

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ

І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
Гуманітарно-педагогічний факультет

УДК : 37.013.42:327:616.9(4)ЄС

ПОГОДЖЕНО

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

Декан факультету
Гуманітарно-педагогічний
Савицька Т. М.

Завідувач кафедри

Соціальної роботи та реабілітації

Сопівник І. В.

(підпис)

(ПІБ)

«__» _____ 20_р.

(підпис)

(ПІБ)

«__» _____ 20_р.

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему

Соціальна політика держав Європи під час пандемії Covid-19

Спеціальність 231 “Соціальна робота”
Освітня програма “Соціально-психологічна реабілітація”
Орієнтація освітньої програми – освітньо-професійна

Гарант освітньої програми

(науковий ступінь та вчене звання) (підпис) (ПІБ)
Керівник магістерської кваліфікаційної роботи

Кандидат філософських наук,

доцент кафедри соціальної роботи та реабілітації

Чекаль Л. А.

(науковий ступінь та вчене звання) (підпис) (ПІБ)
Виконав Настасієнко О. С.
(підпис) (ПІБ студента)

КИЇВ – 2022

ЗМІСТ

НУБІП України

ВСТУП 3

РОЗДІЛ 1 ЗАГАЛЬНО-ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1 Загальна характеристика Covid-19 та її динаміка в світі.....	5
1.2 Covid-19, як фактор відображення соціальної нерівності.....	17
1.3 Забезпечення стійкості системи охорони здоров'я під час пандемії.....	24

РОЗДІЛ 2 СОЦІАЛЬНА ПОЛІТИКА

2.1 Шок covid-19: соціальна політика країн ЄС.....	42
2.2 прийняті міри у відповідь пандемії в сфері соціального захисту ...	49
2.3 Соціальна політика відносно громадян старшого покоління	54

РОЗДІЛ 3 ДОСВІД КРАЇН ЄС В БОРОТБІ З ПАНДЕМІЄЮ

3.1 Досвід Австрії в боротьбі з пандемією.....	64
3.2 Досвід Іспанії та Італії в боротьбі з пандемією.....	69
3.3 Досвід Франції та Швеції в боротьбі з пандемією.....	73
ВИСНОВКИ.....	80

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... 84

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

ВСТУП

НУБІП України

Незважаючи на те, що визнання унікальності «пандемічної кризи» стало практично загальним, складно говорити про будь-які усталені дефініції цього глобального феномену, ефект якого не тільки пролонгований на невизначений час, а й набуває, зважаючи на все, фундаментального характеру.

До несподіваних ефектів пандемічної кризи можна віднести деяке зниження показників дохідної нерівності, що з акцентом на підтримку сімей із

дітьми: доходи цієї категорії населення скоротилися меншою мірою, ніж інших соціальних групах. Однак зросли ризики бідності серед

низькооплачуваних працівників, а також тих, хто формально не був

звільнений, але втратив заробіток. Загалом епідеміологічна криза додатково

актуалізувала проблему боротьби з бідністю, яка в рамках усталеної системи

соціальної підтримки не виглядає перспективною. Воістину екзистенційний характер набули проблем у сфері медицини та системи охорони здоров'я, яка практично ніде не мала достатнього «запасу

міцності» для зустрічі з подібним захворюванням.

Новий вірус виявився і заразнішим, і смертоноснішим, ніж найнебезпечніші інфекції, з якими розвинені країни мали справу в сучасній історії.

Більше того, оперативне нарощування потужностей охорони здоров'я у боротьбі з пандемією негативно позначилися на доступності медичної допомоги.

Дослідженням даної теми займався ряд науковців, серед яких варто відмітити: А.К.Мамедов, Комісаренко С. В., Прищенко І., Терент'єва А та інші.

Предмет дослідження: соціальна політика країн Європейського союзу.

Об'єкт дослідження: Європейський союз.

Мета дослідження: дослідження та аналіз соціальної політики країн Європейського союзу під час пандемії Covid-19.

Висвітлення даної мети зумовило розкриття наступних завдань роботи:

- Надати загальну характеристику Covid-19 та її динаміка в світі;
- Дослідити Covid-19, як фактор відображення соціальної нерівності;
- Проаналізувати забезпечення стійкості системи охорони здоров'я під час пандемії;
- Охарактеризувати шок covid-19: соціальна політика країн ЄС;
- Дослідити прийняті міри у відповідь пандемії в сфері соціального захисту;

Надати характеристику соціальній політиці відносно громадян старшого покоління;

- Проаналізувати досвід Австрії в боротьбі з пандемією;
- Охарактеризувати досвід Іспанії та Італії в боротьбі з пандемією;
- Надати характеристику Франції та Швеції в боротьбі з пандемією.

Новизна дослідження полягає в розкритті рекомендацій по покращенню прийнятих мір у боротьбі з пандемією у сфері соціального захисту загалом та країн Європи. Висвітлені матеріали можуть бути використані місцевою та державною владою під час виконання своїх функціональних обов'язків в сфері соціального захисту населення.

Під час написання роботи було використано ряд загальнонаукових методів дослідження: історичний, аналітичний, аналізу, синтезу, зіставлення, абстрагування, порівняння та інші.

Структура роботи: вступ, три розділи, що поділяються на підрозділи, висновки, список використаних джерел в кількості 57 шт. Загальний обсяг роботи становить 90 сторінок машинописного тексту.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНО-ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

НУВБІП України

1.1 Загальна характеристика Covid-19 та її динаміка в світі

31 грудня 2019 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оголосила про спалах пневмонії невідомого походження у м. Ухань (КНР).

30 січня 2020 р. обстановка у світі, пов'язана із захворюванням, була визнана «надзвичайною ситуацією в галузі охорони здоров'я міжнародного значення» [1].

У цей час про випадки зараження почали повідомляти й інші країни, зокрема Франція, Німеччина, США. 11 березня ВООЗ оголосило про початок

пандемії коронавірусної інфекції – до цього часу нова вірусна інфекція була виявлена у 114 країнах, понад 118 тис. осіб вже були хворі на COVID-19.

Станом на 1 лютого у всьому світі виявлено понад 100 млн хворих на COVID-19, понад 2 млн осіб загинуло.

Поширення Covid-19 у світі відбувалося нерівномірно, відбиваючи існуючі проблеми в різних країнах:

- доступність та охоплення медичною допомогою;
- швидкість реакції уряду та ступінь довіри населення владі;
- питання внутрішньої соціальної політики та рівень життя населення (багато хто продовжував ходити на роботу з симптомами, поширюючи вірус, оскільки їм не вистачало коштів на життя).

Щоб стримати епідемію нової інфекції, у країнах вживалися різні заходи – від закриття зовнішніх кордонів та обмеження транспортного сполучення всередині країни до запровадження повного локдауну, закриття магазинів та громадських закладів, переведення співробітників на віддалену роботу.

Як показав досвід, країни з більш ранніми та узгодженими заходами зуміли швидко та з меншими втратами впоратися з пандемією. Цей висновок підтверджується і науковими.

НУВБІП України

Аналіз послідовності введення заходів у низці країн дозволяє говорити про те, що суворі локдауни протягом короткого періоду кращі, ніж м'які, але тривалі обмежувальні заходи, як з метою збереження життів, так і для довгострокової підтримки економічної активності в країні. Проте існують інші погляди на найбільш ефективну стратегію стримування епідемії. Так, наприклад, Barber M, Jatai [2, с. 48] вважають, що найкраща стратегія має будуватися на політиці загального тестування та відстеження випадків захворювання (як у Новій Зеландії та Південній Кореї), ефективної комунікаційної політики (наприклад, в Уганді про заходи дистанціювання повідомлялося по радіо для бідних районів без доступу до Інтернету) та політики поступового ослаблення заходів (Данія). Однак дослідники, які підтримують ту чи іншу модель стримування, солідарні в тому, що заходи, які успішно спрацювали в одній країні, можуть бути незастосовні в інших, наприклад, жорстку політику відстеження контактів у Китаї та Південній Кореї неможливо уявити в ліберальних західних країнах (втім, автори відзначають досвід Австралії, яка пообіцяла не порушувати положень закону про конфіденційність та не використовувати особисті дані в інших цілях).

