

ДЕЙКУН Микола<https://orcid.org/0009-0005-1359-537X>

*Кандидат медичних наук, професор,
професор кафедри біології та здоров'я людини,
Національний університет
«Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка
(Чернігів, Україна) E-mail: deikun@ukr.net*

ЦІЛІ СТАЛОГО РОЗВИТКУ: ЦІЛЬ 1 «ПОДОЛАННЯ БІДНОСТІ» ЯК СТРАТЕГІЧНИЙ ДЕТЕРМІНАНТ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СТАБІЛЬНОСТІ ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

У статті здійснено системний аналіз Цілі 1 «Подолання бідності» Цілей сталого розвитку (ЦСР) у контексті її впливу на демографічну ситуацію та стан громадського здоров'я (ГЗ). Доведено, що всі завдання Цілі 1 формують багаторівневу систему матеріальних, соціальних та інституційних детермінант здоров'я. Обґрунтовано, що подолання бідності є не лише соціально-економічною, а й медико-демографічною стратегією. Запропоновано методологічну модель оцінки впливу через механізм популяційного зсуву ризику та принцип асиметрії прогресу і занепаду. Показано, що зменшення бідності має прямий вплив на смертність від неінфекційних захворювань (НІЗ), інфекційних захворювань (ІЗ), тривалість життя та відтворення населення.

Мета – науково обґрунтувати вплив завдань Цілі 1 «Подолання бідності» на демографічні процеси, стан здоров'я населення та функціонування системи громадського здоров'я України.

Методологія. Використано системний та структурно-функціональний аналіз, метод аналізу соціальних детермінант здоров'я, компаративний аналіз міжнародних і українських досліджень, демографічний аналіз показників смертності, захворюваності, тривалості життя, метод концептуального моделювання впливу (популяційна стратегія профілактики).

Інформаційною базою стали матеріали ООН, ВООЗ, Світового банку, Держстату України, аналітичні звіти щодо соціально-економічного стану населення.

Наукова новизна полягає в доведенні, що Ціль 1 ЦСР має прямий вплив на рівень здоров'я населення, на смертність від НІЗ, ІЗ, тривалість життя та відтворення населення. Запропоновано концепцію розгляду Цілі 1 як базового соціально-демографічного регулятора системи громадського здоров'я. Розроблено модель інтеграції антибіднісної політики в архітектуру української СГЗ.

Висновки. Ціль 1 ЦСР має прямий вплив на громадське здоров'я. В Україні бідність є одним із ключових структурних факторів, що підтримує високий рівень смертності від НІЗ (близько 90 % усіх смертей). Подолання бідності є фундаментальною передумовою стабілізації демографічної ситуації та зміцнення громадського здоров'я. Без структурного зменшення соціальної нерівності система громадського здоров'я не зможе досягти стійкого прогресу. Реалізація Цілі 1 ЦСР повинна розглядатися як складова національної стратегії громадського здоров'я.

Ключові слова: бідність; соціальні детермінанти здоров'я; демографічна стабільність; неінфекційні захворювання; система громадського здоров'я; Цілі сталого розвитку.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими або практичними завданнями. На засіданні Генеральної Асамблеї А/RES/70/1 Організації Об'єднаних Націй 25 вересня 2015 року була прийнята резолюція «Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року» якою рекомендовано 17 Цілей сталого розвитку і 169 завдань для країн світу та 231 глобальний індикатор [1].

Цілі сталого розвитку створені як глобальна рамка, і їхня імплементація у національні системи громадського здоров'я, це не факультатив, а необхідність для забезпечення демо-

графічної стабільності, зниження смертності та підвищення здоров'я населення. Багато країн мають національні стратегії, орієнтовані на ЦСР, але системна, аналітична інтеграція всіх 17 цілей, 169 завдань та 231 глобальних індикаторів функціонування СГЗ – недостатньо поширена, особливо у пострадянських країнах [2; 3; 4; 5].

У Резолюції Генеральної Асамблеї ООН «Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року» Ціль 1 визначено як «найбільший глобальний виклик і необхідна умова сталого розвитку». Документ обґрунтовує, що ліквідація бідності в усіх її формах і вимірах – включаючи крайню бідність, багатовимірну депривацію та соціальне виключення – є фундаментальною передумовою реалізації всіх інших цілей, оскільки бідність пов'язана з нерівністю, обмеженим доступом до ресурсів, освіти, можливостей участі в економічному житті, медичних послуг, тощо [1].

Резолюція підкреслює необхідність системного підходу, що поєднує економічне зростання, соціальний захист, рівний доступ до базових послуг, розширення прав і можливостей вразливих груп та підвищення стійкості до криз і катастроф. Отже, подолання бідності розглядається не лише як соціальна мета, а як стратегічний імператив формування інклюзивних інституцій, зміцнення людського капіталу та забезпечення довгострокової глобальної стабільності.

