факторів навколишнього середовища, вплив та можливий вплив на здоров'я токсичних хімічних речовин та пестицидів, що знаходяться в навколишньому середовищі та продуктах харчування, перебувають під посиленою пильною увагою наукових та регуляторних спільнот у всьому світі.

Причини смерті є одними з найдавніших наявних медичних статистичних даних і відіграють ключову роль у загальній оцінці стану здоров'я в ЄС. Дані можна використовувати для визначення того, які профілактичні та медичні лікувальні заходи або інвестиції в дослідження можуть збільшити тривалість життя населення. Вибрані для цієї підтеми показники розглядають смертність від інфекційних хвороб, смертність, яку можна уникнути, та нещасні випадки зі смертельними наслідками на дорогах та на виробництві.

Результати щодо смертності, яку можна попередити та вилікувати, а також деяких інфекційних захворювань є позитивними. Смертність, якої можна уникнути, відноситься до причин смертності, що підлягають запобіганню та лікуванню, включаючи травми та хвороби, пов'язані з наркотиками, а також до низки респіраторних та інфекційних захворювань, а також деяких видів раку. Розвиток смертності, що підлягає запобіганню та

лікуванню, за даними [20], був позитивним у короткостроковій перспективі: смертність, яку можна було запобігти, впала на 8,9% - зі 176,0 на 100 000 осіб у 2011 році до 160,4 на 100 000 у 2016 році. Подібним чином лікувальна смертність впала на 9,9% , зі 103,4 на 100 000 осіб до 93,1 на 100 000 осіб за той самий період. Хоча розвиток подій був позитивним майже у всіх державах-членах, розрив у 3674 особи на 100 000 між найвищим та найнижчим значенням свідчить про те, що всередині ЄС все ще існує значна неоднорідність. [20],

Інфекційні хвороби, такі як ВІЛ, туберкульоз та гепатит, виділені як окремі цілі в цілях сталого розвитку. ЄС також зобов'язався допомогти державам-членам досягти цілей щодо подолання ВІЛ / СНІДу та туберкульозу до 2030 року та зменшення гепатиту [46] (дод. Ж). В ЄС смертність від цих трьох захворювань стабільно падала: тоді як 5,2 зі 100 000 людей померли в результаті однієї з них у 2002 році, показник впав до 2,8 на 100 000 людей до 2016 року. Тенденції також були позитивними для трьох захворювань окремо: між 2002 і 2016 роками смертність на 100 000 людей знизилася з 2,2 до 0,8 від туберкульозу, з 1,3 до 0,6 від ВІЛ / СНІДу та від 1,7 до 1,4 від гепатиту. [20]

Однак слід зазначити, що у випадку гепатиту поточний розрахунок показника, ймовірно, буде занижувати кількість смертей внаслідок гепатитів В і С. [47]. Хоча кількість смертей через три інфекційні хвороби, що відслідковуються тут, зменшилась, смертність від інших інфекційних та паразитарних хвороб має тенденцію до коливання внаслідок, наприклад, різного ступеня тяжкості сезонного грипу. У 2011 році 12,6 із 100 000 людей загинули через певні інфекційні та паразитарні захворювання. Ця кількість зросла протягом наступних років, досягнувши піку зі швидкістю 15,2 у 2015 році, але впав назад до 13,5 у 2016 році[48].

Комісія підтримує держави-члени та організації громадянського суспільства у боротьбі з інфекційними хворобами за допомогою існуючих політик та інструментів, таких як програма охорони здоров'я ЄС або

програма досліджень та інновацій Horizon 2020. Рішення No 1082/2013 / ЄС [49] про серйозні транскордонні кордони загроза здоров'ю встановлює правила щодо даних та інформації, про які повинні повідомляти національні компетентні органи, та забезпечує постійну координацію мережі Європейським центром з профілактики та контролю захворювань (ECDC). Огляд поточної ситуації, інструментів політики та передової практики щодо боротьби з ВІЛ / СНІДом, вірусними гепатитами та туберкульозом в Європейському Союзі та сусідніх країнах зібраний у робочому документі Служби Комісії 2018 року [50].

Крім того, Європейська Комісія зараз готує план підтримки держав-членів у вдосконаленні профілактики та догляду за раком. Окрім заходів у п'яти сферах (профілактика, раннє виявлення та діагностика, лікування та догляд, якість життя хворих на рак, вижилих та опікунів, а також знання, дані та наукові докази), план також стосуватиметься областей, які, як очікується, будуть позитивно впливати на інші основні незаразні захворювання, що мають спільні фактори ризику. Так званий «Європейський план боротьби з раком» планувалось прийняти до кінця 2020 року [51].

Менше людей гине внаслідок нещасних випадків на виробництві чи на дорогах, але за останні кілька років прогрес зупинився. Аварії були однією з найпоширеніших причин смерті в ЄС, що призвело до майже 148 000 смертей або 3,3% усіх смертей у 2016 році [52]. Ці аварії можуть траплятися в різних місцях, таких як будинки, місця відпочинку, в транспорті або на роботі.

Поліпшення робочого середовища для захисту здоров'я та безпеки працівників визнано важливою метою ЄС та його держав-членів у Договорі про функціонування Європейського Союзу [53]. Удвічі зменшити кількість смертей внаслідок дорожньо-транспортних пригод є не лише глобальною метою, а й ціллю політики ЄС [54]. У 2001 році безпека дорожнього руху стала пріоритетом спільної транспортної політики ЄС у відповідь на зростаючу стурбованість європейських громадян [55].

У 2018 році внаслідок ДТП загинули 23 339 людей (що дорівнює 5,2 на 100 000 осіб), що на 50,7% менше, ніж у 2003 році, і на 3,6% менше, ніж у 2013 році. [20] Проте стагнація жертв на дорогах з 2013 року означає, що в ЄС більше не існує на шляху до досягнення мети - зменшити вдвічі кількість загиблих в дорожньо-транспортних пригодах до 2020 року порівняно з 2010 роком.

Смертельні аварії, що призвели до смерті жертв протягом одного року, також трапляються на роботі. ЄС досяг прогресу між 2012 і 2017 роками, зменшивши кількість смертельних нещасних випадків на виробництві на 100 000 зайнятих осіб з 2,1 до 1,8. [20] Незважаючи на те, що загальний рівень захворюваності на нещасні випадки на виробництві зменшився у 2017 році, значна гендерна різниця залишалася: рівень захворюваності жінок (0,2) був незначним порівняно з чоловіками (3,2). Нещасні випадки також можуть завдати значної шкоди, наприклад, змушуючи людей жити з постійною втратою працездатності, залишати ринок праці або міняти роботу. Це траплялось значно частіше, ніж нещасні випадки зі смертельним наслідком, із частотою захворюваності 1 703,8 на 100 000 зайнятих у 2017 році [56].

Доступ до медичної допомоги. Доступ до медичної допомоги - своєчасний доступ до доступної, профілактичної та лікувальної медичної допомоги - є головним у політичному порядку денному. Це визначено як право в Хартії основних прав і є одним із 20 принципів Європейського союзу пасоціальних прав [57]. Обмежений доступ для деяких груп населення може призвести до погіршення стану здоров'я для цієї групи та збільшення нерівності у здоров'ї [58]. Зменшення нерівності у здоров'ї важливо не лише з міркувань рівності, але й тому, що сприяє вищій економічній та соціальній згуртованості [59].

У 2018 році 1,8% населення ЄС повідомили про незадоволену потребу в медичній допомозі через фінансові причини, довгі списки очікування або відстань до подорожі. Ця частка була нижчою, ніж п'ятьма роками раніше, коли вона становила 4,0%, але, схоже, прогресу становитиме

часом зупинився з незначним зростанням на 0,2 процентних пункти у 2018 році порівняно з попереднім роком. [20] Це свідчить про те, що доступ до медичної допомоги залишається проблемою (дод. 3).

Більшість європейських країн досягли загального охоплення основним набором послуг, який зазвичай включає консультації з лікарями, обстеження, та лікарняну допомогу. Проте в деяких країнах охоплення цими послугами може бути не універсальним. Більше того, в ЄС близько п'ятої всіх витрат на охорону здоров'я несуть безпосередньо домогосподарства. Такі виплати з власної кишені можуть створити серйозну проблему для домогосподарств з низьким рівнем доходу, зокрема у поєднанні зі зменшенням фінансових ресурсів для системи охорони здоров'я, спричинених економічною кризою [60].

Доступ до охорони здоров'я був ключовим елементом аналізу систем охорони здоров'я з моменту визначення політики Комісії у 2014 році. У повідомленні Комісії „Про ефективні, доступні та стійкі системи охорони здоров'я” [61] встановлюється потрійна мета ефективності, доступності та стійкості, а також має на меті трансформувати системи охорони здоров'я по всій Європі, щоб зробити їх придатними для майбутнього. Директива 2011/24 / ЄС про застосування прав пацієнтів у транскордонному медичному обслуговуванні надає громадянам ЄС доступ до медичної допомоги в ЄС та відшкодування за це. Нарешті, Комісія співфінансує спільну з державами-членами трирічну спільну акцію з протидії нерівності у сфері охорони здоров'я (JANEE), розпочату в 2018 році. Дійсно, фінансові обмеження є найпоширенішою причиною того, що люди повідомляють про незадоволені потреби в медичному обстеженні. Для 1,1% усього населення ЄС у 2018 році «занадто дорого» було найпоширенішою причиною повідомлення про незадовільне медичне обстеження. Ще 0,6% повідомили про незадовільне медичне обстеження через "списки очікування", а ще 0,1%, оскільки було "занадто далеко, щоб їхати". [20] Варто зазначити, що витрати не були головним питанням у всіх державах-членах; в деяких країнах більшість

людей, які повідомляють про незадовільне медичне обстеження, головною причиною назвали довгі черги очікування. (дод. И)

Отже, можна побачити наскільки пандемія COVID-19 вплинула на досягнутий прогрес у виконанні ЦСР 3. Насамперед- це призупинення імунізації через закриття кордонів через карантин, адже не існує інших способів транспортувати життєво необхідні вакцини, особливо це стосується малорозвинених країн, таких як Африка на південь від Сахари, також під загрозою опиняються виконання завдань щодо зниження материнської смертності, допомога тяжкохворим з неінфекційними захворюваннями. COVID-19 призвів до збоїв у наданні медико-санітарних послуг та забезпеченні медичними матеріалами, особливо в країнах Африки на південь від Сахари. Світовій спільноті не вдається виконати свою обіцянку забезпечити загальне охоплення послугами охорони здоров'я до 2030 року, як це вказано у завданнях ЦСР 3.

РОЗДІЛ 3. УКРАЇНА НА ШЛЯХУ ДО РЕАЛІЗАЦІЇ ЦСР 3

3.1. Сучасний стан й тенденції реалізації ЦСР 3 в Україні

ЦСР 3 охоплює завдання покращення стану здоров'я населення, що віддзеркалює благополуччя суспільства. Загалом з 16-ти індикаторів, що вимірюють прогресдосягнення амбітної національної Цілі 3, за 12-ма має місце позитивна динаміка, в тому числі за 4-ма вже досягнуті значення цільового індикатора.[61] Протягом останніх п'яти років в галузі охорони здоров'я відбулась низка реформ, спрямованих на підвищення доступності та якості медичних послуг. Зокрема, значущі зміни відбулися у системах фінансування охорони здоров'я, медичної освіти, системі громадського здоров'я, медичних закупівлях, надання медичних послуг та інших сферах.[61]

Прогресом у досягненні цілі є:

- зменшення рівня смертності дітей у віці до 5 років, якого вдалося досягти завдяки впровадженню сучасних перинатальних технологій і реорганізації

акушерських та неонатологічних відділень і створенню мережі перинатальних центрів; [61]

- зниження кількості хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу завдяки впровадженню нових рекомендованих ВООЗ режимів лікування з використанням нових спеціалізованих проти туберкульозних препаратів; [61]

- скорочення кількості смертей жінок та чоловіків від цереброваскулярних хвороб через впровадження заходів, передбачених Національним планом щодо неінфекційних захворювань та подолання тягаря неінфекційних хвороб та протидії впливу факторам ризику таких як тютюнокуріння, зловживання алкоголем, нездорове харчування, низька фізична активність та забруднене атмосферне повітря; [61]

- зменшення кількості смертей унаслідок транспортних нещасних випадків та зменшення кількості травмованих осіб унаслідок дорожньо-транспортних пригод завдяки зусиллям уряду, спрямованим на підвищення рівня безпеки в транспорті у результаті виконання відповідної Державної програми підвищення рівня безпеки дорожнього руху в Україні до 2020 року, зокрема, заходів з покращення експлуатаційних показників автомобільних [61] доріг і вулиць, безпеки експлуатації транспортних засобів, підвищення ефективності системи підготовки водіїв; [61]

- зменшення кількості випадків материнської смертності через впровадження комплексних заходів та розвитку акушерських відділень; [61]