Тим не менш, політика стримування епідемії в Китаї дійсно виявилася ефективною, тож у квітні 2020 р. було виписано з лікарень останні інфіковані пацієнти, і до лютого 2021 р. ситуація залишалася досить стабільною (не рахуючи кількох локальних спалахів) [4].

Ключовим фактором для стримування епідемії стало швидке та жорстке реагування – повний локдаун у вогнищах зараження, а також застосування цифрових технологій для відстеження здоров'я та контактів населення (коди здоров'я, визначник контактів, камери на вулиці та теплові сканери) [5].

Пересування населення в осередках зараження суворо контролювалося, було введено заборону на виїзд за межі вогнища, на вихід із мікрорайону без пропуски та маски, закриті всі культурні, туристичні та розважальні об'єкти [6]. Було оголошено режим найвищого реагування, госпіталізація здійснювалася за будь-якої підозри на зараження; для небажаючих лікуватися або

дотримуватися карантину, а також за заподіяння шкоди медпрацівникам було введено кримінальне покарання (аж до смертної кари) [7].

Навпаки, для кожного, хто самостійно «здався» або за повідомлення про інших хворих було обіцяно винагороду. Водночас у Китаї оперативно було розпочато повсюдне експрес-тестування для виявлення коронавірусу в провінції Хубей, навіть за мінімальних підозр на захворювання [8].

Китайська модель швидкого реагування дозволила локалізувати вогнище зараження та обмежити поширення вірусу вже через 2 місяці після початку пандемії. При цьому ослаблення карантинних обмежень у Китаї проходило поступово, із збереженням розумних запобіжних заходів:

тотальної дезінфекції,
продовження соціального дистанціювання,

- відстеження захворюваності.

Станом на лютий 2021 р. у Китаї знято всі обмеження, окрім масочного режиму.

До негативних сторін організації боротьби з коронавірусом у Китаї слід віднести приховування інформації на ранніх етапах розповсюдження вірусу, недостатню захищеність медичних працівників, побоювання про тотальний контроль влади за життям людей та після епідемії через поголовний збір даних через спеціальні додатки без захисту цих даних [9].

Саме через це досвід Китаю у стримуванні епідемії виявився незастосовним у західних країнах та США, в яких склалася більш важка епідеміологічна ситуація – можливо, не стільки через неприйнятність заходів тотального локдауну та відстеження, скільки через недостатнє швидке реагування влади та неузгодженість заходів (у США). В цілому можна виділити кілька моделей боротьби з поширенням епідемії:

- вже описану китайську (жорсткий локдаун і відстеження контактів),

- азіатсько-тихоокеанську (загальне тестування і відстеження контактів),

- західну (м'якший, але триваліший локдаун),
 - шведську (відсутність обмежувальних заходів в цілях вироблення колективного імунітету).

За 2020 рік світ пережив дві хвилі поширення епідемії: перша припала на весну і закінчилася в більшості країн влітку з настанням тепла, друга – на осінь. Однак у розрізі окремих країн динаміка захворюваності проходила нерівномірно: наприклад, в Італії та Ірані можна чітко розмежувати початок та спад першої та другої хвилі захворювань; у США, Швеції та Великій Британії друга хвиля станом на кінець січня 2021 р. ще тривала; в Індії, в якій сплеск захворювань припав на літо, тільки згасає перша і поки що єдина хвиля епідемії; в Бразилії обидві хвилі почалися пізніше, ніж в інших країнах, проте за весь період (навіть під час ослаблення першої хвилі) зберігалось значне число хворих та загиблих від вірусу.

Проте використання статистики щодо захворюваності для відстеження динаміки першої та другої хвилі може спотворювати реальну епідеміологічну ситуацію в країнах. Показовий випадок Туреччини, де 10 грудня за один день було зареєстровано понад 800 тис.[10] нових хворих (при середніх 30 тис. на день 1-9 грудня). Очевидно, в реальності такої кількості заражень за день відбутися не могло – стрибок був пов'язаний із зміною методики підрахунку хворих у країні. До цього в статистиці країни враховувалися лише хворі із симптомами, а перерахунок «заднім числом» був потрібний для того, щоб скоригувати статистику її під підсумковий показник – з урахуванням безсимптомних пацієнтів[11].

На початку пандемії основні ризики поширення COVID-19 припали на країни, які мають

- а) певні проблеми у системі охорони здоров'я;
- б) безліч контактів з китайськими фахівцями та туристами[12];
- в) високу щільність чи скупченість населення.

Саме тому перші великі спалахи епідемії за межами Китаю відбулися в Італії, Ірані та Південній Кореї (лідери захворюваності на початок березня), в

яких поєдналися всі названі ризики. Система охорони здоров'я в Італії, заснована на європейських стандартах, швидко досягла точки насичення, у зв'язку з чим лікарі стали перед нелегким вибором кого госпіталізувати. Для значної частини населення із середнім і нижчим від середнього доходом якісна та невідкладна медична допомога виявилася недоступною. Далися ознаки також брак апаратів ШВЛ та засобів захисту для лікарів, а також низьке охоплення тестуванням (тільки для хворих із симптомами)[12].

Крім того, Італія – перша з країн «Великої сімки» приєдналася до ініціативи «Один пояс та один шлях»[13], що означає тісне співробітництво з Китаєм, значний обсяг торгових операцій та інтенсивність ділових контактів між країнами. Відіграли роль скупченість та високий середній вік населення в окремих італійських містах, а також недостатньо швидке реагування влади.

Іран, який довгі роки перебуває під жорстким санкційним тиском з боку США, має слабку систему охорони здоров'я[14]. Також Іран через своє географічне положення є одним із найважливіших транспортних вузлів проєкту «Один пояс і один шлях», крім того, широка мережа бізнес-контактів із Китаєм підтримується через тиск США на обидві країни. Проте Ірану згодом вдалося стримати поширення епідемії, чому сприяли запобіжні заходи соціального дистанціювання: закриття шкіл, заборона на масові громадські заходи[15].

Навпаки, у Південній Кореї, незважаючи на спалах епідемії на початку березня, владі вдалося швидко її купірувати без введення жорстких обмежувальних заходів, а за допомогою відстеження всіх можливих контактів інфікованої людини за базами даних та швидкого реагування[16] (позначився наявний досвід недавньої боротьби в країні з вірусом MERS). Загалом підхід, заснований на загальному тестуванні та відстеженні контактів, був характерний для багатьох країн Азіатсько-Тихоокеанського регіону (Південної Кореї, Японії, Австралії, Нової Зеландії) та показав свою високу ефективність.

Для західного ж підходу притаманне повільніше реагування, поступове введення обмежувальних заходів – більш тривалі, але м'якші лекдауні, з надією

зберегти баланс між порятунком життів людей та підтримкою економіки.

Основною метою введених заходів у Європі (та інших країнах, які використовують західний підхід, у тому числі США) була не повна зупинка

пандемії, а розтягнення її в часі, щоб знизити навантаження на лікарні. І такий

підхід призвів до того, що новим центром пандемії стала Європа – вже до

середини березня кількість тих, хто заразився в Європі, перевищила кількість

хворих у Китаї. Перший час лідером з захворюваності, як ми вже зазначали,

була Італія, трохи пізніше вірус поширився Іспанією, потім – Францією,

Німеччиною та Великобританією.

17 березня було закрито для в'їзду зовнішні кордони Євросоюзу.