У сучасній міжнародній практиці вимірювання бідності здійснюється різними інституціями з використанням комплементарних методологічних підходів, що відображає багатовимірний характер цього соціально-економічного явища. У межах системи ООН провідну аналітичну роль відіграє Програма розвитку ООН (ПРООН), яка застосовує концепцію людського розвитку та індекс багатовимірної бідності (Multidimensional Poverty Index, MPI), що охоплює депривації у сферах освіти, здоров'я та умов життя й ґрунтується на підході розширення можливостей людини. Натомість Світовий банк використовує переважно монетарний підхід, визначаючи міжнародну межу крайньої бідності (2,15 дол. США на день за паритетом купівельної спроможності) та здійснюючи глобальний моніторинг дохідної бідності, акцентуючи на ролі економічного зростання, продуктивності та інституційних реформ у її скороченні. Водночас національні уряди встановлюють власні межі бідності та здійснюють офіційний статистичний моніторинг відповідно до національних соціально-економічних умов [1; 2; 5; 6; 7].

У рамках Цілі 1 ЦСР бідність розглядається як комплексне явище і класифікується за кількома вимірами: крайня (міжнародна) бідність, національна дохідна бідність, багатовимірна бідність та соціальна вразливість населення. Для України характерною є відсутність масової крайньої глобальної бідності, тоді як більш актуальними залишаються проблеми відносної та багатовимірної бідності, а також соціальної вразливості в умовах економічних і безпекових ризиків. У контексті досліджень системи громадського здоров'я бідність виступає ключовою соціальною детермінантою здоров'я, що безпосередньо впливає на демографічні процеси, очікувану тривалість життя, рівень захворюваності та стійкість населення до соціально-економічних шоків, що надає політиці її подолання стратегічного значення для досягнення цілей сталого розвитку [1; 2; 8; 9].

Дослідженням Цілі 1 ЦСР ми робимо перший науково обґрунтований крок, що поєднує:

1. Соціальні детермінанти здоров'я;
2. Громадське здоров'я (популяційні та інституційні інтервенції);
3. Демографічну безпеку;
4. Принципи системності і моделювання впливу (90/10, асиметрія прогресу/занепаду);
5. Концептуальний фундамент для національної стратегії.

В Україні ЦСР (17 цілей та 169 завдань, 183 національні індикатори) адаптовані Указом Президента України №722/2019 «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року».

В Україні зберігається високий рівень соціально-економічної вразливості населення, що посилюється демографічною кризою, воєнними ризиками та економічною нестабільністю. Бідність виступає системним чинником, який формує передчасну смертність та скорочення людського потенціалу.

Аналіз стану подолання бідності в Україні свідчить, що певні аспекти соціальної підтримки та захисту населення вже реалізовані, зокрема наявність системи соціальних трансферів, базових програм соціального страхування та заходів щодо ліквідації крайньої бідності, що відповідає стандартам ООН та рекомендаціям ПРООН (UNDP, 2022; UN, 2015). Водночас ряд завдань залишається в процесі реалізації: зменшення відносної бідності, підвищення економічної спроможності вразливих груп, забезпечення рівного доступу до базових послуг та інтеграція принципів соціальної інклюзії. На майбутнє відкладається необхідність комплексного впровадження механізмів скорочення соціальної нерівності, розширення

доступу до медичних та освітніх послуг та зміцнення людського капіталу, що визначено як ключові орієнтири Цілей сталого розвитку (UNDP, 2022; World Bank, 2022).

Досягнення рівня країн ЄС у подоланні бідності можливе через комплексну інтеграцію політики скорочення бідності в національну систему громадського здоров'я та економічного розвитку, посилення міжсекторальної координації, адаптацію міжнародних індикаторів (MPI, AROPE) та впровадження структурних соціально-економічних інтервенцій, що базуються на принципах популяційного зсуву ризику та багатовимірної оцінки бідності (WHO, 2023; European Commission, 2022).

Ціль 1 передбачає реалізацію 7 завдань. Зокрема, ліквідувати крайню бідність, зменшити щонайменше наполовину частку людей, що живуть у бідності, впровадити системи соціального захисту, забезпечити рівні права на економічні ресурси та базові послуги, підвищити стійкість бідних до криз і катастроф, мобілізувати ресурси для подолання бідності та створити політичні рамки, орієнтовані на інтереси бідних.

Ціль 1 системно охоплює та модифікує ключові детермінанти здоров'я різних рівнів, формуючи фундамент популяційного благополуччя. Насамперед вона безпосередньо покриває структурні соціально-економічні детермінанти, зокрема рівень доходів населення, соціальну стратифікацію, економічну нерівність, доступ до матеріальних і соціальних ресурсів та ефективність систем соціального захисту, що становлять ядро соціальних детермінант здоров'я.