- скорочення кількості смертей жінок від злоякісного новоутворення молочної залози, що відбулося, в тому числі, завдяки інформаційно-просвітницькій діяльності, спрямованій на профілактику захворювання, його ранню діагностику та лікування; [61]

- зменшення імовірності жінок померти у 20-64 роки з 0,15514 у 2015 році до 0,15010 у 2018 році, що дозволяє при продовженні такої тенденції очікувати на досягнення цільового індикатора – 0,15000 – у 2020 році. [61]

Серед позитивних тенденцій також слід відмітити:

-скорочення кількості смертей жінок від злякисного новоутворення шийки матки у віці 30-59 років завдяки інформаційно-просвітницькій роботі, спрямованій на раннє виявлення онкологічних захворювань жіночих репродуктивних органів та поліпшення якості їх діагностики;

-скорочення частки осіб віком 16-29, які курять, серед чоловіків, що відбулося, у тому числі, завдяки запровадженню основних заходів Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну в українське законодавство, зокрема, імплементації нецінових заходів – повної заборони тютюнової реклами та спонсорства, періодичної зміни попереджень про шкоду куріння на пачках сигарет, звільнення усіх громадських місць від тютюнового диму. Проте, для досягнення значного скорочення поширеності куріння серед усіх верств населення необхідно податкову політику посилити законодавчими та адміністративними заходами, зокрема, відносно тютюнових виробів для нагрівання та рідин для електронних приладів; [61]

-збільшення рівня охоплення профілактичними щепленнями дітей до 1 року: проти кору, краснухи та паротиту – 93,2% у 2019 році (2015 рік – 63,2%), кашлюку, дифтерії та правцю – 85% (2015 рік – 26,5%), гепатиту В – 77,0% (2015 рік – 25,4%), туберкульозу – 88,6% (2015 рік – 39,8%), поліомієліту – 78,4% відповідно (2015 рік – 63,8%). За останні 7 років завдяки переходу на міжнародні закупівлі в Україні наявна достатня кількість вакцин, щоб охопити імунізацією всі вікові групи, які цього потребують відповідно до законодавства. Зростання рівня імунізації населення (згідно з Календарем профілактичних щеплень) забезпечено завдяки: переходу на трирічне планування закупівлі вакцин; створенню умов для повного забезпечення потреб закладів охорони здоров'я в імунобіологічних препаратах для проведення щеплень; перегляду Календаря профілактичних щеплень та відмінені ревакцинації від туберкульозу в 7 років (це дозволило зменшити кількість уколів для дитини під час проведення профілактичних щеплень).

Проте такі позитивні тенденції не є достатніми і стримувались через:

-недостатній рівень фінансування системи охорони здоров'я. Бюджетні витрати переважно склалися із видатків закладів охорони здоров'я на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг (близько 75%)[61]

За таких обставин залишається дуже мало фінансових можливостей для фактичного надання послуг, тобто лікування хворих, закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів.

З 2017 року принципи фінансування в охороні здоров'я змінилися і наразі видатки для закладів охорони здоров'я відбуваються на основі послуг, які ті надають пацієнтам, що дозволить отримати більш доступну допомогу для пацієнта та забезпечити більш ефективне використання коштів на основі визначеного гарантованого пакету послуг. Стабільне фінансування та збільшення видатків на охорону здоров'я необхідне щоб в подальшому розширювати кількість послуг на безоплатній основі, гарантованих державою та покращувати матеріальну технічну базу лікарень;[61]

-поширеність серед населення практики самолікування. За останніми даними соціологічних досліджень, в Україні майже 69% хворих займаються самолікуванням, не звертаючись за допомогою до лікарів. Це призводить до збільшення випадків ускладнень, особливо у хронічно хворих пацієнтів, негативно впливає на показники інвалідності і скорочення життя;[61]

-неефективність частини лікарських препаратів, які реалізуються на ринку.

За результатами проведених досліджень ВООЗ майже 10,5% всієї медичної продукції, що використовується в країнах з низьким та середнім рівнем доходів, не витримує перевірки та є фальсифікатом. Через відсутність єдиної системи моніторингу обігу ліків, в Україні неможливо визначити обсяг фальсифікованих ліків. Процедури допуску лікарських засобів на ринок та погодження клінічних випробувань тривають в середньому на 15-25% часу довше, ніж аналогічні процедури у країнах ЄС.[61]

Серед негативних тенденцій, про які важливо зазначити, є той факт, що Україна сьогодні посідає одне з перших місць серед країн європейського регіону за кількістю ВІЛ-позитивних осіб. За експертними розрахунками [61], на початок 2018 р. в країні проживало 244 000 ВІЛ-позитивних людей. При цьому в Україні зросла кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ, на 100 000 населення з 37,0 у 2015 році до 42,8 у 2018 році, що з високою вірогідністю може свідчити про практичну не досяжність цільового індикатора 30,9 у 2020 році. Збільшення кількості хворих з уперше житті встановленим діагнозом ВІЛ зумовлене розширенням доступу до тестування та виявлення ЛЖВ, які не знали про свій статус раніше. Зокрема, протягом 5 років частка людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ) та не знають про свій статус скоротилася з 50% до менше ніж 30%. Кількість ЛЖВ, що отримують антиретровірусну терапію (АРТ) збільшилася протягом 5 років на 75000 осіб та наразі охоплення АРТ складає близько 72% від кількості ЛЖВ, що знають про свій статус. 93% ЛЖВ, що приймають АРТ мають невизначальний рівень вірусного навантаження. [61]

Глобальне співтовариство прийняло зобов'язання елімінувати передачу ВІЛ від матері до дитини до 2030 року в якості однієї з пріоритетних завдань громадської охорони здоров'я. Відомо, що своєчасна антиретровірусна терапія серед ВІЛ-позитивних вагітних та їх дітей дозволяє досягти цілей елімінації, а саме, істотно знизити ризик перинатального інфікування дитини до 2-1% або менше 50-ти випадків на 100 тисяч живонароджених дітей. Україна вже перебуває на порозі елімінації, що є важливим досягненням. [61] Однак, у країні ще не досягнуто стабільного зниження рівня вертикальної трансмісії ВІЛ. Представники Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу виступили з ініціативою утворити та організувати ефективну роботу для виконання умов подання запиту України до регіонального секретаріату з валідації ППМД щодо проходження процесу валідації ППМД в Україні. Також досі існує потреба в забезпеченні рівного доступу жінок, які живуть з ВІЛ, до медико-соціальних послуг, у т.ч. з питань

сексуального та репродуктивного здоров'я, протидії стигматизуючому ставленню до ВІЛ-позитивних людей у суспільстві.[61]

Серед інших проблем, що стримують прогрес у сфері охорони здоров'я, слід зазначити збереження високих гендерних відмінностей у показниках очікуваної тривалості життя та ймовірності настання передчасної смерті, особливо від зовнішніх причин (нешасні випадки, самогубства, вбивства). Надвисока смертність чоловіків працездатного віку значною мірою визначається поширенням ризикованих форм поведінки, шкідливих звичок, небажанням звертатися до лікарів, що часто пов'язується з впливом гендерних стереотипів, які визначають «належні» моделі поведінки жінок і чоловіків.[61]

Для досягнення Цілі необхідним є подальше реформування системи охорони здоров'я та впровадження комплексних заходів для попередження хвороб, забезпечення їх раннього виявлення, діагностики та лікування, що є доступним, вчасним та якісним, та створення середовища, що сприяє здоров'ю.[61]

У звіті про ЦСР зазначено, що також важливими завданнями є:

-забезпечити імплементацію та реалізацію заходів для профілактики неінфекційних хвороб, які є причиною 80% смертей в країні. Зокрема, у 2018 році був ухвалений Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, щоб координувати зусилля для подолання тягаря неінфекційних хвороб таких як: хвороби системи кровообігу, новоутворення, хронічні обструктивні хвороби легень, діабет, а також протидії впливу таким факторам ризику як: тютюнокуріння, зловживання алкоголем, нездорове харчування, низька фізична активність та забруднене атмосферне повітря; [61]

-реалізувати створення ефективної системи охорони психічного здоров'я, орієнтованої на користувача допомоги;

-забезпечити виконання зобов'язань з профілактики інфекційних та неінфекційних хвороб, зокрема Стратегії розвитку імунопрофілактики та

захисту населення від інфекційних хвороб, яких можна запобігти проведенням імунопрофілактики на період до 2022 року; Стратегії розвитку національної системи крові в Україні; Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я» на період до 2025 року та плану заходів її реалізації; Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року; Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню; Плану заходів щодо зниження рівня опромінення населення радоном та продуктами його розпаду, мінімізації довгострокових ризиків від поширення радону в житлових і нежитлових будівлях, на робочих місцях на 2020-2024 роки; Національної стратегії з оздоровчої рухової активності на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» та планів заходів з її реалізації; [61]

- забезпечення епідеміологічного благополуччя населення шляхом охоплення профілактичними щепленнями 95% громадян через сталу система закупівель імунобіологічних препаратів згідно з календарем щеплень, яка забезпечить на 100% потребу, функціонування ефективних регіональних команд у складі регіональних закладів громадського здоров'я, які здійснюватимуть управління запасами імунобіологічних препаратів (вакцин) та медичних виробів, які використовуються для профілактичних щеплень; [61]

-запуск національної системи крові, як складової частини системи громадського здоров'я, що на загальнодержавному рівні забезпечує обіг безпечних компонентів донорської крові шляхом створення трирівневої національної системи крові європейського зразка, створення національної референс-лабораторії національної системи крові, запровадження нових методів проведення лабораторних досліджень, створення Національного реєстру донорів крові та її компонентів і осіб, яким заборонено виконувати донорські функції, впровадження програми розвитку безоплатного добровільного донорства з метою підвищення рівня добровільного безоплатного донорства; [61]

- розвиток системи надання якісних та вчасних медичних послуг на основі доказовості та пацієнт-орієнтованості на всіх рівнях – від первинної, вторинної та високоспеціалізованої медичної допомоги, до реабілітації та паліативної допомоги. [61]

В умовах розгортання у світі та Україні пандемії Covid-19, перед медичною системою в Україні постали виклики реагування на епідемію з одного боку, а з іншого необхідність безперервного надання безпечних медичних послуг у нових умовах. У відповідь на нові виклики, які постали, необхідно [61]:

- забезпечувати інфекційний контроль та безпечні умови праці для лікарів та пацієнтів в закладах охорони здоров'я;
- посилювати спроможності лабораторій у проведенні тестів на COVID-19;
- в подальшому розвивати систему фінансування охорони здоров'я для забезпечення якісних, доступних для пацієнта послуг і скорочувати виплати 'з кишені'; [61]
- покращувати матеріально-технічну базу в закладах охорони здоров'я та посилювати спроможності лікарів надавати якісну медичну допомогу відповідно до стандартів та доказів; [61]
- посилювати систему надання медичних послуг і не допускати переривання послуг та ліків, що можуть нести загрозу життю та благополуччю людини та суспільства (АРТ терапія для хворих з ВІЛ, вакцинація, ліки для онкохворих та хворих на діабет, тощо.) [61]

3.2 Тенденції реалізації ЦСР 3 в регіонах України

В Україні регіональна диференціація показників сфери охорони здоров'я досить висока. Це свідчить насамперед про відмінності екологічної й економічної ситуації в регіонах та про увагу, яку приділяє центральна і регіональна влада питанням забезпечення населення якісними й доступними медичними послугами та пропаганді здорового способу життя. [62]

І якщо питання якості більше залежать від устаткованості медичних закладів і кваліфікації медичного персоналу, а в процесі медичної реформи їх передано головню на державний бюджет, то доступність цілком залежить від місцевої влади.

Регіональна влада має повноваження покращувати ситуацію в питаннях охорони здоров'я і пропаганди здорового способу життя. Серед них - цільова допомога медичним закладам у придбанні обладнання, розвиток мережі фельдшерсько-акушерських пунктів, створення можливостей транспортування до медичних закладів з віддалених населених пунктів, забезпечення телефонного й інтернет-зв'язку, житла і відповідних соціально-побутових умов для медичного персоналу. Крім того, регіональна і місцева влада опікуються питаннями розбудови мережі стадіонів, басейнів, фітнес-центрів, фінансуванням додаткових спортивних гуртків і секцій у закладах освіти, що сприятиме здоровому способу життя молоді. Також існує низка інструментів непрямого впливу на стан здоров'я населення, зокрема заходи з покращення навколишнього середовища, умов праці, підтримка соціально незахищених верств населення, соціальна реклама, спрямована проти шкідливих впливів на організм людини, як-от куріння, тощо. [62]

Здійснені порівняння регіонального виміру, обраних як індикатори базового рівня досягнення Цілі 3, продемонстрували суттєвий рівень їх диференціації (дод. К).