Незважаючи на те, що на початку пандемії найгірша епідеміологічна обстановка була в Італії, до квітня в Іспанії було вже більше хворих[17].

Далось взяти ще більш повільне реагування влади, а також відсутність

спочатку заборони на збори людей та проведення заходів[18]. Аналогічна

ситуація склалася у Франції та Великобританії (які також згодом обігнали

Італію за кількістю заражених). Вірус швидко поширився по країнах через

запізнілі та недостатньо жорсткі обмежувальні заходи, низького охоплення

тестуванням на початковому етапі. Через швидке навантаження системи

охорони здоров'я у цих країнах під час першої хвилі були досить високі

показники як захворюваності, так і смертності від COVID-19.

У Німеччині ж, незважаючи на також досить велику кількість

захворювань, смертність була однією з найнижчих у світі, і цьому сприяла

більше розвинена система охорони здоров'я: достатня кількість лікарень, їхня

гарна оснащеність обладнанням та засобами захисту, ширше охоплення

тестуванням, а також вищий рівень свідомості населення, його довіри владі та

введеним ними заходам[19].

Одночасно з поширенням вірусу в Європі з'являється нове вогнище

захворюваності у США. Висока швидкість поширення вірусу, досить

розрізнені і м'які стримуючі заходи у різних штатах, відчуття їхньої

необов'язковості, призвели до того, що 4 квітня США вийшли на перше місце

за кількістю хворих. Погіршенню ситуації сприяли і ті ж проблеми у охороні здоров'я, що й у Європі – переповнення лікарень, низька доступність оперативної медичної допомоги, а також низький рівень забезпеченості лікарень апаратами ШВЛ та засобами захисту для медиків[20]. Ще важча ситуація склалася в Бразилії[21], незважаючи на те, що перший заражений там

був виявлений пізніше, ніж в інших країнах 26 лютого. Пандемія почалася в розпал карнавальних святкувань, коли скупчення людей на карнавалі, відсутність будь-яких заходів соціального дистанціювання та зневажливе ставлення влади до нового вірусу привели в результаті до того, що Бразилія

вийшла на друге місце у світі за захворюваністю, продемонструвавши одні з найгірших показників поширення пандемії - 30 червня в країні вже було понад 1 млн. людей, що заразилися.

Несприятлива ситуація із захворюваністю в першу хвилю склалася також у Туреччині, і знову основною причиною стали коливання влади під час введення обмежувальних заходів. У країні перший випадок було виявлено лише 1 березня, проте темпи поширення вірусу були настільки високими, що невдовзі країна увійшла до топ-10 країн із захворюваності. Жорсткі карантинні заходи почали вводитися лише тоді, коли ситуація в країні наблизилася до

критичної. Ще одним негативним фактором стала особливість класифікації хворих при тестуванні: у статистиці заражень враховувалися лише пацієнти із симптомами, що не відображало реальну епідеміологічну ситуацію в країні і гальмувало ухвалення урядом адекватних рішень[22].

На окрему увагу заслуговує шведський підхід у боротьбі з епідемією. У першу хвилю в його основі лежала відмова від жорстких заходів та загального карантину, ізоляція населення лише з групи ризику. Передбачалося, що інші переохворіють на вірус і буде вироблений груповий імунітет[23].

Боротьба з вірусом у Швеції ґрунтувалася лише на добровільних діях та рекомендаціях уряду (про перехід на віддалену роботу, уникнення контакту з літніми, дотримання дистанції). Крім того, у країні була буквально введена заборона на носіння масок (аргументуючи це тим, що неправильне носіння

принесе більше шкоди, ніж користі. Перший час такий підхід, здавалося б, працював – цьому сприяло і те, що у Швеції дуже низька щільність розселення людей і загальною досить високий рівень життя, що дозволяє населенню легше дотримуватись соціальної дистанції[24], крім того, рівень законослухняності та довіри до уряду у Швеції дуже високий[25]. Однак шведський підхід із самого початку жорстко критикувався як усередині країни, так і за її межами, оскільки низьке охоплення тестуванням не відображало реальної ситуації в країні. Проводилося дуже мало тестів на коронавірус[26]: тільки для людей з важкими симптомами; людей із легкими симптомами не ізолювали, а лише рекомендували їм залишатися вдома. Про реальну ситуацію краще свідчив рівень надмірної смертності населення, у 5–10 разів вищий, ніж у сусідніх скандинавських країнах, де було запроваджено значно жорсткіші заходи.

На початку літа поширення епідемії дещо призупинилося, однак у другу хвилю в країні сталися досить серйозні спалахи епідемії. Водночас у вересні у Швеції запускається програма загального тестування населення та відстеження контактів, яка виявила справжню статистику захворюваності та призвела до перегляду епідеміологічної політики у країні. У жовтні нові правила запроваджуються поки що у формі рекомендацій, проте починаючи з листопада заходи починають посилюватись: спочатку були обмежені збори людей (не більше 8 осіб), потім було введено обов'язкове носіння масок. У січні, коли стало ясно, що введених заходів недостатньо, влада вперше вводить серйозні обмежувальні заходи на законодавчому рівні – у зв'язку з набранням чинності законом про надзвичайну ситуацію, який зробив це можливим. Таким чином, влада, через 10 місяців після початку пандемії, отримала можливість вводити штрафи за порушення соціальної дистанції, закривати магазини та розважальні заклади, а також обмежити роботу громадського транспорту та скупчення людей, перевести старші класи на віддалене навчання - і тільки таке посилення заходів дозволило, нарешті, стримати поширення епідемії в країні[27].

Приблизно з травня у більшості західних країн перша хвиля епідемії почала згасати, і причина цього полягала не лише у введених обмежувальних заходах, а й у погодних умовах (згідно з дослідженнями[28], захворюваність COVID-19 у середньому знижується зі зростанням температури). Таким чином, багато країн вирішили скористатися літнім періодом для ослаблення карантину крім зниження виявлених випадків захворювань свою роль зіграло і те, що люди втомилися від обмежень[29]. В першу чергу були відкриті невеликі магазини, заклади на свіжому повітрі, були дозволено переміщення на більш далекі відстані[30]. На другому етапі відкриваються школи, паби, ресторани, відкриваються межі між регіонами.

При цьому при ослабленні обмежувальних заходів уряди країн продовжують спиратися на систему «тестування, відстеження та ізолювання» для попередження другого спалаху.

В Італії насамперед (з 14 квітня) було відкрито книжкові магазини та магазини дитячого одягу за умови обов'язкової дезінфекції 2 рази на день; у Німеччині також було відкрито низку невеликих непродовольчих магазинів з початку травня. У США 17 квітня було випущено рекомендації для трьох фаз послаблення обмежень: насамперед відкриваються торгові, спортивні та ресторани з великими площами, які можуть забезпечити дистанцію, відновлюють роботу будівництво, ріелтори та держслужбовці. Однак у ряді штатів відбулося досить різке і невчасне скасування заходів, що призвело до відновлення зростання захворювань та повернення обмежень ще влітку.

Сезонна чутливість вірусу викликала очікування восени другої хвилі захворюваності у багатьох країнах, особливо в тих, де навесні були вжиті найбільш жорсткі заходи соціального дистанціювання (і значна частина населення не набула імунітету)[31]. Тому на момент настання другої хвилі більшість країн виявилася більш підготовленими – було підготовлено більше медичного обладнання, засобів захисту, місць у лікарнях; проводилося значно більше тестів, ніж у першу хвилю, зокрема для безсимптомних пацієнтів. З одного боку, це дозволило краще і швидше реагувати на поширення вірусу, з

іншого – статистика щодо захворюваності на другу хвилю стала набагато вищою у багатьох країнах.