Інтеграція Цілі 1 та її семи завдань у функціонально-структурний устрій національної СГЗ є науково обґрунтованою, оскільки бідність виступає системним чинником формування негативних детермінант здоров'я (НДЗ) та одночасно обмежує розвиток позитивних детермінант здоров'я (ПДЗ). Вона підвищує експозицію до стресу, нераціонального харчування, шкідливих поведінкових практик, обмежує доступ до освіти, якісного середовища проживання та профілактичних послуг, що зумовлює зростання ризику НІЗ і передчасної смертності.

Через причинно-наслідковий механізм зменшення бідності трансформує НДЗ у ПДЗ: знижується соціальний стрес, покращуються умови життя, підвищується економічна спроможність домогосподарств і прихильність до профілактики. Таким чином, інтеграція антибіднісної політики в архітектуру СГЗ підвищує її ефективність шляхом зміщення популяційного розподілу ризику в бік здоров'я, що відповідає принципам популяційної профілактики та міжсекторального управління.

Через механізми перерозподілу ресурсів і підвищення економічної спроможності домогосподарств Ціль 1 опосередковано впливає на проміжні детермінанти – якість і доступність харчування, житлові умови, доступ до базових соціальних і медичних послуг, безпечні умови праці та рівень економічної вразливості. Водночас зменшення бідності знижує психосоціальні ризики, такі як хронічний стрес, тривожність, депривація та соціальна ізоляція, що є важливими медіаторами розвитку неінфекційних захворювань і передчасної смертності [8; 9; 10; 11; 12; 13]. Отже, реалізація Цілі 1 створює багаторівневий профілактичний ефект, впливаючи на фундаментальні причини формування популяційного ризику для здоров'я.

Формулювання мети дослідження. Мета дослідження – науково обґрунтувати вплив завдань Цілі 1 «Подолання бідності» на демографічні процеси, стан здоров'я населення та функціонування системи громадського здоров'я України. Завдання дослідження: визначити механізми впливу бідності на здоров'я населення; проаналізувати демографічні наслідки соціально-економічної депривації; обґрунтувати інтеграцію антибіднісної політики в СГЗ України.

Висвітлення процедури теоретико-методологічного та/або експериментального дослідження із зазначенням методів дослідження. В процесі дослідження використано: системний та структурно-функціональний аналіз; метод аналізу соціальних детермінант здоров'я; компаративний аналіз міжнародних і українських досліджень; демографічний аналіз показників смертності, захворюваності, тривалості життя; метод концептуального моделювання впливу (популяційна стратегія профілактики).

Інформаційною базою стали матеріали ООН, ВООЗ, Світового банку, Програми розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН), Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), Дитячого фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ), Європейської Комісії, Держстату України, аналітичні звіти щодо соціально-економічного стану населення.

Наукова новизна. Обґрунтовано, що бідність є тригером асиметрії занепаду – її зростання швидко погіршує демографічні показники. Уперше Ціль 1 ЦСР розглянуто через призму принципу 90/10 як методологічного критерію оцінки ефективності політики громадського здоров'я. Запропоновано концепцію розгляду Цілі 1 як базового соціально-демографічного регулятора системи громадського здоров'я. Обґрунтовано механізм асиметричного

впливу бідності на прискорення демографічного занепаду. Визначено типологію впливу завдань 1.1-1.b на НІЗ, ІЗ та показники відтворення населення. Розроблено модель інтеграції антиповідної політики в архітектуру української СГЗ.

Практичне значення. Результати дослідження можуть бути використані при: формуванні державної політики «Здоров'я у всіх політиках»; розробці національної та регіональних програм профілактики НІЗ; оцінці ефективності соціальних програм через показники смертності та захворюваності.

У результаті дослідження встановлено, що бідність як фундаментальна детермінанта здоров'я формує:

- хронічний стрес та психічні розлади;
- обмежений доступ до якісного харчування;
- низький рівень медичної допомоги;
- несприятливі житлові умови;
- підвищений рівень поведінкових факторів ризику (тютюн, алкоголь, гіподинамія);
- зниження народжуваності та прискорене старіння населення.

► демографічні наслідки:

- зростанням передчасної смертності;
- скороченням очікуваної тривалості життя;
- міграційним відтоком працездатного населення;
- зниженням репродуктивної активності.

► популяційний механізм впливу за рахунок зменшення частки населення, що живе у бідності, призводить до:

- зниження середнього рівня соціального ризику в популяції;
- зменшення захворюваності на НІЗ;
- зниження соціальної нерівності у здоров'ї;
- стабілізації демографічної структури.

► інституційні аспекти для стійкої реалізації профілактичних програм за рахунок політичних та фінансових умов.