Один із найважливіших - показник материнської (на 100 000 живонароджених) і дитячої (на 1000 живонароджених) смертності, адже майбутнє здоров'я дитини закладається вже в момент народження. [62] Показники засвідчують, що найкраще в цьому плані стоїть справа в місті Києві, де сконцентровано найбільшу кількість високопрофесійних фахівців і медичного обладнання (2,8 і 8,1 відповідно) (дод. Л). Близько до показників Києва Львівська область, де материнської смертності (так само в Херсонській області) взагалі вдалося уникнути (дитяча - 9,5). Найскладніша ситуація

склалася в Луганській області (37,7 і 12,8), що великою мірою пояснюється воєнними діями на цій території та погіршенням умов медичного обслуговування населення. Суттєві проблеми з материнською смертністю в Запорізькій (42,2), Сумській (40,8) і Рівненській областях (37,3), з дитячою - в Закарпатській (13,5), Харківській(11,7), Кіровоградській (11,4), Донецькій областях (11,2). [62] В Україні вкрай складна ситуація з швидкістю і масштабами поширення ВІЛ-інфекції (рис. 3.3) і туберкульозу (рис. 3.4), які наближаються до епідемічних порогів. Найпроблемніші за показниками кількості хворих з уперше в житті встановленими діагнозами ВІЛ і туберкульозу на 100 000 населення Одеська (100,1 і 102,7 відповідно) та Миколаївська (74,4 і 69,2) області. Дуже близько в цьому негативному рейтингу Дніпропетровська (88,3 і 78,7), Київська (56,4 і 69,2), Кіровоградська (53,5 і 77) області. Набагато краща ситуація в західних областях, зокрема в Тернопільській (10,9 і 38,4) та Чернівецькій (10,8 і 40,1). [62]

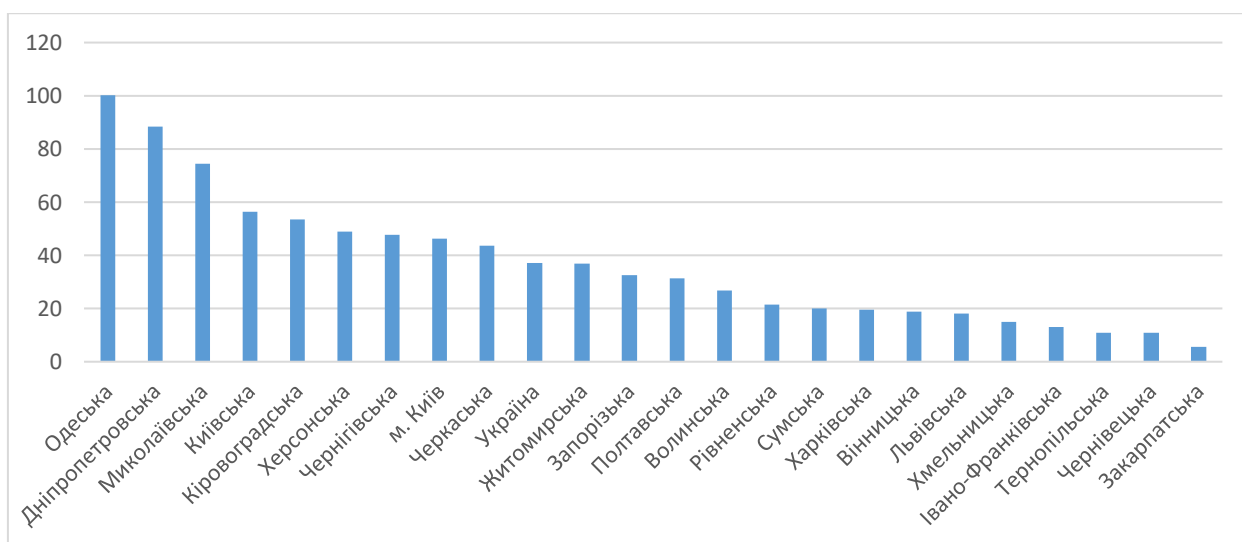


Рис. 3.3 Кількість хворих уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ, за рік на 100000 населення(складено автором за [62])

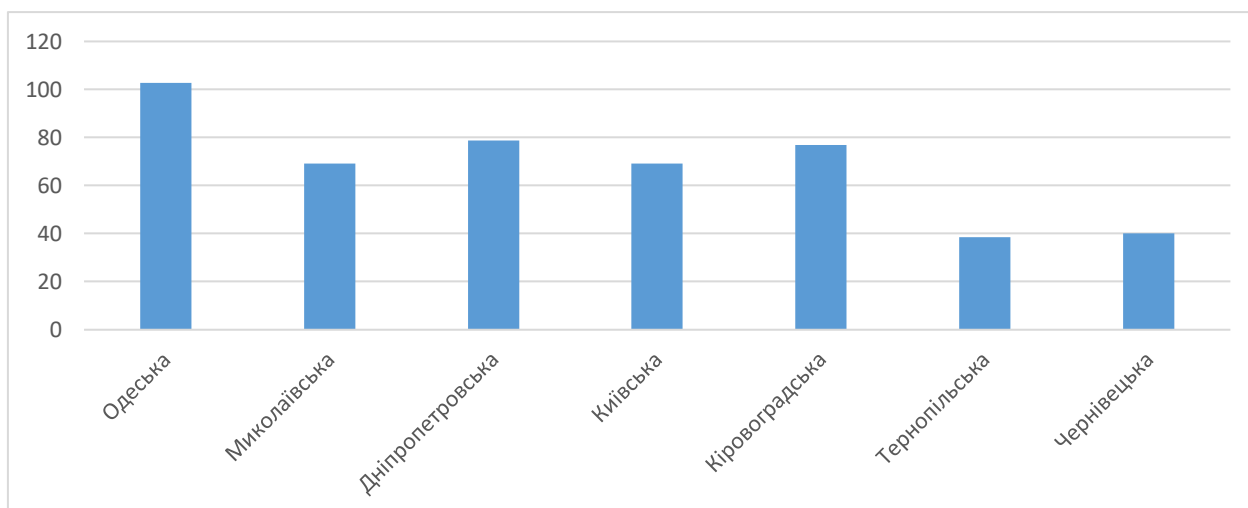


Рис. 3.4 Найпроблемніші за показниками кількості хворих на туберкульоз регіони України (складено автором за [62])

Однак найгостріше стоїть проблема зі смертністю від захворювань серцево-судинної системи, особливо у чоловіків. Чоловіча смертність з цих причин удвічі вища за жіночу майже в усіх регіонах, що свідчить про неправильний спосіб життя, поширення шкідливих звичок у чоловіків, і на це слід звернути увагу регіональній владі. [62] Розглядаючи показник кількості смертей чоловіків і жінок від цереброваскулярних хвороб у віці 30-59 років (найбільш продуктивному) на 100 000 осіб відповідної статі, можна виділити проблемні області, де показники серед чоловіків і жінок найвищі, а це свідчить про системні проблеми в цих областях, що призводять до такого типу хвороб незалежно від статі. Антилідери тут Херсонська (93,1 і 49), Запорізька (76,3 і 36,4), Полтавська (74,4 і 37,4), Одеська (73,2 і 38,1), Сумська (72,6 і 37,6) та Чернігівська (89,9 і 32,9) області. Найкраща ситуація екологічно найчистіших областях на заході країни - в Чернівецькій (33,9 і 14,6), Тернопільській (40,6 і 14) та Івано-Франківській (47 і 14,5). [62] (дод. М). Серед причин смертей в Україні велике місце посідає смертність жінок від злоякісних новоутворень. Регіональні показники кількості смертей від злоякісних новоутворень молочної залози і шийки матки жіночої статі віці 30-59 років на 100 000 жінок відповідного віку демонструють, що найскладніша ситуація в Одеській (29,3 і 14,8), Полтавській (28 і 16,9) та Херсонській (28,8

та 14) областях. У поєднанні з попередніми показниками це засвідчує проблемний рівень медичного забезпечення в цих регіонах. [62] (дод. Н)

Крім смертей від захворювань, існує, велика кількість смертельних випадків від інших чинників, зокрема в дорожньо-транспортних пригодах. З метою вивчення цього поширеного явища аналізуються показники кількості смертей унаслідок транспортних нещасних випадків на 1 00 000 населення. У майбутньому аналізуватимуться також показники кількості потерпілих у ДТП. Аналіз демонструє, що найпроблемніші в цьому плані північно-західні регіони, через які йдуть транспортні коридори із заходу й півночі: Київська (21,6), Рівненська (17), Житомирська (16,7) та Волинська області (16). Попри найбільшу кількість людей і автомобілів, найкраща ситуація в Києві - 8,4.

[62] Ще один чинник, який погіршує здоров'я-куріння. Розвинені країни проводять потужні успішні кампанії, спрямовані на суттєве зменшення цього явища, і кількість курців у країнах Європи і США останнім часом неухильно зменшується. В Україні частка осіб у віці від 12 років, які повідомили, що курять, від загальної кількості населення у віці від 12 років становить 18,4%, тобто курить у нас майже кожен п'ятий громадянин. Серед регіонів найбільший відсоток людей, які курять, у Запорізькій (24,1%), Донецькій (22,4%), Полтавській (22,2%), Черкаській (20,7%) і Миколаївській (20,4%) областях. Найменше курців у Вінницькій (13,3%), Тернопільській (13,3%) і Київській (13,6%) областях. [62] Враховуючи таку високу смертність від різних чинників, життєво важливим є питання доступу до медичної допомоги, відсутності деприваційу цьому питанні. Протягом року майже третина українців, за їхніми свідченнями, не змогла отримати медичну допомогу або придбати ліки. (рис. 3.5) Украй складна ситуація в Закарпатській області, де цей показник сягає 94,3 %. І якщо це гірський регіон, де, безумовно, можуть бути проблеми з доступом до лікаря чи медикаментів, то лише трохи краща ситуація у Вінницькій (70,6%) і Чернігівській (67,5%) областях. А найдоступніша допомога в західному

регіоні (крім Закарпаття) - у Тернопільській (3,1%), Рівненській (4,6%), Львівській (6,2%) областях, та в Київській області (5,9%).[62]

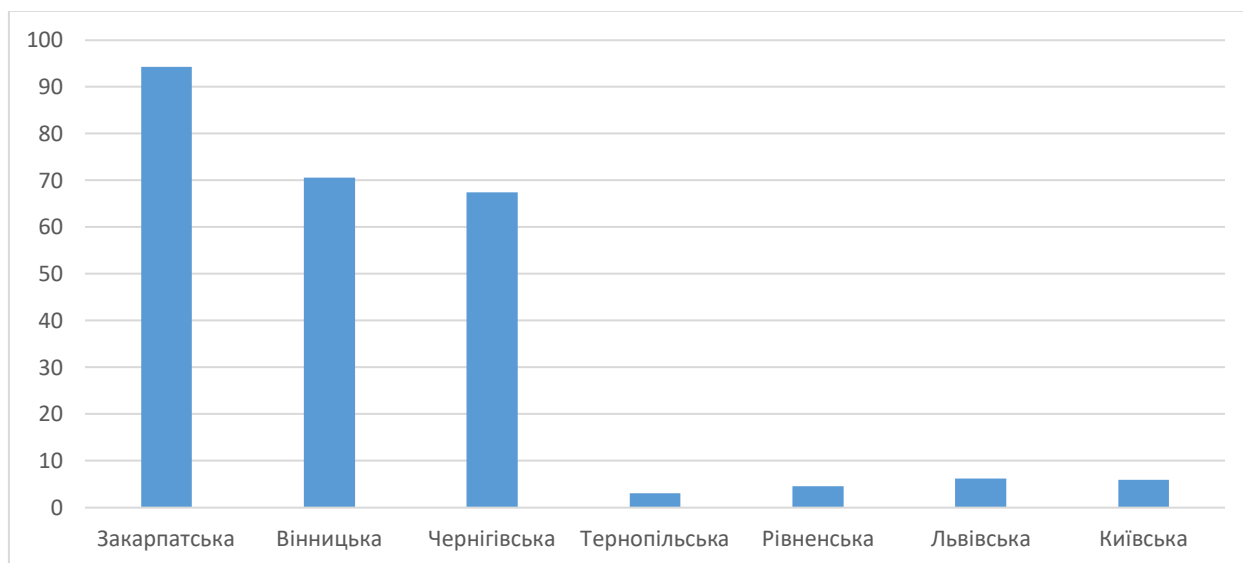


Рис. 3.5 Кількість українців (у %), які не отримали медичну допомогу, за регіонами (складено автором за [62])

Підсумковий показник цього розділу - безперечно, середня очікувана тривалість життя. Цей показник узагалі характеризує соціально-економічну й екологічну ситуацію в країні, бо відбиває якість людського життя. Кореляція між рівнем життя і його тривалістю абсолютно пряма, про що свідчить світова статистика. Було проаналізовано середню очікувану тривалість життя чоловіків і жінок при досягненні 15 років. [62] Середній показник очікуваної тривалості життя у жінок виявився майже на 10 років більшим, ніж у чоловіків, і тут необхідно розробляти спеціальні програми для того, щоб чоловіки вели здоровий спосіб життя. Серед регіонів України найбільша очікувана тривалість життя в місті Києві (55,6 і 63,5 років відповідно) та в західному регіоні: Чернівецька (54,3 і 63,2), Тернопільська (54,2 і 63,9), Львівська (54,3 і 63,9) та Івано-Франківська (54 і 63,7) області. Найскладніша ситуація в Дніпропетровській області (50,5 і 60,8), на півдні країни - у Миколаївській (51,1 і 60,9), Одеській (51,8 і 60,5), Херсонській (50,6 і 61,1) областях, та на півночі - в Житомирській (49,7 і 61,3), Київській (50,3 і 61,1) та Чернігівській (50,3 і 62) областях. [62]