Друга хвиля. Незважаючи на очікування другої хвилі, деякі країни постраждали восени навіть сильніше, ніж у першу хвилю – це стосується вже зазначеної Великобританії, Швеції, де випадки захворювань почастишали ще влітку; США, Бразилії, в яких епідемію так і не було стримано.

Приблизно з вересня низка країн досягла рівня захворюваності, відповідно до якого починають прийматися нові обмежувальні заходи. Країни-прихильники західного підходу, як і раніше, дотримуються м'яких, але

тривалих заходів: у Великій Британії з кінця вересня закриваються паби та ресторани після 22:00, проте з початком зими заходи посилюються – і запроваджується трирівнева система обмежень. У США на тлі різкого

послаблення обмежувальних заходів та масових протестів вже у червні серйозно зросла захворюваність. Відразу в кількох штатах було припинено програму поступового зняття обмежувальних заходів, і, навпаки,

запроваджено нові заходи. В Ірані нові обмеження було введено лише з кінця листопада: країна була поділена на зони залежно від кількості заражень, у найбільш спокійних зонах були закриті лише розважальні та релігійні заклади;

більш напружених – обмежена робота закладів громадського харчування, шкіл та університетів, заборонені збори людей.

В Італії заходи почали посилюватися із серпня через зростання кількості заражень, насамперед було закрито нічні клуби та дискотеки – місця скупчення людей. З кінця жовтня було введено обмеження на роботу

ресторанів та барів після 18:00, закрито розважальні заклади (театри, кінотеатри, спорткомплекси, салони краси). З листопада було введено комендантську годину, старших школярів було переведено на домашнє

навчання; крім того, країна була поділена на зони – за кількістю заражених, у найважливіх регіонах було введено найжорсткіші заходи – закрито бари, ресторани та магазини, заборонено вільне пересування. Подібна динаміка

другої хвилі спостерігалася і в Іспанії, Німеччині, у Франції, незважаючи на те, що багато жителів виступали проти нових локдаунів.

З настанням 2021 р. політика щодо проведення обмежувальних заходів у різних країнах також різниться – залежно від ситуації із кількістю заражених, швидкістю поширення інфекції та доступністю медичної допомоги. У ряді країн ситуація із захворюваністю покращилася, внаслідок чого обмеження були ослаблені, а в інших, навпаки, взимку були введені або повернуті жорсткіші обмеження – закриття шкіл, барів та непродуктових магазинів, комендантська година та повний локдаун[32].

Лідерами із захворюваності залишаються США (понад 26,1 млн осіб на 31 січня), Індія (понад 10,7 млн), Бразилія (9,2 млн), Великобританія (3,8 млн), Франція (3,2 млн). При цьому лідерами за кількістю нових випадків у розрахунку на 1 млн осіб є Португалія (понад 1000 нових випадків), Ізраїль, Іспанія, Чорногорія. США знаходиться на 12 місці із щоденною захворюваністю 458 осіб на 1 млн осіб.

Посилення заходів у європейських країнах пов'язане не в останню чергу з появою нового, що швидко поширюється «британського» штаму, у зв'язку з чим багато країн запровадили заборону на в'їзд із Великобританії. У самій Великій Британії з виявленням нового штаму наприкінці грудня були посилено обмеження в кількох регіонах, а загальнонаціональний локдаун було введено 5 січня. Обмежувальні заходи були досить суворими: закрито школи, більшість співробітників переведено на віддалений режим роботи, виходити з дому дозволено тільки для відвідування продуктового магазину чи лікаря, а також для занять спортом поблизу будинку. Таким чином, це вже третій введений локдаун під час пандемії у Великій Британії. Також посилюються заходи у Німеччині, Франції та Португалії; в Швеції обмеження було введено вперше.

У Німеччині повний локдаун було запроваджено ще раніше, ніж у Великій Британії – з 16 грудня. Відкритими залишаються лише магазини необхідних товарів, школи, бари, ресторани, більшість офісів закриті. Людям

дозволено зустрічатися на вулиці не більше ніж з однією людиною. Крім того, на початку лютого очікується ще більше посилення існуючих заходів (обмеження на роботу транспорту, комендантська година). У грудні у Франції

було запроваджено комендантську годину (з 20:00 до 06:00), 16 січня було продовжено час, коли люди не повинні виходити з дому, а магазини та офіси

мають бути закритими (з 18:00 до 06:00). Школи залишаються відкритими –

учні можуть відвідувати їх за наявності негативного тесту. Негативний тест також необхідний при в'їзді в країну, а також обов'язкова самоізоляція після

приїзду на 3 дні. Бари, ресторани, курорти залишаються закритими з жовтня.

Як і в Німеччині, у лютому очікується подальше посилення заходів аж до повного локдауну. У Португалії новий карантин запроваджено з 15 січня:

закрито більшість магазинів та розважальних закладів, бари та ресторани працюють тільки на виніс, офіси перевели співробітників на віддалений

режим. Відкритими залишаються школи та університети. Навпаки, у Греції,

Італії карантинні заходи, вчасно введені восени, дозволили подолати спалах другої хвилі захворювань, і обмеження починають пом'якшуватися.

Наприклад, у Греції насамперед вирішено відкрити дитячі садки та початкові школи, обговорюється питання про відкриття ряду магазинів та офісів.

Водночас продовжує діяти комендантська година з 22:00 до 05:00. В Італії, навпаки, до шкіл дозволили повернутися лише старшокласникам. Як і в Греції,

продовжує діяти комендантська година з 22:00 до 05:00, а також обмеження на пересування між регіонами. І лише в регіонах з найважчою ситуацією

(Ломбардія, Компанія і Тоскана) зберігається строгий локдаун.

Обмежувальні заходи продовжуються в Бельгії, Данії та Нідерландах.

У країнах закриті школи, більшість магазинів та розважальних закладів, співробітники здебільшого переведені на віддалений режим, введено заборона

збирання великих груп людей. В Іспанії карантинні заходи продовжуються з

осені, і включають комендантську годину вночі, обмеження на пересування вдень. Режим надзвичайної ситуації дозволяє окремим регіонам

встановлювати додаткові обмеження у разі погіршення обстановки.

З початком вакцинації населення COVID-19 з'явилася сподівання позитивну динаміку кількості захворювань. Першою вакцинація стартувала в Росії (15 грудня) та Китаї [33], трохи пізніше – у США та країнах Євросоюзу (з 27 грудня). Однак на початкових етапах вакцинація проводилася в дуже обмеженій кількості – для медиків, людей з основної групи ризику.

1.2 Covid-19, як фактор відображення соціальної нерівності

Пандемія COVID-19 створила багато проблем для служб охорони здоров'я у всьому світі і привела до однієї з найбільших соціальних криз [34, с. 112].

З іншого боку, ця ситуація стала потужним стимулом посилення цифровізації сфери здоров'я. І як показує аналіз досвіду різних країн, потенціал цифрових технологій у цьому відношенні здобув широке визнання.

Пандемія COVID-19 підкреслила та розширила важливість цифрових технологій охорони здоров'я, починаючи від швидкого переходу до послуг телеохорони здоров'я та закінчуючи розробкою додатків для відстеження

контактів та попередження розвитку захворювання. Багато країн прийняли

стратегії, орієнтовані на цифрові технології, почавши активно впроваджувати віддалений моніторинг, консультації, щоб забезпечити надання медичної допомоги без фізичної взаємодії. Так, у квітні 2020 року в Німеччині було

прийнято the German Digital Healthcare Act (DVG), що розширює фінансову підтримку використання медичних додатків для моніторингу та консультацій [35, с. 44].

Особливим напрямом стало застосування технологій на базі штучного інтелекту: від розпізнавання симптомів до проведення медичні маніпуляції.