Без інституційної підтримки подолання рівня бідності та інтервенцій в профілактику хвороб залишаються фрагментарними [13; 14; 15; 16; 17; 18].

Виклад основного матеріалу. Бідність є багатомірним явищем, що включає матеріальну, освітню, житлову та соціальну депривацію. Вона діє через кумулятивний механізм ризику. Накопичення соціальних стресорів призводить до формування хронічного запалення, поведінкових ризиків та метаболічних порушень.

Світовий банк застосовує економіко-інституційну модель розвитку з акцентом на макрофінансову стабільність і дохідну бідність, тоді як ПРООН використовує гуманістичну модель людського розвитку, що ґрунтується на багатомірній оцінці добробуту та розширенні людських можливостей. У контексті інтеграції ЦСР у систему громадського здоров'я підхід ПРООН є концептуально ближчим до популяційної парадигми, тоді як підхід Світового банку забезпечує фінансово-інституційні механізми її реалізації.

Популяційна стратегія передбачає зменшення середнього рівня соціального ризику, що забезпечує більший демографічний ефект, ніж фокусування лише на крайній бідності.

Порівняльний аналіз реалізації завдань Цілі 1 свідчить, що в країнах ЄС оцінка прогресу здійснюється переважно через показник AROPE (населення під ризиком бідності або соціального виключення) та індикатори матеріальної депривації відповідно до методології статистичної служби Європейського Союзу (Eurostat), де в останні роки спостерігається поступове скорочення частки населення під ризиком бідності або соціального виключення (з коливаннями внаслідок енергетичної та інфляційної криз).

В Україні моніторинг завдань Цілі 1 здійснюється із залученням даних Державної служби статистики України, при цьому показники суттєво залежать від макроекономічної динаміки, воєнних ризиків та внутрішньої міграції, що зумовлює більшу нестабільність соціальних індикаторів. Отже, якщо для ЄС Ціль 1 має характер політики соціальної конвергенції та зменшення відносної бідності, то для України вона поєднує функції соціальної стабілізації, збереження людського капіталу та запобігання демографічним втратам.

Досвід позитивних практик, результати міжнародних та українських досліджень:

міжнародні дослідження демонструють, що системи соціального захисту знижують смертність і покращують тривалість життя;

- країни з розвинутою системою соціального страхування мають нижчий рівень соціальної нерівності в здоров'ї;

– українські аналітичні матеріали підтверджують зв'язок між доходами домогосподарств і самозвітним станом здоров'я.

У контексті Цілі 1 зобов'язання України в межах Угоди про Асоціацію між Україною та Європейським Союзом мають опосередкований, але системний характер і стосуються насамперед соціальної політики, зайнятості, недискримінації та забезпечення рівного доступу до базових послуг. Угода передбачає наближення законодавства України до *acquis* ЄС (сукупність правових норм, принципів, стандартів і зобов'язань Європейського Союзу), які є обов'язковими для виконання всіма державами-членами та країнами-кандидатами) у сферах трудових прав, соціального діалогу, гендерної рівності, охорони праці, соціального захисту та боротьби з соціальним виключенням. Окремий акцент зроблено на розвитку інклюзивного ринку праці, модернізації системи соціального забезпечення та підвищенні ефективності державної політики у сфері соціальної підтримки вразливих груп населення [8].

Зобов'язання України щодо реалізації Цілі 1 здійснюються через процес інституційної та нормативної конвергенції із соціальною моделлю Європейського Союзу, що відповідає принципам Європейського стовпа соціальних прав. Такий підхід передбачає гармонізацію політики у сфері соціального захисту, зайнятості та недискримінації з європейськими стандартами соціальної інклюзії та зменшення відносної бідності. Йдеться не про подолання крайньої бідності у глобальному вимірі, а про зменшення відносної бідності, запобігання соціальному виключенню, забезпечення доступу до зайнятості, освіти та соціальних послуг, що формує підґрунтя для зміцнення людського капіталу, демографічної стабільності та соціальної стійкості держави [8].

За даними українських аналітичних джерел встановлено чітку кореляцію між:

- соціальною депривацією та смертністю від ССЗ;
- рівнем доходів домогосподарств і самооцінкою здоров'я;
- рівнем освіти та поширеністю факторів ризику НІЗ;
- економічною нестабільністю та психічними розладами.

Соціологічні дослідження, в контексті демографічного впливу, доводять, що бідність:

- знижує народжуваність;
- підвищує ризик трудової міграції;
- прискорює старіння населення;
- підвищує смертність від НІЗ через хронічний стрес, нераціональне харчування та поведінкові ризики.