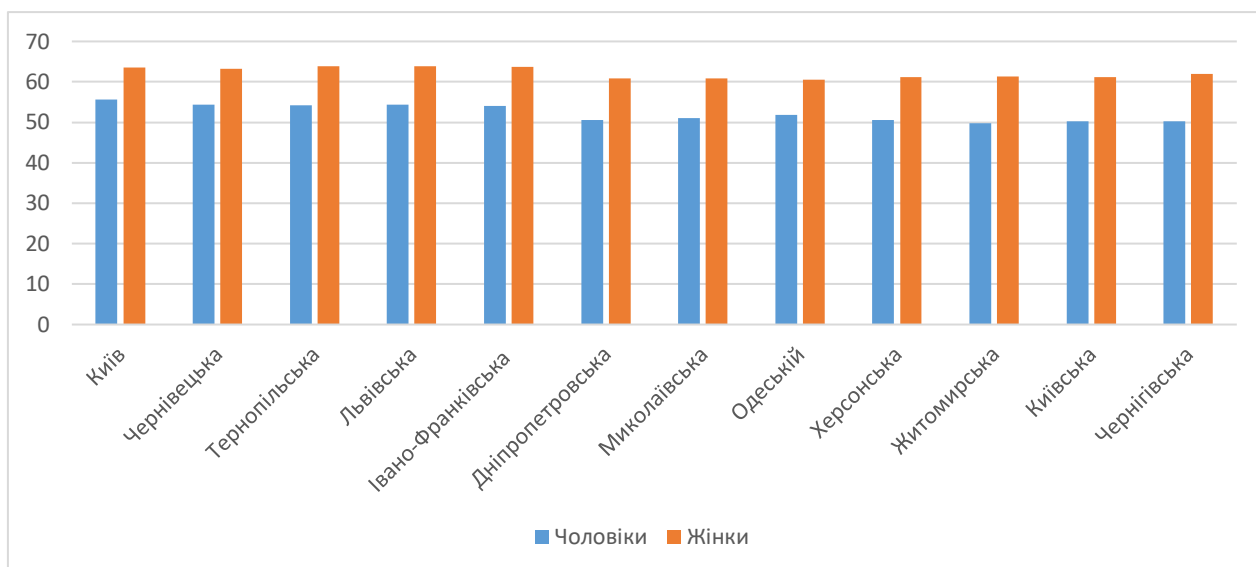


Рис. 3.6 Очікувана тривалість життя серед чоловіків та жінок за регіонами України(складено автором за [62])

Отже, проблеми, пов'язані із захворюваністю, медичним обслуговуванням і способом життя, утворюють географічно вельми складну картину. Майже в кожному регіоні є проблеми з певними показниками, тому кожен має зосередити увагу на притаманних саме йому проблемах. Досягнення визначених показників і зменшення їх диференціації цілком можливе й необхідне в процесі реалізації цілей сталого розвитку. Потрібні негайні спільні скоординовані дії центральної і регіональної влади. [62]

3.3 Освіта для сталого розвитку: напрями освіти й просвіти за ЦСР 3

Освіта й просвіта самі по собі виступають однією з цілей сталого розвитку. Очевидно, що формування у здобувачів освіти знань та компетентностей пов'язаних із здоровим способом життя, розумінням проблемних питань, завдань та поступу людства у досягненні ЦСР 3, у тому числі в Україні є важливим.

В зазначеному сенсі розробка квест-заняття на тему: «Екологічні проблеми спричинені антропогенним впливом» для здобувачів освіти рівня бакалаврату, наприклад в дисципліні «Географія глобальних проблем людства» спрямовується на формування відповідних компетентностей, які у тому числі відповідають настановам міжнародних розробок [63].

Методично-дидактичні настанови визначаються тим, що квест-заняття - це інтерактивна гра, протягом якої команди (3-5 осіб) виконують певні завдання за визначений час. Квест складається з завдань, кожне з яких стосується ЦСР-3 (Міцне здоров'я та благополуччя). Дана гра є ефективним методом отримання інформації щодо Цілі сталого розвитку, зокрема ЦСР-3.

Можемо припустити, що пандемія COVID-19 це саме антропогенний вплив, який призводить не тільки до екологічних проблем, але й до глобальних людських проблем зі здоров'ям, погіршення бідності, низький доступ до освіти тощо, і, звичайно, безпосередній вплив на ЦСР-3 (що є темою моєї роботи).

Розробка квест-заняття на тему: «Екологічні проблеми спричинені антропогенним впливом» для студентів бакалавратузу предмета «Географія глобальних проблем людства».

Це інтерактивна гра, протягом якої команди (3-5 осіб) виконують певні завдання за визначений час. Квест складається з завдань, кожне з яких стосується ЦСР-3 (Міцне здоров'я та благополуччя). Дана гра є ефективним методом отримання інформації щодо Цілі сталого розвитку, зокрема ЦСР-3.

Можемо припустити, що пандемія COVID-19 це саме антропогенний вплив, який призводить не тільки до екологічних проблем, але й до глобальних людських проблем зі здоров'ям, погіршення бідності, низький доступ до освіти тощо, і, звичайно, безпосередній вплив на ЦСР-3 (що є темою моєї роботи).

Після опрацювання теми здобувачі освіти зможуть [64]:

- пояснювати, чому здоров'я людей пов'язано зі сталим розвитком та з нашими уявленнями щодо майбутнього;
- розповідати про проблеми, пов'язані з досліджуваною темою, на прикладі власної сім'ї, району (місця проживання);
- досліджувати, наскільки здоровим є свій спосіб життя;
- планувати та виконувати дії, спрямовані на збереження

свого здоров'я та своїх рідних;

- мотивувати себе та інших на здоровий спосіб життя. [64]

Етапи квесту:

- Формування команд (3 хв.).
- Знайомство з правилами роботи в команді (3 хв.).
- Реєстрація назви команди та розподіл завдань у колі групи (5 хв.).
- Фіксування часу старту команди.
- Груповий діалог (5-9 хв.).
- Подання результатів обговорення (6 хв.).
- Міжгруповий діалог (10 хв.).
- Підбиття підсумків (10 хв.).

Правила роботи в команді:

- Уміння слухати.
- Здатність переконувати опонентів.
- Готовність до співпраці, взаєморозуміння.
- Здатність формулювати цілі та завдання.
- Здатність до конструктивної критики.
- Повага і довіра.
- Здатність команди до аналізу власної взаємодії.

Проходження квесту:

- Кожна команда проходить у довільному порядку 10 станцій.
- На станції команда виконує певне завдання, що розкриває зміст 3 Цілі сталого розвитку.
- Виконавши завдання, команда отримує ключ до фінальної розгадки або інші атрибути як підтвердження проходження станції.
- Після проходження всіх станцій, команда прямує до фінішу.

Фініш:

- Фіксується час прибуття команди.
- Перемога може визначатися двома шляхами: за швидкістю проходження або за кількістю набраних балів.

- Команда-переможниця отримує приз.

Квест

1 станція

Опис ЦСР-3

Визначте за даними критеріями, про яку ціль йде мова.

«Ми досягли величезних успіхів у зниженні дитячої смертності, зміцненні материнського здоров'я та боротьбі проти ВІЛ/СНІДу, малярії та інших захворювань. З 1990 року спостерігається понад 50-відсоткове зниження попереджуваних випадків смерті дітей у всьому світі. Показник материнської смертності у всьому світі також знизився на 45 %. З 2000 по 2013 р. кількість нових інфікувань ВІЛ/СНІД знизилася на 30 %. Понад 6,2 мільйона життів було врятовано від малярії» [62]

2 станція

Країни з найвищим рівнем материнської смертності.

Команда має обрати списку країни з найвищим рівнем материнської смертності.

Польща

Чад

Чехія

Іспанія

Бурунді

Швейцарія

Нігерія

Ліберія

Сінгапур

Сомалі

Демократична Республіка Конго

3 станція

Завдання 3.3 ЦСР-3 передбачає зупинити епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик та засобів лікування.

Оберіть із списку області України з найвищою кількістю хворих на ВІЛ.

м.Київ

Вінницька

Львівська

Сумська

Одеська

Волинська

Дніпропетровська

Донецька

Тернопільська

Чернівецька

4 станція

За фотографією визначіть, яка з країн найбільше постраждала під час першої хвилі коронавірусу і чому?



5 станція

Знайдіть відповідності.

400 млн	Зазнавали фізичного або сексуального насильства в певний момент свого життя, що призводило як до короткочасних, так і до довгострокових наслідків для їхнього фізичного, психічного, сексуального та репродуктивного здоров'я.
15 млн	Помирають щороку від впливу дрібних частинок в забрудненому повітрі.
1,6 млрд	Не мають базової медичної допомоги, а 40% не мають соціального захисту.
7 млн	Живуть у нестабільних умовах, де тривалі кризи у поєднанні зі слабким національним потенціалом щодо надання основних медичних послуг представляють значний виклик світовому здоров'ю.
1 на кожні 3	Живуть з ВІЛ, отримували антиретровірусну терапію.

6 станція

На боротьбу з якою хворобою COVID-19 вплинув найбільше?

Підказка: День боротьби з цією хворобою -25 квітня 2021 р.

7 станція

Індекс епідемічного контролю

Розставте країни в порядку зростання за показником індексу епідемічного контролю.

Іспанія (10)

Японія (3)

Південна Корея (1)

Австралія (2)

Франція (9)

Італія (8)

Німеччина (5)

США (7)

Туреччина (6)

Нова Зеландія (4)

8 станція

Показники індексу ЦСР за країнами

Серед переліку країн оберіть країни з найвищим показником і з найнижчим.

Україна

Китай

Марокко

Швеція

Франція

Туніс

Мексика

Данія

Італія

Угорщина

Фінляндія

ЦАР

Ірак

Кенія

Чад

Південний Судан

9 станція

Команді пропонуються 10 назв інфекційних хвороб.

Лише 5 з них найбільш поширені в Україні. Команда має назвати, обрати зі списку ті, що поширені в Україні.

Пневмококова пневмонія

Енцефаліт

Туберкульоз

Гепатит В

ВІЛ/СНІД

Ішемічна хвороба серця

Інсульт

Хронічна обструктивна хвороба легень

Інфекції нижніх дихальних шляхів (інфекційне захворювання)

Ракові захворювання трахеї, бронхів і легенів

10 станція

Оберіть одну з найпоширеніших екологічних проблем людства та запропонуйте шляхи вирішення.

Після проходження даного квесту студенти зрозуміють першопричини нестійкого розвитку та те, що сталий розвиток - це концепція, що розвивається. Також студенти навчатимуться діяти спільно як в межах, так і поза межами власної дисципліни, ролі, перспектив та цінностей.

Після виявлених проблем внаслідок COVID-19 студенти зможуть брати участь у змінах, які сприятимуть сталому розвитку. Також даний квест допоможе учням зрозуміти принципово нестійкі аспекти нашого суспільства та способів його розвитку й підвищить усвідомлення ними нагальної потреби змін; критично розмірковувати над розробкою питань, пов'язаних зі стійкістю, а не лише над їх рішеннями; використовувати прийоми критичної оцінки припущень, наприклад, проблемне навчання, дискусії чи аналіз дилем, тощо.[65]

Отже, можна простежити певний прогрес у виконанні ЦСР 3 в Україні за останні 5 років. Насамперед це зменшення рівня смертності дітей у віці до 5 років, зниження кількості хворих на туберкульоз, зменшення кількості смертей внаслідок ДТП, зменшення кількості випадків материнської смертності, тощо. Проте успіхе покращення цих тенденцій знаходиться під загрозою, адже наразі через COVID-19 існує недостатній рівень фінансування системи охорони здоров'я, адже основні витрати держави зосереджуються на закупівлі вакцин, належного медичного обслуговування, апарати ШВЛ, підвищену зарплатну плату лікарям. Також внаслідок пандемії більшість

українців надають перевагу самолікуванню, адже є певний страх заразитись вірусом в закладах медичної допомоги. Серед негативних тенденцій найбільшою проблемою залишається велика кількість ВІЛ-інфікованих, також надвисока смертність чоловіків, тощо.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного дослідження було підтверджено гіпотезу про великий вплив COVID-19 на виконання ЦСР 3. Досліджено взаємозв'язок ЦСР 3 з іншими Цілями сталого розвитку. За аналітичними документами, звітами було проведено аналіз впливу пандемії на виконання поставлених завдань ЦСР 3 у світі, Європі та Україні. Також було здійснено порівняння тенденцій досягнення ЦСР 3 на глобальному та європейському рівнях до та після пандемії.