Так, на базі запущеної з 2013 року платформи Babylon Health, були розроблені та запущені програми для перевірки симптомів за допомогою спеціального алгоритму прийняття рішень щодо наявності коронавірусу, який може допомогти пацієнтам отримати більш точні та цілеспрямовані поради. Як

зазначають експерти, подібні програми допомагають знизити непотрібну відвідуваність відділень невідкладної допомоги та громадських центрів.

У Китаї комп'ютерна томографія легень із використанням штучного інтелекту була основним методом ранньої діагностики COVID-19, скорочуючи час, що витрачається на діагностику, з 30 хвилин за кілька секунд.

У місті Ханчжоу лікарі дистанційно керували роботом для проведення ультразвукового обстеження та діагностики пацієнта, що знаходиться за 700 км від міста Ухань.

Також слід вказати і на можливості, які відкриваються у рамках використання електронних баз даних зокрема, на базі європейської мережі «Здорові міста» було створено єдину платформу для обміну досвідом, знаннями, а також для здійснення підтримки міст, що стали епіцентрами поширення інфекції[36, с. 34].

Крім того, в рамках цієї мережі запущено моніторинг ситуації та інформаційна підтримка урядів та населення країн з метою вироблення єдиних механізмів та солідарних дій у подоланні кризових етапів у боротьбі з хворобою[37].

В цілому, впровадження інформаційно-комунікаційних технологій у сферу охорони здоров'я у сучасних умовах обмеження державного фінансування можна розглядати як один з способів зниження соціальної нерівності щодо здоров'я. Їх використання дозволяє зберегти якість та спектр наданих медичних послуг більшій частині населення, незалежно від статі, расової та соціальної приналежності, що, безумовно, можна вважати як найважливіший крок на шляху до забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю всіх з метою досягнення сталого розвитку світового соціуму.

Однак цифровізація системи охорони здоров'я, незважаючи на існуючі переваги, доки не здатна до кінця подолати проблему нерівності у сфері охорони здоров'я. Більше того, без достатньої забезпеченості (насамперед,

ресурсної та фінансової підтримки цифровізація охорони здоров'я породжує нові цифрові форми нерівності.

На наш погляд, аналіз особливостей розвитку цифровізації сектора здоров'я дозволяє виявити такі ризики, пов'язані з нерівномірним розподілом нових ресурсів.

Насамперед, слід зазначити міжкраїнні відмінності у рівнях цифровізації, що дозволяє судити про збереження глобальної форми нерівності, але вже у цифровому аспекті.

Наступна особливість, яка пов'язана з цифровою нерівністю щодо здоров'я, це відмінності в доступності інформаційних технологій. Як зазначають експерти, лише трохи більше половини населення світу поки що є інтернет-користувачами, що дозволяє зробити висновок про існування регіонів, де нові комунікаційні технології поки що не є елементом повсякденних практик.

Крім того, дослідники вказують на регіональні обмеження в доступі до нових технологій між окремими соціальними групами усередині країн. Так, подібний цифровий розрив спостерігається між жителями міських та сільських поселень.

Ще однією особливістю, яка проявляється в умовах «старіння» соціуму, служать відмінності, пов'язані з рівнем володіння новими технологіями у користувачів різного віку. Результати проведених досліджень переконливо свідчать, що пацієнти літнього та старечого віку, які часто страждають також ментальними розладами, що виявляються в умовах соціальної ексклюзивності через невміння використовувати пропоновані цифрові технології у сфері здоров'я, що негативно впливає на стан їх здоров'я при відсутності відповідної соціальної підтримки.

Крім того, незважаючи на очевидні успіхи, розвиток цифрової охорони здоров'я поки що має певні обмеження в практичному аспекті у зв'язку з етико-правовими ризиками використання електронних технологій у медицині. Насамперед, йдеться про дотримання принципу конфіденційності даних

пацієнта, відповідно, лікарської таємниці, що становить одне з базових правил у деонтології. У правовому аспекті ризики розвитку цифрової медицини спричинені невідповідністю міжнародних юридичних норм, що регулюють діяльність лікувально-профілактичних установ та їх персоналу, чинному національному законодавству у сфері охорони здоров'я. Не можна виключати і технологічні ризики, зумовлені складністю використовуваного устаткування.

Щодо мобільних додатків проблеми ті самі. В усьому світі налічується понад 318 тисяч мобільних телефонів. Кожен день у магазини додатків додається близько 200 додатків. Для забезпечення безпеки пацієнтів і споживачів важливо, щоб медичні програми оцінювалися на основі таких критеріїв, як безпека, функціональність, якість, захист даних.

Таким чином, цифровізація сфери охорони здоров'я, за наявності очевидних переваг, носить амбівалентний характер через зазначені вище причини, що ставить питання про необхідність комплексного підходу до розроблення та впровадження нових технологій у національну систему охорони здоров'я, що дозволяє враховувати як регіональні, так і соціальні особливості різних груп населення з метою всебічного забезпечення реалізації їхніх потреб щодо їхнього здоров'я.

Осмислення пандемії та її соціальних наслідків, мимоволі, актуалізувало екзистенційні питання про статус індивіда та його соціальне буття. Запитання: «Хто Я?» та «З ким Я?» – виявилися передчасно віддані забуттю в менеджерській ідеологемі.

Соціальна ізоляція змусила усвідомити самоту як якийсь соціальний феномен. У суспільстві фіксується фобія самотності та депресія. Широко поширені агнозія (невпізнання образів) та алармістські синдроми.

Суспільство має «прожити» це, виробивши нові концепції. Як правило, виділялося чотири види самотності:

- космологічне,
- культурне,
- міжособистісне,

- ситуативне.

Сучасні практики самотності доповнили нові атрибути. Надзвичайну гостроту даний феномен придбав у культурному просторі мегаполісу, став маркером і атрибутом урбанізму, складовою міського способу життя. У науці

досить докладно розглянуто феномен самотності у натовпі, де фізична наявність безлічі індивідів навколо не рятує від самотності.

Занурення людини у віртуальний світ докорінно змінює його комунікативні практики, трансформуючи їх в інше простір. Дослідження

доводять, що самотність «зарізною» по своїй природі. Як і всяке пасивне діяння, воно притягує, цьому наслідують, це стає навіть модним. Але

найчастіше, самотність – це і свідомий вибір людей у розвинених країнах, як форма пасивного протесту чи ескапізму. Соціологами досліджуються базові причини «урбаністичної» самотності:

- системна зміна міського простору;
- збільшення тривалості життя;
- посилення жіночої ролі;
- тотальність "соціальних мереж".

Самотність та «проживання» в мережах породили специфічні патерни поведінки, що відбулося у новому кінематографі. Апатія, замкнутість та роз'єднаність стали маркерами поведінки нових «зайвих» людей, відбувається культурна ерозія, коли патологія стає нормою. Самотніх людей можна

називати синглтонами: молоді професіонали, люди середнього віку, які розлучилися або ніколи не одружилися, літні, в основному, жінки і найчастіше вдови. Разом з тим, проживання на самоті дає низку переваг: можливості розвитку та зростання, самотність звільняє від важких відносин із сусідами, воно дає свободу у спілкуванні.

Амбівалентність самотності визначає її «тривожний» статус і, разом із тим, творчий потенціал, бо наукова чи художня рефлексія немислима без певної частки самотності [38, с. 17].

Пандемія коронавірусу виступила каталізатором і ще більше актуалізувала багато соціально-економічних проблем сучасного товариства. Одним із глобальних та надзвичайно злободенних питань, є обтяжливе життя не тільки членам окремих товариств у регіональному масштабі, але й загрожує всьому світовому співтовариству, соціальна нерівність, у тому числі нерівність щодо здоров'я. COVID-19 ще раз пролив світло на фактори нерівності, такі як: різні можливості у сфері доступу до медичного обслуговування, як усередині країн, так і між ними, вікова, гендерна та расова нерівність, різні матеріальні та житлові умови, нерівний доступ до освіти та ін.