А медико-соціальні дані свідчать, що:

- НІЗ становлять близько 90 % усіх смертей в Україні;
- із них ССЗ - приблизно 64 % загальної смертності;
- близько 10 % смертей припадає на ІЗ;
- зберігається високий рівень передчасної смертності серед чоловіків працездатного віку;
- показники очікуваної тривалості життя в Україні істотно нижчі, ніж у більшості країн ЄС;
- частка домогосподарств із витратами на харчування понад 50 % бюджету є індикатором економічної вразливості;
- значна частка населення перебуває у стані матеріальної депривації.

Ціль 1 формує структурну основу демографічної безпеки держави, оскільки рівень бідності визначає інтенсивність передчасної смертності, масштаби трудової міграції, репродуктивну поведінку населення та якість людського капіталу.

Теоретичне обґрунтування інтеграції принципу 90/10 в аналіз Цілі 1 доведено, що у системному аналізі громадського здоров'я означає, що 90 % впливу на рівень смертності та захворюваності мають забезпечувати популяційні, міжсекторальні та структурні інтервенції, і лише 10 % - індивідуальні клінічні або вузькоспеціалізовані медичні заходи.

У контексті Цілі 1:

- 90 % - це економічна політика, соціальний захист, бідність, зменшення нерівності, інституційні реформи;
- 10 % - медичне лікування наслідків бідності (ІХС, ГХ, діабет, депресія тощо).

Модель впливу бідності за принципом 90/10 виглядає наступним чином:

1. Структурний рівень (90 %): зменшення рівня бідності, розвиток соціального страхування, адресні соціальні трансфери, доступ до базових послуг, політика підтримки зайнятості, зниження економічної нерівності, що сприятиме результату:

- зниження середнього рівня популяційного ризику;
- зменшення поширеності НІЗ;

- стабілізація народжуваності;
- підвищення тривалості життя.

2. Індивідуальний рівень (10 %): лікування ІХС та ГХ, терапія депресії, медична допомога вразливим групам, що матиме важливий, але обмежений ефект, який не змінить середній популяційний ризик.

Принцип 90/10 у цьому дослідженні використано як концептуально-аналітичну модель інтерпретації структури впливів, а не як жорстко емпірично фіксовану пропорцію.

Аналізом наслідків популяційного механізму в контексті логіки Роуза встановлено, що зменшення частки бідного населення навіть на 5-10 % знижує середній рівень соціального стресу, зменшує поширеність поведінкових факторів ризику, скорочує передчасну смертність та стабілізує демографічну піраміду. Саме це забезпечує мультиплікативний ефект.

Моделльний розрахунок: як зниження бідності на 10 % може вплинути на смертність від ССЗ в Україні.

1. Вихідні демографічні параметри (узагальнені).

Для моделювання беремо узагальнені національні показники:

- ССЗ становлять ≈ 64 % усіх смертей.
- НІЗ - ≈ 90 % усіх смертей.
- Смертність від ССЗ має виражену соціально-економічну градієнтність.

- У групах з низьким доходом ризик смерті від ССЗ на 30-50 % вищий, ніж у групах із середнім та високим доходом (за міжнародними та європейськими дослідженнями соціальних детермінант).

2. Логіка моделі.

Крок 1. Соціальний градієнт ризику.

Якщо припустити, що:

- частка населення, що перебуває в бідності = P
- відносний ризик смерті від ССЗ у цій групі = RR = 1,4 (середнє значення)

Тоді внесок бідності в загальну смертність можна оцінити через популяційно-атрибутивну частку (PAF): $PAF = P(RR - 1) / [1 + P(RR - 1)]$.

де: P - поширеність бідності;

RR - відносний ризик смерті у групі з низьким доходом.

Крок 2. Умовний приклад.

Припустимо:

- 25 % населення перебуває в стані бідності (P = 0,25)
- RR = 1,4

Тоді: $PAF = 0,25 \times 0,4 = 0,101 + 0,10 = 1,100,10 / 1,10 = 0,091 = 9,1$ %.

Тобто приблизно 9 % смертей від ССЗ можуть бути асоційовані з соціальною депривацією.

3. Якщо зменшити бідність на 10 %. 10 % від 25 % = 2,5 %. Отримуємо нову частку бідності = 22,5 %. Новий PAF: $PAF = 0,225(0,4)1 + 0,225(0,4) \approx 8,3$.

4. Що це означає в абсолютних величинах?

Якщо умовно в Україні щорічно від ССЗ помирає $\sim 400\ 000$ осіб (приблизна довоєнна оцінка), 0,7 % становить: $\approx 2\ 800$ збережених життів щороку.

5. Чому реальний ефект може бути більшим?

Модель враховує лише прямий градієнт доходу. Але зниження бідності також впливає на здоров'я і соціальний стан:

- зменшує хронічний стрес;
- покращує харчування;
- підвищує доступ до ліків;
- зменшує шкідливі поведінкові практики;
- покращує прихильність до лікування;
- знижує психоемоційне навантаження.