На основі досліджень можна зробити такі висновки:

1) Досягнення здоров'я та добробуту для всіх залежить не тільки від досягнення завдань ЦСР 3, але й від подолання бідності (ЦСР 1), забезпечення доступу до освіти (ЦСР 4), досягнення гендерної рівності (ЦСР 5), зменшення нерівності між країнами та всередині них (ЦСР 10) та сприяння миру (ЦСР 16). [8] Здоров'я та добробут також залежать від належних послуг та ресурсів, включаючи інфраструктуру (ЦСР 9), продовольчу безпеку та сільськогосподарське виробництво (ЦСР 2), гідну працю (ЦСР 8), відповідальне споживання (ЦСР 12), забезпечення чистою водою та належними санітарними умовами (ЦСР 6), доступ до енергії (ЦСР 7), сталий розвиток міст та спільнот, що забезпечують загальний доступ до житла та транспорту (ЦСР 11). [8] Здоров'я та добробут також критично залежать від безпечного та сприятливого середовища, що підтримується покращенням клімату (ЦСР 13) , захистом та збереженням морських екосистем (ЦСР 14) та суші (ЦСР 15).[10]

2) Найбільш очевидний вплив COVID-19 відчувається на Ціль 3, яка прагне гарантувати здорове життя та сприяти добробуту. Пандемія чинила величезний тиск на системи охорони здоров'я не лише щодо лікування та управління вірусом, але також впливала на здатність доглядати за пацієнтами, які мають інші захворювання, і збільшуючи ризик ускладнень у популяціях із загрозою здоров'я. Пандемія надала більшої видимої важливості загального доступу до систем охорони здоров'я незалежно від міграційного статусу людей. [14]

3) COVID-19 також негативно впливає на зайнятість, економічне та соціальне становище багатьох домогосподарств у всьому світі, а також на їх здатність задовольняти свої потреби, навіть найосновніші. Економічна криза, з якою стикаються країни регіону, та зростання безробіття будуть вирішальними у цьому плані, оскільки, крім пандемії, Латинська Америка та Карибський басейн досягли рівня безробіття на рівні 8,1% наприкінці 2019 року, повідомляє Міжнародна Організація праці. І за прогнозами ECLAC, безробіття середньої робочої сили зросте до 11,5% у тому ж регіоні в результаті скорочення економічної активності з боку COVID-19. [14]

4) COVID-19 дуже вплинув на багаторічний прогрес у напрямку зниження материнської і дитячої смертності. [15]

5) Згідно з нещодавно проведеним дослідженням, у разі порушення нормального медичного обслуговування і скорочення доступу до продовольства зростання дитячої та материнської смертності може виявитися катастрофічним: в 118 країнах з низьким і середнім рівнем доходу смертність серед дітей у віці до п'яти років може збільшитися за 6 місяців на 9,8-44,8 відсотка, а материнська смертність - на 8,3-38,6 відсотка. [15]

6) Криза, викликана COVID-19, порушила діяльність з імунізації дітей у всьому світі. [15]

7) Особливо сильного збитку було завдано кампаніям з вакцинації від кору та поліомієліту: кампанії по вакцинації від кору були припинені в 27 країнах, а кампанії по вакцинації від поліомієліту - в 38 країнах. [15]

8) З початком пандемії COVID-19 робота з профілактики і лікування неінфекційних захворювань виявилася практично зірвана, причому найбільше постраждали країни з низьким рівнем доходу. Багато людей не отримують медичних послуг і лікарських препаратів, яких вони потребують. Тому необхідно невідкладно вжити заходів щодо ключових напрямів, в тому числі забезпечити необхідний обсяг допомоги при гострих, загрозливих для життя станах. [15]

9) Криза, викликана COVID-19, дезорганізує надання основних медико-санітарних послуг у всьому світі. Надання деяких з цих послуг було призупинено, щоб вивільнити ресурси для пацієнтів з COVID-19 і знизити ризик передачі інфекції. Крім того, скоротився попит на деякі найважливіші послуги, оскільки пацієнти прагнуть полегшити навантаження на лікарні та інші медичні заклади. [15].

10) Для здоров'я найбільш вразливих громадян Європи залишається непропорційно велика небезпека для навколишнього середовища, таке як забруднення повітря та шум [45].

11) В Україні вкрай складна ситуація з швидкістю і масштабами поширення ВІЛ-інфекції і туберкульозу, які наближаються до епідемічних порогів.

Найпроблемніші за показниками кількості хворих з уперше в житті встановленими діагнозами ВІЛ і туберкульозу (дод.13) на 100 000 населення Одеська (100,1 і 102,7 відповідно) та Миколаївська (74,4 і 69,2) області. Дуже близько в цьому негативному рейтингу Дніпропетровська (88,3 і 78,7), Київська (56,4 і 69,2), Кіровоградська (53,5 і 77) області. Набагато краща ситуація в західних областях, зокрема в Тернопільській (10,9 і 38,4) та Чернівецькій (10,8 і 40,1).[62]

12) Серед причин смертей в Україні велике місце посідає смертність жінок від злоякісних новоутворень. Регіональні показники кількості смертей від злоякісних новоутворень молочної залози і шийки матки жіночої віці 30-59 років на 100 000 жінок відповідного віку демонструють, що найскладніша ситуація в Одеській (29,3 і 14,8), Полтавській (28 і 16,9) та Херсонській (28,8

та 14) областях. У поєднанні з попередніми показниками це засвідчує проблемний рівень медичного забезпечення в цих регіонах.[62]

Отже, з дослідженого можна побачити, що прогрес у виконанні ЦСР-3 призупинився, адже пандемія COVID-19 змінила багато пріоритетів перед державами, і наразі один і найголовніший пріоритет- зупинити пандемію та повернути світ до нормального життя.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ

1. OECD (2020), Covid-19: Tourism Policy Responses (as of 25 March 2020), URL: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=124_124984-7uf8nm95se&title=Covid-19_Tourism_Policy_Responses(дата звернення:10.12.20)
2. OECD (2020), Covid-19 : SME Policy Responses (as of 16 March 2020), URL:<https://www.oecd.org/cfe/leed/COVID-19-Italian-regions-SME-policy-responses.pdf>(дата звернення:15.12.20)
3. Що таке цілі сталого розвитку?
URL:<https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/sustainable-development-goals.html>(дата звернення:16.12.20)
4. Що таке сталий розвиток?URL:<https://sd4ua.org/shho-take-stalij-rozvitok/>(дата звернення: 18.12.20)
- 5.О. В. Кочетков канд. екон. наук, професор , А. В. Ковнеров аспірант.
Сучасний підхід до визначення суті капіталізації в рамках концепції стійкого розвитку.URL:<https://core.ac.uk/download/pdf/197264117.pdf>(дата звернення: 20.12.20)
6. Цілі сталого розвиткуURL:<http://knowledge.org.ua/uk/cili-stalogo-rozvitku/>(дата звернення: 25.12.20)
- 7.Про глобальні цілі сталого розвиткуURL:<http://sdg.org.ua/ua/pro-hlobalni-tsili>(дата звернення: 15.12.20)
8. Національна доповідьпо Цілям сталого розвитку. Україна 2020 URL: http://un.org.ua/images/SDGs_NationalReportUA_Web_1.pdf(дата звернення: 16.12.20)
9. Understanding the Upstream Social Determinants of Health. Nazleen Bharmal, Kathryn Pitkin Derose, Melissa Felician, and Margaret WedenURL:

https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/WR1000/WR1096/RAND_WR1096.pdf(дата звернення: 25.12.20)

10. Waageetal., 2015. Governing Sustainable Development Goals: interactions, infrastructures, and institutions.

URL:<file:///C:/Users/Latitude/Downloads/WaageandYap2015TBS.pdf>(дата звернення: 5.03.21)

11. Whitmeeetal., 2015; Gatzweileretal., 2017 Safeguarding human health in the Anthropocene epoch. URL:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60901-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60901-1/fulltext) (дата звернення: 10.03.21)

12. Аналіз і синтез, як методи наукового

пізнання URL:<http://studies.in.ua/ru/filosofiya-shpargalki/633-42-analz-sintez-yak-metodi-naukovogo-pznannya.html>(дата звернення: 6.03.21)

13. Ravallionetal.

1991 URL:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1475-4991.1991.tb00378.x> (дата звернення: 12.03.21)

14. Як COVID-19 вплине на досягнення цілей Порядку денного 2030? URL:
<https://rosanjose.iom.int/SITE/en/blog/how-will-covid-19-affect-achievement-goals-2030-agenda> (дата звернення: 10.03.21)

15. Доповідь про Цілі в галузі сталого розвитку, світ 2020

рік URL:https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020_Russian.pdf(дата звернення: 10.03.21)

16. European Commission, State of Health in the EU. URL:

https://ec.europa.eu/health/home_en (дата звернення: 14.03.21)

17. Eurostat (2018), Statistics explained: Mortality and life expectancy statistics.

URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics#:~:text=Life%

20expectancy%20at%20birth%20in%20the%20EU%2D27%20was%20estimated, Table%201%20and%20Figure%202).&text=For%20women%2C%20the%20increase%20ranged,1.9%20years%20(in%20Estonia). (дата звернення: 15.03.21)

18. Eurostat (onlinedatacode: hlth_hlye)

URL:http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en

(дата звернення: 16.03.21)

19. Raleigh, Veena S. (2019), Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvement slowing?, OECD Health Working Papers No. 108, p. 45 (дата звернення: 20.03.21)

20. Sustainable development in the European Union Monitoring report on progress towards the SDGs in an EU context 2020 edition URL:

https://drive.google.com/file/d/1E4FZgLdg3Gj-fzr27_o1asaZGOTpFzXM/view

(дата звернення: 20.03.21)

21. European Commission, EU Regional

Policy. URL:https://ec.europa.eu/regional_policy/en/#:~:text=EU%20regional%20policy%20is%20an,of%20the%20Europe%202020%20strategy. (дата звернення:

20.03.21)

22. European Commission, Energy, Climate change,

Environment. URL:https://ec.europa.eu/info/energy-climate-change-environment_en (дата звернення: 21.03.21)

23. European Commission, A European Green Deal.

URL:https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/european-green-deal_en#:~:text=The%20European%20Green%20Deal%20is,just%20and%20inclusive%20for%20all.

(дата звернення: 21.03.21)

24. European Commission (2014), Communication from the Commission on effective, accessible and resilient health systems, COM(2014) 215 final, Brussels.

25. OECD/EU (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, Paris, p. 16. (дата звернення: 20.03.21)

26. Eurostat (online data code: hlth_hlye) URL:

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en

(дата звернення: 21.03.21)

27. WHO (2017), The determinants of health, Introduction URL: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health>

(дата звернення: 21.03.21)

28. Eurostat (2014), Statistics explained: Overweight and obesity — BMI statistics. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics

(дата звернення: 21.03.21)

29. European Commission, Tobacco URL: https://ec.europa.eu/health/tobacco/overview_en (дата звернення: 21.03.21)

30. OECD/EU (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, Paris, pp. 16–17 (дата звернення: 20.03.21)

31. European Parliament and Council of the European Union (2014), Directive 2014/40/EU on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/55-GOEEI/2014-40-es.pdf>

(дата звернення: 20.03.21)

32. European Environment Agency (2018), Unequal exposure and unequal impacts: social vulnerability to air pollution, noise and extreme temperatures in Europe, EEA Report No 22/2018, Copenhagen. (дата звернення: 20.03.21)

33. World Health Organization (2016), World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs, p. 37. (дата звернення: 17.02.21)

34. European Commission, Clean Air Programme URL: https://ec.europa.eu/environment/air/clean_air/index.htm (дата звернення: 21.02.21)

35. European Parliament and Council of the European Union (2016), Directive (EU) 2016/2284 on the reduction of national emissions of certain atmospheric pollutants, amending Directive 2003/35/EC and repealing Directive 2001/81/EC URL:

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.L_.2016.344.01.0001.01.ENG (дата звернення: 25.02.21)

36. International Institute for Applied Systems Analysis (2018), Progress towards the achievement of the EU's airquality and emissions objectives, December 10, 2018, Luxemburg,

AustriaURL:https://ec.europa.eu/environment/air/pdf/clean_air_outlook_overview_report.pdf(дата звернення: 10.04.21)

37. European Commission, A European Green Deal.URL:

https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/european-green-deal_en#:~:text=The%20European%20Green%20Deal%20is,just%20and%20inclusive%20for%20all.(дата звернення: 12.04.21)

38. World Health Organization (2011), Burden of disease from environmental noise — Quantification of healthy lifeyears lost in Europe, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, p. 1. (дата звернення 15.02.21)

39. European Environment Agency (2018), Environmental noise.URL:<https://www.eea.europa.eu/themes/human/noise> (дата звернення: 16.04.21)

40. European Environment Agency (2018), Managing exposure to noise in Europe.URL:<https://www.eea.europa.eu/publications/managing-exposure-to-noise-in-europe>(дата звернення: 2.04.21)

41. D. Houthuijs, W. Swart, E. van Kempen (2018), Implications of environmental noise on health and wellbeingin Europe, Based on data from the second (2012) and third (2017) round of noise assessment in the framework ofthe European Noise Directive, Eionet Report — ETC/ACM 2018/10.