Здавалося б, перед вірусом усі рівні і йому не важливий колір шкіри, стать та соціальне становище, але практика показує, що жодної рівності немає, ні медичної, ні з економічної, ні з соціальної точки зору.

Коронавірус демонструє широкий розкид у впливі на різні соціальні групи, що робить вразливих ще більш вразливими.

Найважливішим складником подолання нерівності щодо здоров'я в умовах SARS-CoV-2 є надання справедливого доступу до медичної допомоги, причому йдеться не лише про хворих коронавірусною інфекцією. Під час епідемії основні ресурси перекидаються з систематичного надання медичної допомоги на заходи у відповідь у зв'язку з коронавірусом, однак необхідно знайти баланс і не забувати і про інші захворювання, щоб не завдати шкоди їхньому лікуванню.

Пандемія та карантин спричинили втрату роботи для багатьох, проте ті, хто має заощадження, мають перевагу перед тими, хто не має фінансової подушки. Чим нижчий дохід, тим менше можливостей працювати віддалено, кваліфіковану працю простіше перекласти в он-лайн, ніж працівників, які займаються фізичною працею, які або втратили джерело доходу, або змушені піддавати своє здоров'я ризику працюючи офлайн. Більш багаті верстви населення мають найкраще житло, яке є одним із основних засобів захисту від коронавірусу. У групах і таборах біженців немає поняття «соціальне

дистанціювання», масок, антисептиків та можливості регулярно мити руки, обмежений доступ до інформації про заходи щодо захисту від коронавірусу.

Пандемія ще більше оголила глибину нерівності, насамперед вплинув на життя і здоров'я і без того незахищених верств населення і з цим треба терміново боротися, тому що ніхто не повинен вмирати через класові відмінності.

Перелік заходів, що вживаються в різних країнах щодо підтримки сімей у умовах пандемії коронавірусної інфекції, можна оцінити виходячи з охоплення благополучників, форм підтримки з боку держави, механізмів надання допомоги. До підтримки сімей можна віднести не лише прямі механізми в частині одноразових виплат домогосподарствам, а також податкові канікули, знижені ставки за кредитами, відстрочки за комунальних платежів та ін.

Основні заходи підтримки були запропоновані сім'ям у вигляді посібника з непранездатності. Такий механізм був передбачений у більшості країн G-20.

Окремі заходи були передбачені сім'ям із дітьми-школярами. У США було дозволено додаткові 10 днів працівникам, тим, хто доглядає дітей, де школа або дитячий садок були закриті (2/3 заробітної плати, але не більше, ніж 200 дол. США на день). У Кореї було встановлено оплачувану відпустку з догляду за дитиною до 5 днів з щоденною компенсацією на суму 50,000 вон.

В Італії передбачили для батьків школярів право на 15 вихідних днів з компенсацією у розмірі 50% від заробітної плати протягом усього періоду поки закриті школи, при цьому ввели заміну на щомісячну допомогу у розмірі €600 на оплату послуг няні. Такий же розмір щомісячної допомоги передбачено для самозайнятих у розмірі €600 у період надзвичайної ситуації.

А в Японії ввели субсидії для фрілансерів (4100 ієн на день), які забезпечують догляд дітей у період закриття шкіл.

Підтримку у вигляді виплат допомоги сім'ям з дітьми надавали США, Канада, Італія, Південна Корея, Японія.

У США запровадили прямі виплати у розмірі \$1200 для повнолітніх громадян та \$500 для дітей. У Канаді збільшив допомогу на дитину на \$230 (розмір річної допомоги на дитину залежить від кількості дітей у сім'ї, їх віку, сімейного стану батька, який звертається за пособием, та чистого доходу сім'ї, який зазначено у податковій декларації за попередній рік). Виплату передбачено батькам через закриття дитячих садків та шкіл, якщо вони залишаються без джерела доходу.

Заходи податкової політики були вжиті в частині запровадження пільг та відстрочок. У США ввели відстрочку податків для фізосіб на 90 днів із звичайного терміну (15 квітня) у розмірі до 1 млн. доларів. Влада Канади ввела відстрочення прибуткового податку до 1 червня 2020 року та розширено пільги, пов'язані з компенсацією сплаченого податку з продажу для сімей з низькими прибутками.

Відстрочення платежів за кредитами було введено в Канаді, Іспанії, Ізраїлі, у тому числі щодо іпотечних кредитів та студентських.

Особливістю заходів підтримки сімей в Іспанії стало запровадження відстрочення комунальних платежів, заборона перегляду тарифів на скраплений газ терміном на 6 місяців та постачання природного газу споживачам віддалених поселень терміном 4 місяці. У Новій Зеландії заходи зачепили субсидування теплопостачання.

Аналіз закордонного досвіду дозволив виділити пріоритетні заходи, спрямовані на подолання наслідків пандемії та орієнтацію на нього країн, які із запізненням відчувають наслідки коронавірусної пандемії.

1.3 Забезпечення стійкості системи охорони здоров'я під час пандемії

Нове захворювання, викликане коронавірусною інфекцією (COVID-19), виявило широкомасштабний вплив на всі сфери життя суспільства, що призвело до підриву досягнень в галузі охорони здоров'я та зусиль щодо забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я. Відволікання

ресурсів системи охорони здоров'я на боротьбу з COVID-19 спричинило тривалі перебої у наданні основних видів медичної допомоги.

Нові перешкоди задоволення попиту на медичні послуги, такі як обмеження пересування, зниження платоспроможності та страх перед інфекцією, створили додаткові безпрецедентні проблеми, не говорячи про численні випадки недостатнього постачання засобами інфекційного контролю та відсутності належних можливостей для тестування.

Світ не дістав уроків із попередніх епідемій, та надмірне слідування практиці реагування на події у міру їх виникнення замість вжиття заходів щодо профілактики та забезпеченню готовності призвело до того, що країни виявилися не підготовлені до такого стрімкого та масштабного поширення пандемії. На жаль, при цьому пандемія COVID-19 особливо сильно вдарила по вразливим групам населення і посилила прояви нерівності.

Оскільки всесвітній охват послуг та безпека в галузі охорони здоров'я є взаємодоповнювальними цілями, охарактеризуємо обґрунтування та рекомендації щодо формування стійкості та подальшого об'єднання процесів нарощування загального охоплення послугами охорони здоров'я та забезпечення безпеки в галузі охорони здоров'я за допомогою таких засобів:

- відновлення та перетворення національних систем охорони здоров'я шляхом інвестування в основні функції суспільної охорони здоров'я (ОФОЗ) і фундамент системи охорони здоров'я з приділенням особливої уваги первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) та включенням вимог щодо безпеки охорони здоров'я;

- управління ризиками надзвичайних ситуацій з урахуванням усіх видів небезпеки, забезпечення та прискорення стабільного здійснення Міжнародних медико-санітарних правил;

- загальнодержавний підхід для забезпечення залучення місцевого соціуму та населення в цілому.

Виробляючи «нову норму» оновлення медико-санітарної політики та систем охорони здоров'я, країни повинні виходити з того, які інвестиції було

здійснено і які уроки були зроблені під час пандемії COVID-19. Нижче перераховані деякі з уроків, після вжиття заходів реагування на пандемію COVID-19, які можуть використовуватися при підготовці рекомендацій та політичних орієнтирів у сфері відновлення та перетворень.

Для забезпечення готовності до пандемії всім країнам необхідно удосконалити організацію та функціонування як у рамках систем охорони здоров'я, так і за їх межами. До початку пандемії більшість національних систем охорони здоров'я могло функціонувати адекватно, приймаючи лише базові заходи щодо забезпечення готовності до частіших, але маломасштабнішим надзвичайних ситуацій. Така політика породжувала відчуття самозаспокоєності, що в результаті призвело до прогалин.