У довгостроковій перспективі це може дати 1-3 % зниження смертності від ССЗ. Тобто 4 000-12 000 врятованих життів щороку.

6. Одночасно отримуємо і демографічний ефект.

Навіть 3 000–10 000 збережених життів на рік:

- сповільнюють депопуляцію;
- зменшують втрати працездатного населення;
- підвищують очікувану тривалість життя;
- знижують навантаження на систему медичної допомоги.

7. Відповідно до принципу 90/10, переважна частка популяційного ефекту у зниженні смертності формується структурними соціально-економічними інтервенціями, тоді як клінічні заходи відіграють допоміжну, компенсаторну роль.

Представлений розрахунок має ілюстративно-аналітичний характер і демонструє потенційну величину популяційного ефекту за умови збереження соціального градієнта ризику.

Лікування ІХС та ГХ без зменшення соціальної депривації не знижує середній популяційний ризик, але зменшення бідності зміщує весь розподіл артеріального тиску, холестерину, поведінкових ризиків у популяції.

Моделний розрахунок свідчить, що зниження рівня бідності на 10 % може забезпечити щорічне скорочення смертності від серцево-судинних захворювань приблизно на 0,8 % у короткостроковій перспективі (що відповідає кільком тисячам збережених життів), а в довгостроковому періоді – кумулятивний ефект на рівні 1–3 %, що сприятиме демографічній стабілізації держави.

Запропонована концептуальна модель «Здоров'я – Демографія – Безпека – Економіка» відображає причинно-наслідковий ланцюг, у якому економічна спроможність населення визначає стан здоров'я, що, своєю чергою, формує демографічну стабільність та впливає на національну безпеку.

Важливо враховувати український контекст, який характеризується воєнними ризиками, регіональними диспропорціями, переміщенням населення та зниженням доходів. У цих умовах Ціль 1 набуває не лише гуманітарного, а й безпекового та демографічного значення.

Стратегічний контекст: Ціль 1 впливає на народжуваність, смертність, міграцію, поширеність НІЗ, психічне здоров'я, соціальну стабільність, тощо.

Отже, Ціль 1 «Подолання бідності» має системний вплив на демографічну ситуацію та стан громадського здоров'я в Україні, оскільки соціально-економічний статус є базовим детермінантом смертності, народжуваності, міграційної поведінки та поширеності неінфекційних захворювань. Зменшення бідності сприяє підвищенню очікуваної тривалості життя, зниженню соціальної нерівності у здоров'ї та зміцненню демографічної стабільності, а реалізація Цілі 1 виступає не лише соціальною, а й стратегічною умовою збереження людського капіталу та національної безпеки держави.

Для України важливо здійснювати системний контроль та вплив на бідність шляхом інтеграції в українську систему громадського здоров'я:

1. Включення показників бідності до системи епіднадзора – моніторинг соціально-економічних детермінант здоров'я поряд із традиційними епідеміологічними показниками дозволяє оцінювати ризики для населення та виявляти вразливі групи.

2. Міжсекторальна координація – активна взаємодія з Міністерством соціальної політики, Міністерством фінансів та Міністерством економіки для узгодження політик і програм щодо зменшення бідності та її впливу на здоров'я населення.

3. Оцінка ефективності програм соціального захисту через показники здоров'я – включно з рівнем смертності та НІЗ, що дозволяє визначати реальний вплив соціальних ініціатив на стан здоров'я населення.

4. Реалізація принципу популяційного зсуву ризику в межах системи громадського здоров'я полягає у зміні структурних соціально-економічних детермінантів, що забезпечує зниження середнього популяційного ризику та має більший демографічний ефект, ніж ізольовані клінічні інтервенції.

Разом з тим для України Ціль 1 доцільно переосмислювати не як програму ліквідації крайньої бідності, а як інструмент інтеграції до європейської соціальної моделі відповідно до стратегічних рамок Європейського Союзу, зокрема Європейська комісія у межах стратегічних рамок ЄС до 2030 року та реалізації принципів Європейський стовп соціальних прав.

У цьому контексті акцент переноситься з подолання крайньої бідності на зниження відносної бідності, запобігання соціальному виключенню, забезпечення рівного доступу до освіти, ринку праці, послуг громадського здоров'я, медичних послуг та формування стійкого середнього класу як демографічного ядра держави.

Таким чином, для України Ціль 1 трансформується у політику соціальної конвергенції з ЄС, спрямовану на зміцнення людського капіталу, демографічної стабільності та соціальної згуртованості.

Інтеграція у національну систему громадського здоров'я Цілі 1 шляхом: інтеграції соціального захисту з профілактикою НІЗ, моніторингу показника AROPE (частку населення, що перебуває під ризиком бідності або соціального виключення), зменшення соціальних детермінант нерівності у здоров'ї, запобігання «медичній бідності».