URL:https://www.eionet.europa.eu/etcs/etc-atni/products/etc-atni-reports/eionet_rep_etcacm_2018_10_healthimplicationsnoise(дата звернення: 3.04.21)

42. Європейське агентство з навколишнього середовища (2018), Управління впливом шуму в Європі URL: <https://www.eea.europa.eu/airs/2018/environment-and-health/environmental-noise> (дата звернення: 2.05.21)
43. Європейське агентство з навколишнього середовища (2018), Екологічний шум. URL: <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2018/si/549/made/en/print> (дата звернення: 3.05.21)
44. Європейське агентство з навколишнього середовища (2019), Вплив населення на навколишній шум. Дані стосуються ЄС-28. URL: <https://www.eea.europa.eu/data-and-maps/indicators/exposure-to-and-annoyance-by-2/assessment-4> (дата звернення: 21.04.21)
45. Європейське агентство з навколишнього середовища (2018), Нерівний вплив та нерівномірний вплив: соціальна вразливість до забруднення повітря, шуму та екстремальних температур в Європі, Звіт ЄЕЗ No 22/2018, Копенгаген. URL: <https://www.eea.europa.eu/publications/unequal-exposure-and-unequal-impacts> (дата звернення: 21.04.21)
46. Європейська комісія (2016), Наступні кроки для сталого європейського майбутнього: Європейські дії щодо сталого розвитку, COM (2016) 739 заключний, Страсбург. URL: https://ec.europa.eu/international-partnerships/system/files/swd-key-european-actions-2030-agenda-sdgs-390-20161122_en.pdf (дата звернення: 27.04.21)
47. Mardh / ECDC (2019), Смертність від захворювань печінки, асоційованих з гепатитами В і С в ЄС / ЄЕЗ - описовий аналіз та оцінка базового рівня 2015 року, Міжнародна нарада з ліквідації вірусного гепатиту, Амстердам. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644030/> (дата звернення: 1.04.21)
48. Євростат (онлайн-коди даних: hlth_cd_asdr та hlth_cd_asdr2) URL: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en (дата звернення: 1.04.21)
49. Європейський Парламент та Рада Європейського Союзу (2013), Рішення No 1082/2013 / ЄС про серйозні транскордонні загрози здоров'ю та

скасування Рішення No 2119/98 / ЄCURL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32013D1082> (дата звернення: 2.04.21)

50. Європейська комісія (2018), Робочий документ співробітників Комісії з питань боротьби з ВІЛ / СНІДом, вірусним гепатитом та туберкульозом в Європейському Союзі та сусідніх країнах - стан справ, інструменти політики та передова практика, SWD (2018) 387 заключний, Брюссель URL: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/communicable_diseases/docs/swd_2018_387_en.pdf (дата звернення: 23.04.21)

51. Європейська комісія, Європейський план боротьби з раком. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/non_communicable_diseases/docs/eu_cancer-plan_en.pdf (дата звернення: 6.05.21)

52. Євростат (онлайн-код даних: hlth_cd_aro). URL: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_aro/default/table?lang=en (дата звернення: 2.05.21)

53. Договір про функціонування Європейського Союзу, стаття 153. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A12008E153> (дата звернення: 25.04.21)

54. Європейська комісія (2010 р.), Комісія окреслює заходи щодо зменшення вдвічі смертності на дорогах до 2020 р. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Road_safety_statistics_at_regional_level&oldid=228112 (дата звернення: 4.05.21)

55. Європейська комісія (2001), Біла книга про європейську транспортну політику на 2010 рік: час прийняти рішення, COM (2001) 370 остаточний, с. 64 (дата звернення: 25.04.21)

56. Євростат (онлайн-код даних: hsw_mi08). URL: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hsw_mi08&lang=en (дата звернення: 24.04.21)

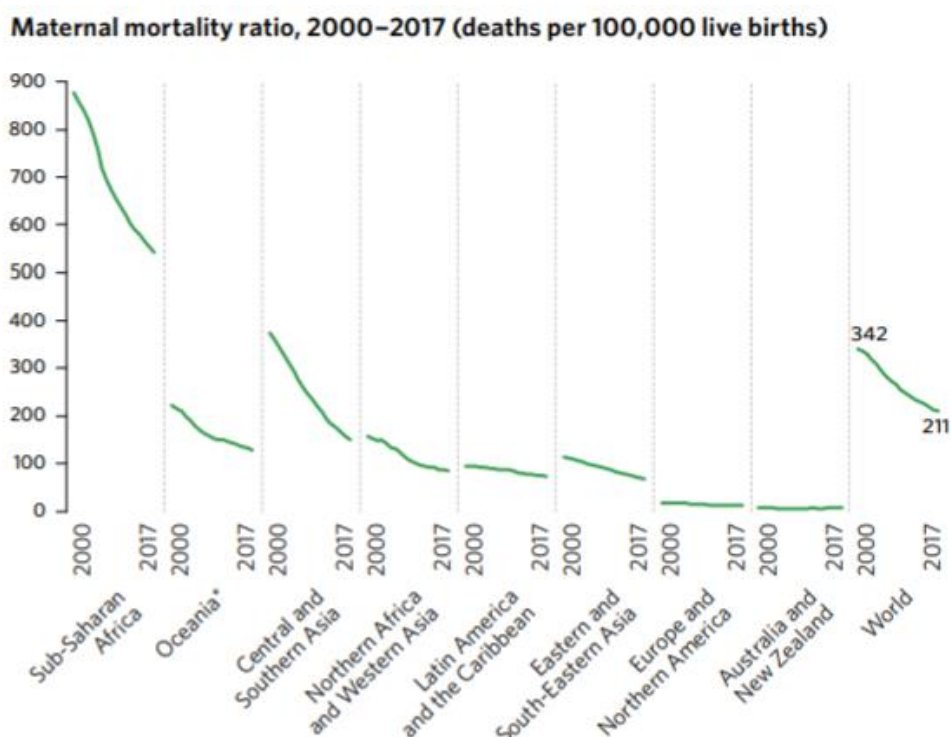
57. OECD / EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018 - State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Париж, с. 3. (дата звернення: 25.04.21)

58. Ідентифікатор, с. 169. (дата звернення: 25.04.21)
59. Європейська рада (2014), висновки Ради щодо економічної кризи та охорони здоров'я, 2014 / С 217/02.
60. Експертна група з ефективних способів інвестування в охорону здоров'я (ЕХРН) (2016), Доступ до медичних послуг у Європейському Союзі, остаточний висновок, затверджений на 14-му пленарному засіданні 3 травня 2016 року після публічних консультацій, с. 18. (дата звернення: 12.04.21)
61. Добровільний національний огляд Цілі сталого розвитку Україна URL:<https://drive.google.com/file/d/1X5aobeqzCNUe0owsJ1ov2rYw4P0HQ9z/view?pli=1>(дата звернення: 10.04.21)
62. Вимірювання досягнення цілей сталого розвитку регіонами України: вибір індикаторів та визначення базових рівнів(аналітичне дослідження) URL:<https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/library/sustainable-development-report/tracking-progress-on-SDGs-for-the-regions-of-Ukraine.html>(дата звернення: 10.04.21)
63. Компетенції вихователя URL:
<https://aroundersenseofpurpose.eu/framework/themodel/>(дата звернення: 05.04.21)
64. О. І. Пометун, Л. М. Пилипчатіна, І. М. Сущенко. Уроки для сталого розвитку. URL:http://www.lesia-lytvyn.kiev.sch.in.ua/Files/downloads/teacher_guide_8.pdf (дата звернення: 05.04.21)
65. A Rounder Sense of Purpose: Educational Competences for Sustainable Development. Website: https://aroundersenseofpurpose.eu/wp-content/themes/rmwrk/documents/RSP_Competerences.pdf (дата звернення: 05.04.21)

ДОДАТКИ

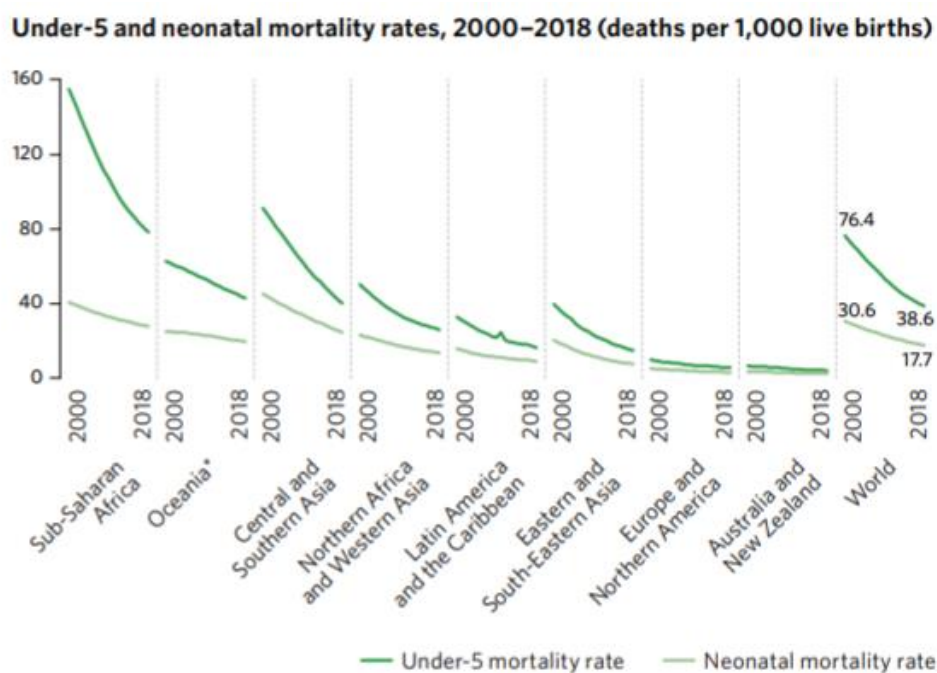
Додаток А

Коефіцієнт материнської смертності, 2000-2017 (смертність на 100 000 живонароджених)[15]



Додаток Б

Коефіцієнти смертності у віці до п'яти років і неонатальної смертності, 2000-2018 роки (число смертей на 1000 живонароджених)[15]

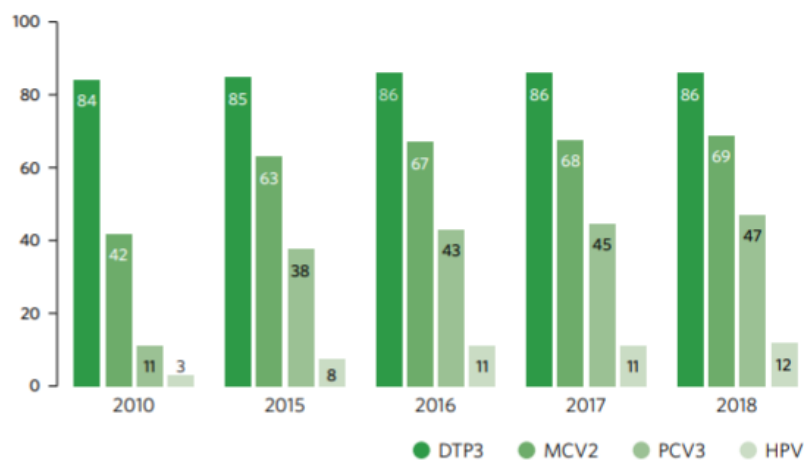


* Excluding Australia and New Zealand.

Додаток В

Глобальне охоплення заходами з імунізації в розбивці по видах вакцин, 2010-2018 роки (у відсотках)[15]

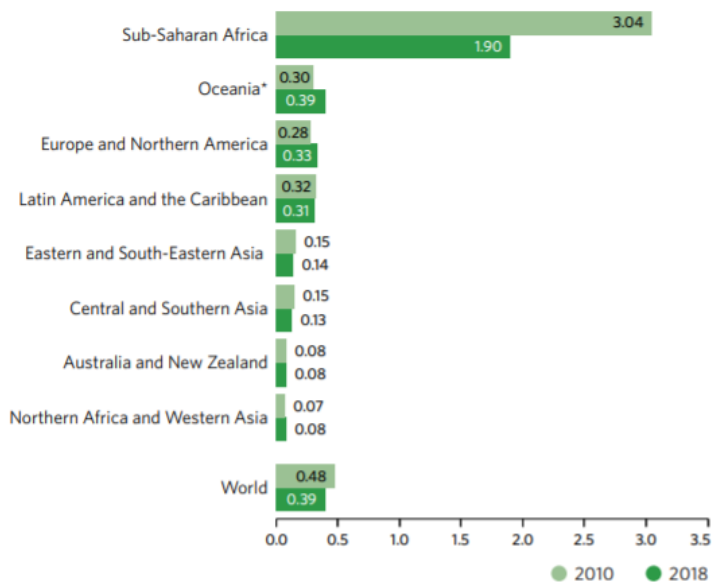
Immunization coverage worldwide, by type of vaccine, 2010–2018 (percentage)



Додаток Г

Показник захворюваності на ВІЛ, 2010 і 2018 роки (число нових випадків інфікування ВІЛ на 1000 неінфікованих дорослих у віці 15-49 років)[15]

HIV incidence rates, 2010 and 2018 (new cases per 1,000 uninfected adults aged 15 to 49 years)



* Excluding Australia and New Zealand.