Більш того, країни не прогнозували або не планували належним чином вжиття заходів у зв'язку з надзвичайними ситуаціями національного масштабу, а також у зв'язку з виникненням у таких ситуаціях перебоїв у наданні основних видів медичної допомоги. Це призвело до неефективності заходів з управління, координації та регулювання інцидентів, а також до прогалин у протоколах клінічного ведення пацієнтів, стандартах догляду, системі профілактики інфекцій та боротьби з ними та у здібності раціонально розподіляти медико-санітарні кадри серед тих, хто найбільше потребує. Така ситуація була характерна навіть для країн, які мали в своєму розпорядженні високорозвинені системи охорони здоров'я та великі базові можливості для здійснення.

Забезпечення безперебійного надання основних видів медичної допомоги має вважатися настільки ж пріоритетним, як і забезпечення реагування на надзвичайні ситуації.

У початкових стратегіях забезпечення готовності до пандемії та вжиття заходів реагування не приділялося належної уваги ймовірності суттєвого збою у наданні основних послуг внаслідок переорієнтування потенціалу системи охорони здоров'я та введення нових заходів громадської охорони здоров'я та соціального захисту. Деякі елементи такого важкого навантаження, яке лягло

на плечі служб вторинної та третинної допомоги з настанням пандемії COVID-19, можна було б уникнути [39, с. 32]. Ряд орієнтованих на ПМСД систем охорони здоров'я продемонстрував стійкість, швидко адаптуючись та підтримуючи безперебійність основних видів послуг шляхом перерозподілу клінічного навантаження між рівнями надання медичної допомоги, у тому числі функції різних рівнів медичного обслуговування у частині раннього виявлення випадків інфікування, ведення випадків легкого перебігу хвороби поблизу спільноти та застосування методу сортування пацієнтів для раціонального використання лікарняних потужностей. Ці заходи також дозволяють знизити надмірну захворюваність і смертність, які пов'язані з COVID-19.

Крім того, служби первинної допомоги найчастіше є пунктом початкового контакту із системою охорони здоров'я та здійснення епідагляду в сукупності з діагностикою має на цьому рівні вирішальне значення.

Для управління надзвичайними ситуаціями країнам необхідно приділяти підвищену увагу усуненню фундаментальних недоліків у системі охорони здоров'я та основним функціям суспільної охорони здоров'я. Пандемія COVID-19 привернула увагу до хронічних фундаментальних недоліків систем

охорони здоров'я, через які процес надання послуг став схильний до збоїв і ризику можливої передачі інфекції (мова йдеться, наприклад, про недотримання стандартів профілактики інфекцій та боротьби з ними та

стандартів водопостачання, санітарії та гігієни, про постійну нестачу персоналу в медичних установах, а також про вжиття таких заходів, як

відстеження контактів, карантин, ізоляція та забезпечення безперебійних поставок). Внаслідок пандемії також виявилася слабка орієнтованість багатьох систем на ПМСД, у тому числі фрагментований догляд, надмірний опір на лікарняні заклади, низький рівень медичної грамотності, а також відсутність

ефективних систем управління надзвичайними ситуаціями в галузі охорони здоров'я, включаючи освіту, базову професійну підготовку та підвищення кваліфікації з питань готовності до надзвичайних ситуацій та реагування на

них працівників та керівників органів охорони здоров'я та соціального забезпечення, включаючи гнучкий розподіл функцій. Ці елементи системи охорони здоров'я вкрай необхідні для забезпечення та безпеки в області охорони здоров'я.

Управління та лідерство мають вирішальне значення для ефективного управління ризиками надзвичайних ситуацій в умовах багатосекторальної координації.

Урядам, які на ранній стадії визнали наявність загрози громадському здоров'ю, користувалися довірою у населення своїх країн, ухвалювали рішення на основі наявних фактичних даних та координували процес забезпечення готовності та вжиття заходів реагування між секторами, як видається, вдалося досягти більшого успіху у припиненні передачі інфекції у співтоваристві. До числа успішних заходів входили об'єднання ресурсів галузевих міністерств, залучення приватного сектору та використання ефективних координаційних структур.

Система децентралізованого багатосекторального управління ризиками та надзвичайними ситуаціями, інтегрована до місцевих структур та використовуюча підхід на основі ПМСД, забезпечила необхідну гнучкість на місцевому рівні для ефективного регулювання постійно мінливої ситуації. Фрагментація в організації та управлінні основними функціями системи охорони здоров'я, а також у фінансуванні та механізмах охоплення послугами викликає у керівництва нерішучість і підриває його здатність до прийняття популяційних заходів реагування. У країнах, у яких механізми охоплення послугами охорони здоров'я були фрагментовані та залежали від конкретних фінансових внесків, спостерігалася недостатня стійкість до жорстких економічних наслідків пандемії COVID-19, що призвело до втрати охоплення послугами. У рамках програм та схем діяльності необхідно забезпечити ключові наскрізні функції (наприклад, епіднагляд) та системи (наприклад, інформаційну систему).

Вкрай важливо налагодити і підтримувати громадську довіра через залучення та участі співтовариств. Довіра до урядів, державних служб та систем охорони здоров'я – це громадський капітал, який поступово накопичується завдяки активній двосторонній комунікації та взаємодії з населенням, громадами та громадянським суспільством. Чітке, послідовне та надійне інформування про ризики та про активний діалог із спільнотами допомогли знизити невдоволення та інфодемію населення та підвищити його готовність до участі. Багаторічні програми та ініціативи на рівні місцевих медичних працівників, спрямовані на підвищення стійкості угруповань, послужили надійною основою для адаптації вживаних заходів до конкретних умов з метою задоволення місцевих потреб. Місцеві підходи до управління ризиками та обцинні системи епідіагляду за сезонними погрозами також сприяли розробці ефективних заходів втручання.

Глобальні надзвичайні ситуації обмежують можливості для отримання зовнішньої допомоги та ресурсів, оскільки кожна країна приймає власні національні заходи реагування. Пандемія наочно продемонструвала наслідки великомасштабної надзвичайної ситуації, яка неодноразово перевершує можливості кожної окремої країни та швидкими темпами охоплює відразу всі країни. На відміну від локалізованих та регіональних надзвичайних ситуацій у сфері суспільної охорони здоров'я, така ситуація призводить до скорочення зовнішньої підтримки тих, хто найбільше потребує. Проблема посилюється гострим глобальним дефіцитом найважливіших ресурсів, таких як засоби індивідуального захисту (ЗІЗ), реагенти та лікарські засоби, та конкурентною боротьбою за їх одержання.

Технології та нові способи організації медичних послуг грають все більш помітну участь у забезпеченні альтернативних платформ для медичного обслуговування та боротьби з епідеміями.

Пандемія COVID-19 показала, що системам охорони здоров'я потрібно ліквідувати відставання від суспільства у сфері застосування інноваційних методів та нових технологій. Попит на телемедицину існував і до пандемії, але

її використання було прискорено, щоб скоротити контакти медичних працівників та пацієнтів та перерви у лікуванні. В багатьох країнах спроби відстеження контактів вручну були доповнені варіантами використання електронних додатків[40, с. 12].

Основним джерелом як достовірної, так і неправдивої інформації стали соціальні мережі; урядам при участі громадськості необхідно навчитися швидше та ефективніше орієнтуватися у них.

Таким чином, потрібно знайти баланс між можливостями та проблемами, які несе із собою епоха технологічної революції.

Пандемія COVID-19 загострила прояви нерівності та відмінності у медико-санітарному та соціально-економічному положенні, торкнувшись непропорційно високого ступеня соціально відчужених та вразливих осіб.