Тобто Ціль 1 для України повинна бути інтерпретована як інструмент європейської соціальної конвергенції, орієнтований не на ліквідацію крайньої бідності, а на зменшення відносної бідності, соціальної нерівності та зміцнення людського капіталу відповідно до стандартів ЄС. Такий підхід забезпечує прямий вплив на демографічну стабільність, показники громадського здоров'я та соціальну безпеку держави [12; 13; 14; 15; 16; 17; 18].

Висновки і перспективи подальших досліджень

1. Ціль 1 (подолання бідності) охоплює базові соціальні детермінанти здоров'я – рівень доходу, умови проживання, продовольчу безпеку, доступ до медичної допомоги, освіти та соціальний захист, що формують структурні передумови стану громадського здоров'я.

2. В Україні частково реалізовано заходи подолання крайньої бідності та соціальної вразливості (UN, 2015; UNDP, 2022), водночас зберігаються виклики щодо зменшення відносної бідності, соціальної нерівності та доступу до базових послуг; досягнення рівня ЄС потребує комплексної інтеграції політики скорочення бідності у національну систему громадського здоров'я та економічного розвитку із застосуванням багатомірних індикаторів та структурних соціально-економічних інтервенцій.

3. Реалізація Цілі 1 має розглядатися як стратегічний напрям державної політики – економічної, демографічної та безпекової – і як необхідна умова сталого розвитку системи громадського здоров'я.

4. Функціонально-структурний устрій національної системи громадського здоров'я має бути інтегрованим і орієнтованим на соціальні детермінанти здоров'я, щоб забезпечити ефективну взаємодію між державними, місцевими та громадськими інституціями для подолання бідності та її наслідків для здоров'я населення.

5. Відсутність системних антиповідних заходів і обмежена спроможність медичної системи компенсувати наслідки соціально-економічної депривації посилюють соціальну нерівність, поглиблюють демографічну кризу та обмежують ефективність політики громадського здоров'я, що підкреслює необхідність комплексної, міжсекторальної державної політики зі зменшення бідності.

Перспективи подальших досліджень. Вплив показників бідності на здоров'я населення, тривалість життя та демографічні показники, удосконалення системи епідагляду за динамікою показників бідності, розробка, реалізація та оцінка програм соціального захисту через показники смертності та НІЗ, оцінка економічної ефективності антиповідної політики як профілактичної стратегії.

References

1. Організація Об'єднаних Націй. Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року (Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development). Нью-Йорк: ООН, 2015.
United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN; 2015. (UN General Assembly Resolution A/RES/70/1, adopted on 25 September 2015).
2. Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН). Звіт про людський розвиток 2022. Нью-Йорк: ПРООН, 2022.
United Nations Development Programme (UNDP). *Human Development Report 2022*. New York: UNDP; 2022.
3. Дейкун М. П. Концептуальні засади, визначення та операціоналізація ключових понять громадського здоров'я у процесі формування та функціонування його системи. *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка*. 2025. № 33 (189). С. 24–36.
Deikun M. Conceptual foundations and operationalization of public health system definitions. *Visnyk of Chernihiv Collegium National University*. 2025. 33(189). P. 24–36.