Додаток Д

Частка людей, які потребують медичної допомоги у зв'язку з тропічними хворобами, яким не приділяється належної уваги від загальної чисельності населення, 2010 і 2018 роки (у відсотках)[15]

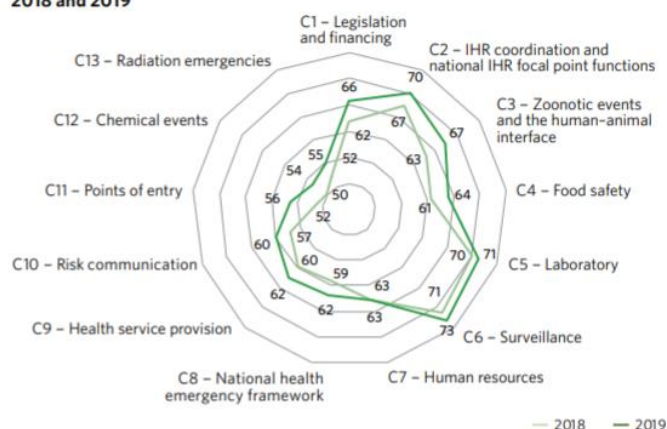
Proportion of people requiring interventions against neglected tropical diseases out of the total population, 2010 and 2018 (percentage)



Додаток Е

Показники досягнень в розбивці по категоріям основних можливостей, розраховані на основі доповідей, представлених відповідно до Міжнародних медико-санітарних правил, 2018 і 2019 роки [15]

Score by capacities according to International Health Regulations reports, 2018 and 2019



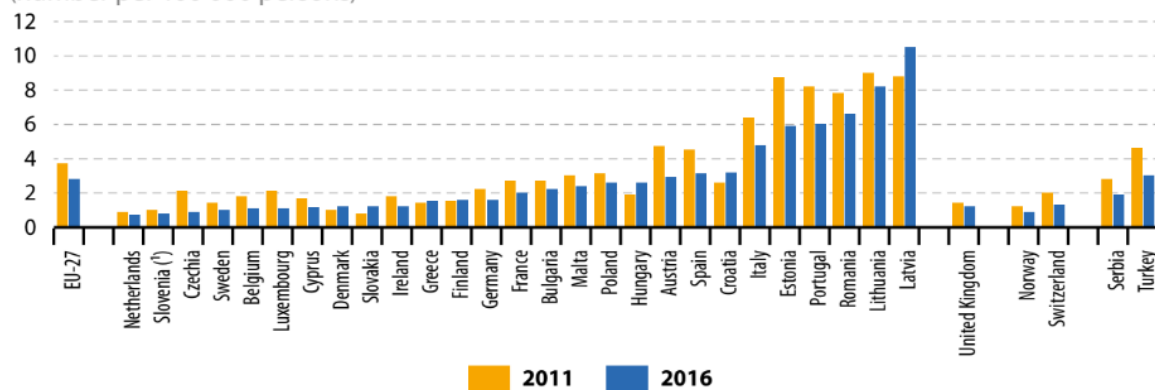
Note: 191 countries reported in 2018; 166 countries reported in 2019.

Додаток Ж

Стандартизований рівень смертності від туберкульозу, ВІЛ та гепатиту за країнами, 2011 та 2016 роки (кількість на 100 000 осіб)[20]

Figure 3.8: Standardised death rate due to tuberculosis, HIV and hepatitis, by country, 2011 and 2016

(number per 100 000 persons)



(*) 2015 data (instead of 2016).

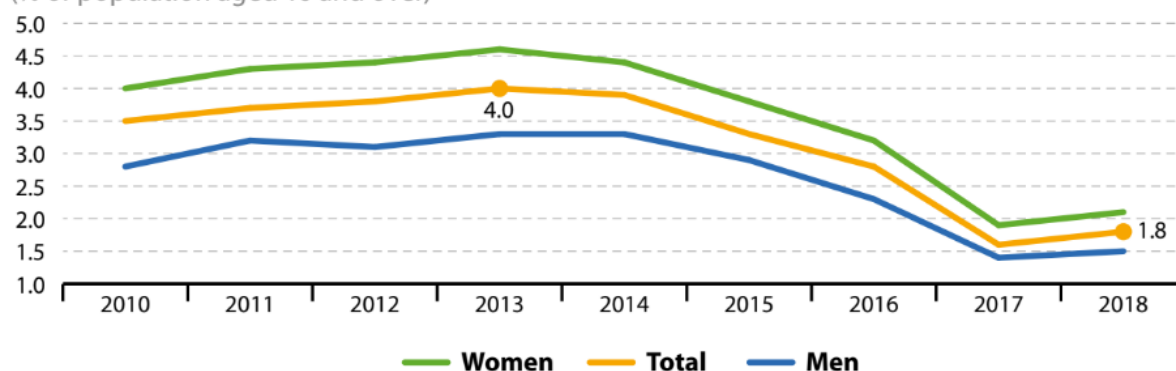
Source: Eurostat (online data code: [sdg_03_41](#))

Додаток З

Незадоволена потреба у медичній допомозі за статтю, ЄС-27, 2010–2018 (% населення віком від 16 років) [20]

Figure 3.11: Self-reported unmet need for medical care, by sex, EU-27, 2010–2018

(% of population aged 16 and over)



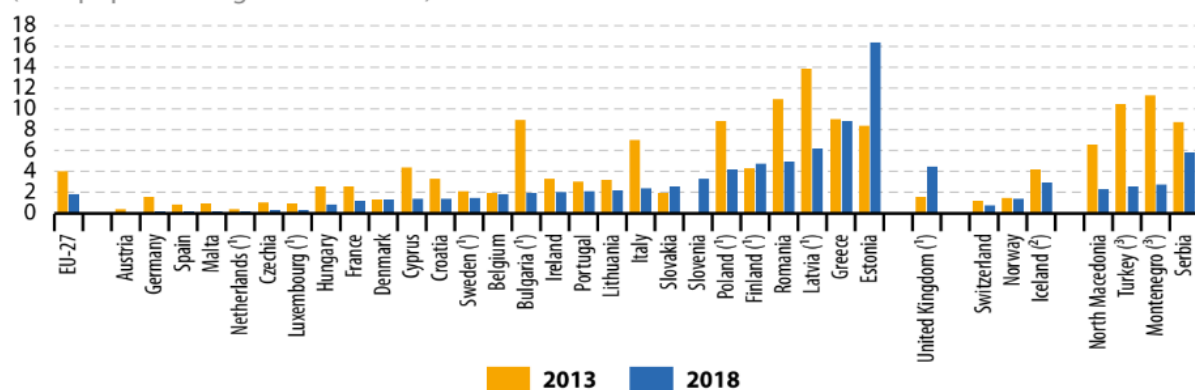
Note: Estimated data.

Source: Eurostat (online data code: [sdg_03_60](#))

Додаток II

Незадоволена потреба в медичній допомозі за власним бажанням, за країнами, 2013 та 2018 (% населення віком від 16 років)[20]

Figure 3.12: Self-reported unmet need for medical care, by country, 2013 and 2018
(% of population aged 16 and over)



⁽¹⁾ Break(s) in time series between the two years shown.

⁽²⁾ 2017 data (instead of 2018).

⁽³⁾ 2012 and 2016 data.

Source: Eurostat (online data code: [sdg_03_60](#))

Додаток К

Рис. К.1 Національні завдання та індикатори з ЦСР 3

ЦСР	Ціль 3. Міцне здоров'я і благополуччя									
Завдання	3.1. Знизити материнську смертність		3.2. Мінімізувати смертність, якій можна запобігти, серед дітей віком до 5 років		3.3. Зупинити епідемію ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик та засобів лікування			3.4. Знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань		
Індикатор	3.1.1. Кількість випадків материнської смерті, на 100 000 живонароджених		3.2.1. Смертність дітей у віці до 5 років, випадків на 1000 живонароджених		3.3.1. Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ, за рік на 100 000 населення		3.3.2. Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу, за рік на 100 000 населення		3.4.1. Кількість смертей чоловіків від цереброваскулярних хвороб у віці 30–59 років, на 100 000 чоловіків відповідного віку	
	2015	>1/<1	2015	>1/<1	2015	>1/<1	2015	>1/<1	2015	>1/<1
Україна (2015)	15,30		9,66		37,20		56,00		61,07	
<i>Області</i>										
Вінницька	18,29	1,20	8,84	0,91	18,95	0,51	47,40	0,85	53,39	0,87
Волинська	29,41	1,92	3,12	0,32	26,73	0,72	62,80	1,12	60,33	0,99
Дніпропетровська	8,98	0,59	10,36	1,07	88,31	2,37	78,70	1,41	67,54	1,11
Донецька	23,67	1,55	11,24	1,16	-	-	-	-	52,42	0,86
Житомирська	7,30	0,48	9,34	0,97	36,89	0,99	66,30	1,18	64,35	1,05
Закарпатська	11,90	0,78	13,51	1,40	5,65	0,15	59,60	1,06	44,20	0,72
Запорізька	42,17	2,76	9,46	0,98	32,58	0,88	61,70	1,10	76,27	1,25
Івано-Франківська	12,82	0,84	8,08	0,84	13,05	0,35	61,20	1,09	46,96	0,77
Київська	9,90	0,65	7,57	0,78	56,41	1,52	69,20	1,24	66,90	1,10
Кіровоградська	10,53	0,69	11,37	1,18	53,48	1,44	77,00	1,38	76,96	1,26
Луганська	37,74	2,47	12,83	1,33	-	-	-	-	31,55	0,52
Львівська	0,00	0,00	9,53	0,99	18,03	0,48	59,90	1,07	55,42	0,91
Миколаївська	26,09	1,71	8,61	0,89	74,36	2,00	69,20	1,24	61,29	1,00
Одеська	29,20	1,91	10,07	1,04	100,11	2,69	102,70	1,83	73,22	1,20
Полтавська	14,81	0,97	7,41	0,77	31,33	0,84	54,90	0,98	74,41	1,22
Рівненська	37,27	2,44	10,06	1,04	21,46	0,58	54,80	0,98	63,31	1,04
Сумська	40,82	2,67	9,18	0,95	20,07	0,54	55,80	1,00	72,57	1,19
Тернопільська	9,26	0,61	8,80	0,91	10,90	0,29	38,40	0,69	40,55	0,66
Харківська	12,05	0,79	11,69	1,21	19,45	0,52	43,60	0,78	73,14	1,20
Херсонська	-	-	9,65	1,00	48,98	1,32	82,30	1,47	93,12	1,52
Хмельницька	7,25	0,47	9,71	1,00	14,98	0,40	55,90	1,00	62,48	1,02
Черкаська	17,39	1,14	9,39	0,97	43,58	1,17	57,60	1,03	68,29	1,12
Чернівецька	18,69	1,22	10,37	1,07	10,81	0,29	40,10	0,72	33,92	0,56
Чернігівська	21,98	1,44	10,55	1,09	47,80	1,29	65,00	1,16	89,93	1,47
м. Київ	2,81	0,18	8,09	0,84	46,32	1,25	46,00	0,82	50,65	0,83

Рис. К.2 Національні завдання та індикатори з ЦСР 3

ЦСР	Ціль 3. Міцне здоров'я і благополуччя									
Завдання	3.4. Знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань						3.5. Знизити на чверть передчасну смертність населення, у тому числі за рахунок впровадження інноваційних підходів до діагностики захворювань			
Індикатор	3.4.2. Кількість смертей жінок від цереб्रो-васкулярних хвороб у віці 30–59 років, на 100 000 жінок відповідного віку		3.4.3. Кількість смертей від злоякісного новоутворення молочної залози у віці 30–59 років, на 100 000 жінок відповідного віку		3.4.4. Кількість смертей від злоякісного новоутворення шийки матки у віці 30–59 років, на 100 000 жінок відповідного віку		3.5.1. (а) Середня очікувана тривалість життя чоловіків при досягненні 15 років		3.5.2. (а) Середня очікувана тривалість життя жінок при досягненні 15 років	
	2015	>1/<1	2015	>1/<1	2015	>1/<1	2015	>1/<1	2015	>1/<1
Україна (2015)	27,58		24,03		11,13		52,20		62,02	
Області										
Вінницька	22,49	0,82	18,79	0,78	12,53	1,13	52,70	1,01	62,71	1,01
Волинська	26,65	0,97	23,54	0,98	17,32	1,56	51,43	0,99	63,10	1,02
Дніпропетровська	31,88	1,16	28,35	1,18	10,84	0,97	50,54	0,97	60,76	0,98
Донецька	22,87	0,83	12,86	0,54	6,87	0,62	-	-	-	-
Житомирська	31,12	1,13	20,87	0,87	21,24	1,91	49,73	0,95	61,25	0,99
Закарпатська	26,16	0,95	22,10	0,92	10,68	0,96	52,81	1,01	60,60	0,98
Запорізька	36,37	1,32	33,46	1,39	11,15	1,00	51,69	0,99	61,80	1,00
Івано-Франківська	14,53	0,53	24,43	1,02	10,90	0,98	54,02	1,03	63,66	1,03
Київська	27,44	0,99	31,46	1,31	11,83	1,06	50,26	0,96	61,05	0,98
Кіровоградська	33,07	1,20	28,48	1,19	14,24	1,28	51,02	0,98	61,37	0,99
Луганська	16,28	0,59	9,09	0,38	3,22	0,29	-	-	-	-
Львівська	20,96	0,76	22,39	0,93	11,28	1,01	54,27	1,04	63,88	1,03
Миколаївська	28,07	1,02	27,70	1,15	11,60	1,04	51,09	0,98	60,89	0,98
Одеська	38,13	1,38	29,30	1,22	14,84	1,33	51,83	0,99	60,50	0,98
Полтавська	37,38	1,36	28,04	1,17	16,88	1,52	51,77	0,99	61,82	1,00
Рівненська	25,12	0,91	27,96	1,16	11,75	1,06	52,00	1,00	62,49	1,01
Сумська	37,60	1,36	25,44	1,06	11,77	1,06	51,76	0,99	62,15	1,00
Тернопільська	13,95	0,51	22,41	0,93	13,53	1,22	54,16	1,04	63,87	1,03
Харківська	35,25	1,28	27,73	1,15	10,81	0,97	52,38	1,00	61,54	0,99
Херсонська	49,00	1,78	28,82	1,20	14,00	1,26	50,57	0,97	61,06	0,98
Хмельницька	22,30	0,81	27,52	1,15	14,28	1,28	52,42	1,00	62,73	1,01
Черкаська	30,05	1,09	24,04	1,00	9,19	0,83	52,83	1,01	62,64	1,01
Чернівецька	14,59	0,53	23,65	0,98	7,55	0,68	54,34	1,04	63,15	1,02
Чернігівська	32,92	1,19	26,08	1,09	8,98	0,81	50,27	0,96	61,96	1,00
м. Київ	21,91	0,79	25,81	1,07	9,23	0,83	55,57	1,06	63,49	1,02

*+/- або >1/<1 - відхилення /співвідношення від показника національного рівня 2015 року

Виключення:

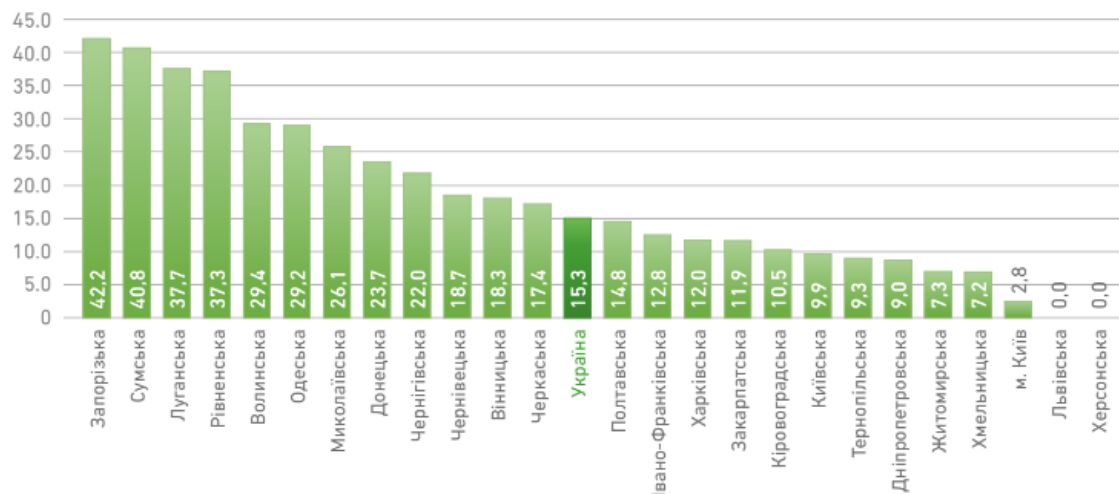
3.7.1 - Донецька дані за 2016 рік, Чернівецька - дані щодо дітей віком до 16 років

3.1.1., 3.2.1, 3.3.1, 3.3.2, 3.4.1, 3.6.1, 3.6.2. (а), 3.8.1. (а), 3.9.1. (а) - дестимулятор, враховано з протилежним значенням, в кольорах у тому числі

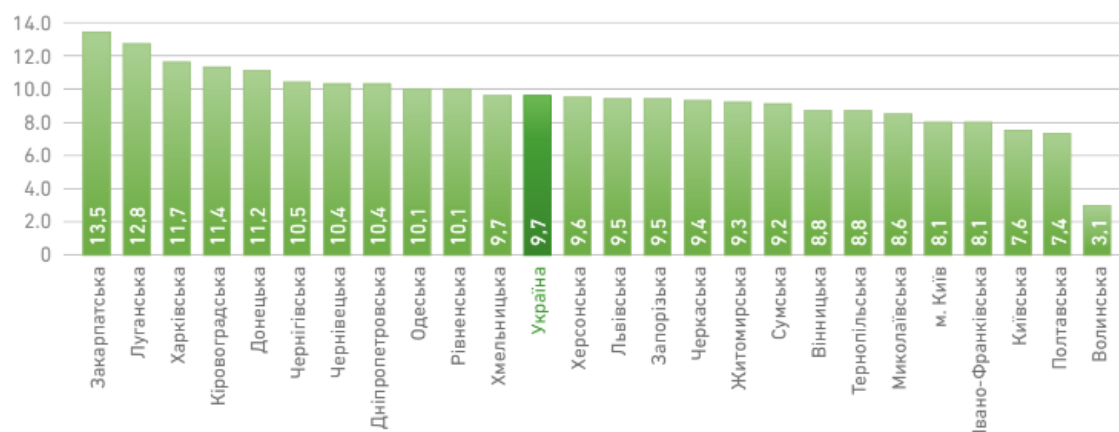
Додаток Л

Кількість випадків материнської смертності, на 100 000 живонароджених та смертність дітей у віці до 5 років, випадків на 1000 живонароджених[62]

3.1.1. Кількість випадків материнської смерті, на 100 000 живонароджених



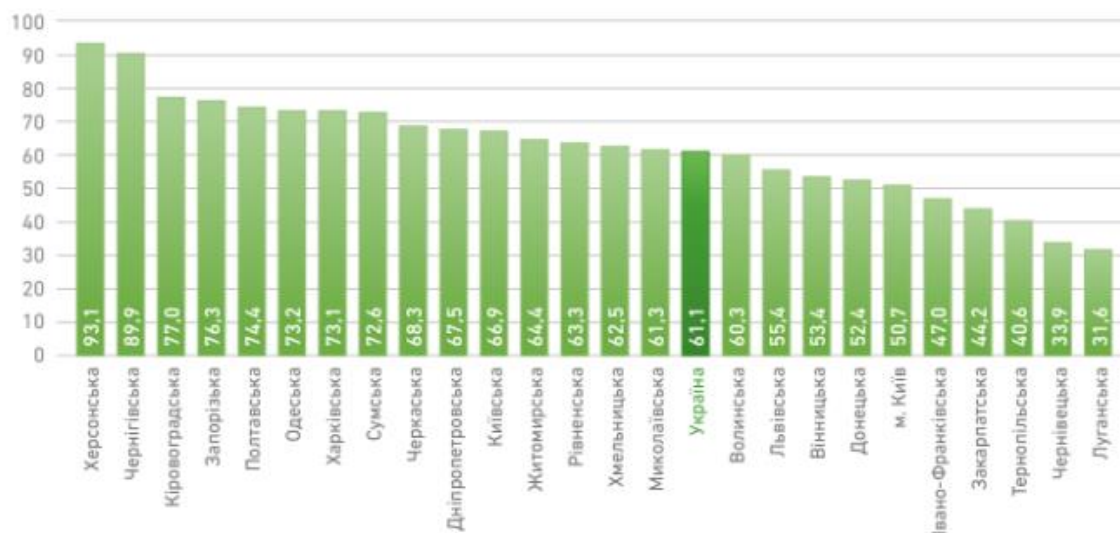
3.2.1. Смертність дітей у віці до 5 років, випадків на 1000 живонароджених



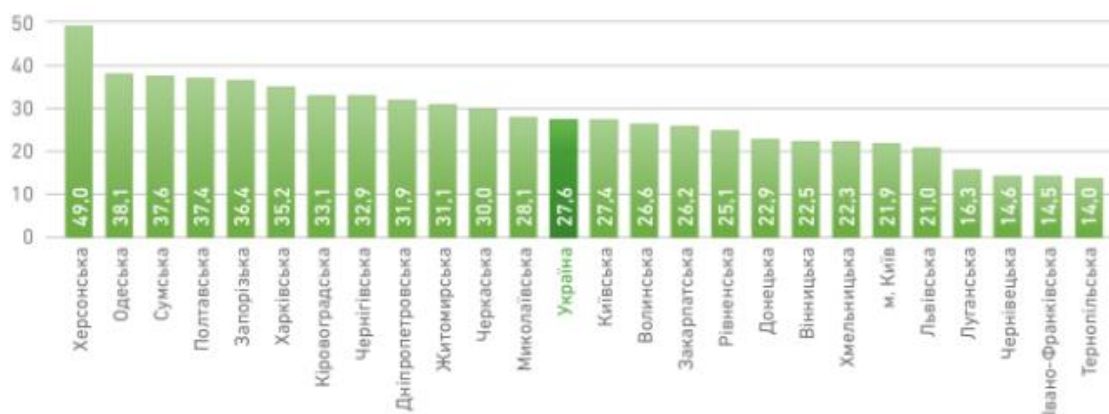
Додаток М

Кількість смертей чоловіків та жінок від цереброваскулярних хвороб у віці 30-59 років, на 100 000 людей відповідного віку [62]

3.4.1. Кількість смертей чоловіків від цереброваскулярних хвороб у віці 30–59 років, на 100 000 чоловіків відповідного віку



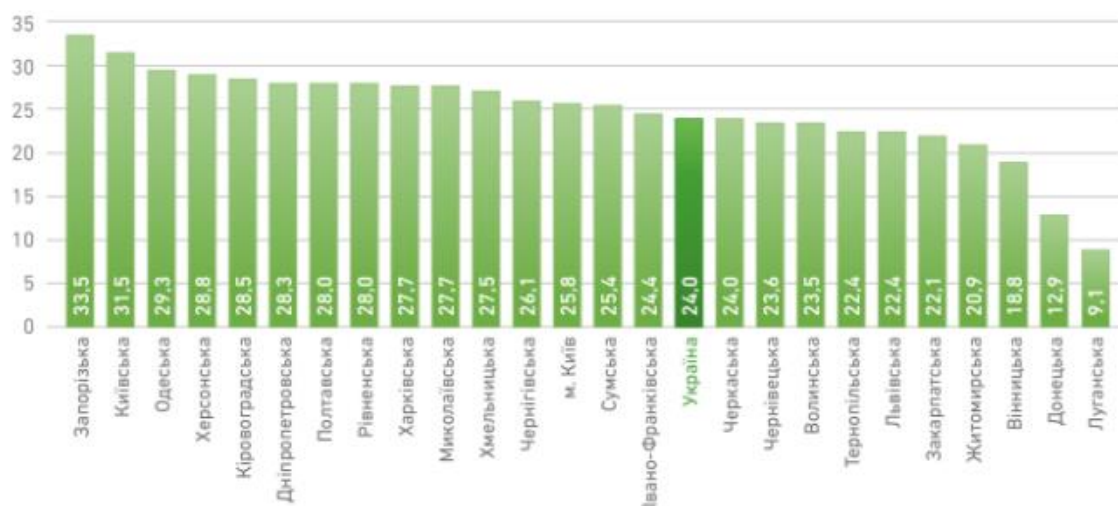
3.4.2. Кількість смертей жінок від цереброваскулярних хвороб у віці 30–59 років, на 100 000 жінок відповідного віку



Додаток Н

Кількість смертей від злоякісного новоутворення молочної залози та шийки матки у віці 30-59 років, на 100 000 жінок відповідного віку [62]

3.4.3. Кількість смертей від злоякісного новоутворення молочної залози у віці 30–59 років, на 100 000 жінок відповідного віку



3.4.4. Кількість смертей від злоякісного новоутворення шийки матки у віці 30–59 років, на 100 000 жінок відповідного віку