4. Дейкун М. П. Підходи до формування національної системи громадського здоров'я через стратегію «Здоров'я у всіх політиках». *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка*. 2024. № 31 (187). С. 12–25.
Deikun M. Approaches to the formation of a national public health system through the «Health in All Policies» strategy. *Visnyk of Chernihiv Collegium National University*. 2024. 31(187). P. 12–25.
5. Дейкун М. П. Законодавче забезпечення організації та функціонування системи громадського здоров'я. *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка*. 2024. № 25 (181). С. 30–42.
Deikun M. P. Legislative support for the organization and functioning of the public health system. *Visnyk of Chernihiv Collegium National University named after T. H. Shevchenko*. 2024. 25(181). P. 30–42.
6. Дейкун М. П. Проблеми і перспективи підготовки фахівців з громадського здоров'я та їх працевлаштування. *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка*. 2025. № 31(187). С. 55–66.
Deikun M. P. Problems and prospects of training public health professionals and their employment. *Visnyk of Chernihiv Collegium National University named after T. H. Shevchenko*. 2025. 31(187). P. 55–66.
7. Носко М., Мехед О., Дейкун М., Шестакова М. Використання технологій змішаного навчання при підготовці фахівців з громадського здоров'я. *Наука і освіта*. 2024. № 3. С. 46–52.
Nosko M., Mekhed O., Deikun M., Shestakova M. The use of blended learning technologies in the training of public health professionals. *Science and Education*. 2024. №3. P. 46–52.
8. Угода про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їх державами-членами. Брюссель, 2014.
Association Agreement between the European Union and its Member States, of the one part, and Ukraine, of the other part. Brussels; 2014.
9. Носко М., Дейкун М., Носко Ю. Обґрунтування сучасних підходів до дефініції поняття «здоров'я». *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум»*. 2024. № 32(188). С. 18–29.
Nosko M., Deikun M., Nosko Y. Substantiation of modern approaches to defining the concept of «health». *Visnyk of Chernihiv Collegium National University*. 2024. 32(188). P. 18–29.
10. Державна служба статистики України. Соціально-економічне становище України. Київ, 2023.
State Statistics Service of Ukraine. Socio-economic situation of Ukraine. Kyiv; 2023.
11. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення. Київ, 2023.
Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine. Annual report on the health status of the population. Kyiv, 2023.
12. Лібанова Е. М. Соціальні детермінанти здоров'я населення України. Київ: НАН України, 2020.
Libanova E. M. Social determinants of health of the population of Ukraine. Kyiv: National Academy of Sciences of Ukraine; 2020.
13. Гладун О. М. Демографічні процеси в Україні. ІДСД. Київ, 2021. 364 с. ISBN 978-966-02-9843-9 (PDF) (співавтор)<https://idss.org.ua/arhiv/registers2.pdf>
Hladun O. M. Demographic processes in Ukraine. Kyiv; 2021. ISBN 978-966-02-9843-9 (PDF) <https://idss.org.ua/arhiv/registers2.pdf>
14. Marmot M., Allen J., Boyce T., Goldblatt P., Morrison J. Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On. London: Institute of Health Equity, 2020. 168 p.
15. Gakidou E., Afshin A., Abajobir A. A. et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational risks. *The Lancet*. 2017. Vol. 390. P. 1345–1422.
16. Murray C. J. L., Lopez A. D. Measuring the global burden of disease. *New England Journal of Medicine*. 2013. Vol. 369. P. 448–457.
17. Solar O., Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. – Geneva: WHO, 2010. – 79 p.
18. Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. – Oxford: Oxford University Press, 2008. 138 p.

DEIKUN Mykola

<https://orcid.org/0009-0005-1359-537X>Candidate of Medical Sciences (PhD), Professor
Professor of the Department
of Biology and Human HealthT. H. Shevchenko National University «Chernihiv Colegium»
(Chernihiv, Ukraine) E-mail: deikyn@ukr.net

**SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS:
GOAL 1 «NO POVERTY» AS A STRATEGIC DETERMINANT
OF DEMOGRAPHIC STABILITY AND PUBLIC HEALTH IN UKRAINE**

The article provides a systemic analysis of SDG 1 «No Poverty» within the framework of the Sustainable Development Goals (SDGs) in the context of its impact on demographic processes and public health. It is demonstrated that all targets of SDG 1 form a multi-level system of material, social, and institutional determinants of health. It is substantiated that poverty reduction is not only a socio-economic priority but also a medico-demographic strategy.

A methodological model for impact assessment is proposed, based on the mechanism of population risk shift and the principle of asymmetry of progress and decline. It is shown that poverty reduction has a direct effect on mortality from non-communicable diseases (NCDs), communicable diseases, life expectancy, and population reproduction.

Objective. *To scientifically substantiate the impact of SDG 1 «No Poverty» targets on demographic processes, population health status, and the functioning of the public health system in Ukraine.*

Materials and Methods. *The study employs:*

- system and structural-functional analysis;
- analysis of social determinants of health;
- comparative analysis of international and Ukrainian studies;
- demographic analysis of mortality, morbidity, and life expectancy indicators;
- conceptual modeling of impact (population prevention strategy).

The information base includes data from the United Nations, World Health Organization, World Bank, State Statistics Service of Ukraine, and analytical reports on the socio-economic status of the population.

Scientific Novelty. *The scientific novelty lies in demonstrating that SDG 1 has a direct impact on population health, mortality from NCDs and communicable diseases, life expectancy, and population reproduction. A conceptual approach is proposed to consider SDG 1 as a fundamental socio-demographic regulator of the public health system. A model for integrating anti-poverty policy into the architecture of the Ukrainian public health system has been developed.*

Results and Conclusions. *SDG 1 has a direct impact on public health. In Ukraine, poverty is one of the key structural factors sustaining a high level of mortality from non-communicable diseases (approximately 90% of all deaths). Poverty reduction is a fundamental prerequisite for stabilizing the demographic situation and strengthening public health. Without structural reduction of social inequality, the public health system will not be able to achieve sustainable progress.*

The implementation of SDG 1 should be considered an integral component of the national public health strategy.

Keywords: *poverty; social determinants of health; demographic stability; non-communicable diseases; public health system; Sustainable Development Goals.*

Стаття надійшла до редакції 21.04.2026

Рецензент – доктор педагогічних наук, професор Г.М. Тимошко