Пандемія COVID-19 оголила, посилила і виявляла нерівність у медико-санітарному та соціально-економічному становищі всередині соціумів, що з'явилося наслідком впливу жорстких заходів, порушила функціонування як формального, так і неформального секторів економіки[41, с. 18]

За даними Міжнародної організації праці, 1,6 мільярда працівників неформального сектору економіки, або майже половина світової робочої сили, ризикують втратити роботу[42].

Світовій спільноті потрібно терміново прискорити процес формування соціальних пакетів, які включали б у себе всесвітній охват послуг здоров'я для забезпечення фінансового захисту та доступу до основних видів медичної допомоги, зайнятості та соціального забезпечення, не залишаючи при цьому нікого поза увагою.

Крім того, макроекономічні та фінансові наслідки пандемії COVID-19 можуть зберігатися протягом багатьох років, погрожуючи звести нанівець досягнутий раніше прогрес. Вживаючи заходів щодо боротьби з пандемією, країни збільшили витрати на охорону здоров'я та соціальні потреби на тлі скорочення державних доходів, що призвело до зростання бюджетного дефіциту та збільшення боргового тягаря. Така ситуація може призвести до

обмеження обсягу коштів, що асигнуються урядом на охорону здоров'я. Пріоритетна увага буде як і раніше приділятися збереженню доступу до медичного обслуговування для бідних верств населення та захисту від фінансових проблем.

Управління ризиками надзвичайних ситуацій є спільним благом у охорони здоров'я та потребує у державному фінансуванні та організації.

Необхідною умовою для просування шляхом забезпечення та безпеки в області охорони здоров'я є державне управління системами охорони здоров'я

з переважною опорою на державні джерела фінансування. Там, де ці фактори

неадекватні, існує високий ризик посилення вже існуючої нерівності у доступі, особливо коли незалежні або приватні постачальники та страховики можуть встановлювати власні ціни або виключати найбільш нужденних осіб [43, с. 8].

Аналогічно, на глобальному рівні обмеження загальносвітових

перевезень привели до обмежувальних заходів у ланцюжку поставок, а в

деяких випадках неадекватне управління ринковими механізмами спричинило за собою таку систему розподілу обмежених поставок, при якій товари отримували ті, хто запропонував найвищу ціну, а не найбільше потребують.

Враховуючи затяжний характер пандемії COVID-19, поточні інвестиції

у забезпечення готовності та вжиття заходів реагування слід інституційно закріпити і перетворити на довгострокові заходи щодо швидкого відновлення та перетворення.

Це дозволить забезпечити, щоб заходи щодо боротьби з пандемією

сприяли середньо- та довгостроковому нарощуванню національного та

субнаціонального потенціалу для управління ризиками надзвичайних ситуацій

та безперервності надання основних видів медичної допомоги. Швидке

відновлення має проводитися з урахуванням існуючих ризиків, недоліків,

пріоритетів та реформ, виявлених ще до пандемії, наприклад на основі

профілів ризику, результатів застосування механізму моніторингу та оцінки,

національних планів дій щодо забезпечення безпеки в галузі охорони здоров'я

та національної політики у секторі охорони здоров'я, а також відповідно до

підходу до управління ризиками надзвичайних ситуацій з урахуванням усіх видів небезпеки.

Згаданий метод швидкого відновлення слід включати у поточні плани та вказівки щодо забезпечення готовності та вжиття заходів реагування, наприклад у переглянуті країнові плани забезпечення готовності та реагування на COVID-19, які, у свою чергу, повинні послужити основою концепції «здоров'я насамперед» у планах соціально-економічного реагування, як це передбачено у Рамковій програмі ООН щодо безпосередніх соціально-економічних заходів реагування на COVID-19.

Саме тому, варто використовувати багатосекторальні оглядивпливу COVID-19 на здоров'я та соціально-економічне становище для обґрунтування постійних інвестицій у зміцненні системи охорони здоров'я, забезпечуючи інтеграцію управління ризиками з урахуванням усіх видів небезпеки та готовності до надзвичайних ситуацій.

Виявляти існуючі ресурси та недоліки в потенціалі для визначення областей, що потребують виправлення у пріоритетному порядку. Це дозволить зміцнити потенціал з метою надання високоякісних, стабільних послуг при інших патологічних станах, включаючи захворювання, характерні для всього життєвого циклу, інфекційні хвороби, неінфекційні захворювання та психічні розлади.

Ці заходи також включають профілактику інфекцій та боротьбу з ними для забезпечення безпеки медичного персоналу, пацієнтів та спільнот.

При необхідності оновити СПГР плани соціально-економічного відновлення, щоб включити до них методи швидкого відновлення та забезпечити відповідні необхідні додаткові інвестиції.

Включити політику та планування у сфері управління надзвичайними ситуаціями у більш масштабну діяльність із зміцнення систем охорони здоров'я (і навпаки), застосовуючи комплексний підхід до вироблення політики та подальшому плануванню для забезпечення та безпеки в області охорони здоров'я.

Забезпечувати участь систем охорони здоров'я, зацікавлених сторін у сфері забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій та реагування на них, інших секторів та місцевих партнерів, щоб досвід вжиття заходів реагування враховувався для формування стабільного потенціалу в інтересах створення більше сталої системи.

Інвестувати в основні функції громадської охорони здоров'я, включаючи функції, необхідні для керування ризиками надзвичайних ситуацій з урахуванням всіх видів небезпеки включають епіднадгляд, управління/фінансування, профілактику, зміцнення здоров'я та зниження ризику, охорону здоров'я, наукові дослідження в галузі громадської охорони здоров'я та кадрові ресурси, закупівлі та доступ до основних лікарських засобів, лабораторний потенціал та ланцюги поставок та логістики, визнаючи контекстуальні відмінності в застосуванні.

При інвестуванні в різних секторальних структурах та на всіх рівнях системи охорони здоров'я країни можуть враховувати такі практичні рекомендації:

- Нарощувати обсяг внутрішніх та глобальних інвестицій для усунення серйозних недоліків, особливо в тих, які необхідні для здійснення ПМСД використовуючи комплексний підхід до управління з урахуванням усіх ризиків.

- Провести оцінки потенціалів в рамках багатосекторальних оглядів системи охорони здоров'я та потенціалу суспільної охорони здоров'я у контексті COVID-19.

- Підвищувати професійний рівень фахівців у галузі охорони здоров'я та громадського здоров'я, розширювати їх функції в управлінні ризиками та надзвичайними ситуаціями (інтегровані, де це необхідно, більш масштабне планування кадрових ресурсів охорони здоров'я).

Сюди належить взаємодія з національними інститутами громадської охорони здоров'я, на які часто покладаються багато хто, і зміцнення їх керівних функцій.

- Проводити обговорення питань політики у сфері охорони здоров'я, які мають бути закріплені в адміністративних структурах від національного до місцевого рівня, із забезпеченням міцної основи для ПМСД, особливо тих, які мають явну взаємозалежність з охороною здоров'я, з метою підвищення обізнаності громадськості.

- Впровадити програму медикосанітарної безпеки на всіх трьох рівнях системи охорони здоров'я.

Закласти міцну основу для надання первинної медикосанітарної допомоги в інтересах стійких систем охорони здоров'я, пов'язаних зі здоров'ям та безпекою в області охорони здоров'я.

Система ПМСД спирається на відданість соціальних справедливості, рівності, солідарності та участі. В її основу закладено визнання того, що забезпечення найкращого досяжного стану здоров'я є одним з основних прав

кожної людини без будь-якої різниці. Нові фактичні дані свідчать про те, що ПМСД та пов'язана з нею реформа лікарняних закладів можуть внести значний внесок у безпеку в області охорони здоров'я, сприяючи підвищенню оперативності реагування систем охорони здоров'я за рахунок об'єднання на передньому краї потенціалів суспільної охорони здоров'я та первинної

медичної допомоги у поєднанні з високоякісними лікарняними послугами.

Система ПМСД має бути основним майданчиком взаємодії спільноти із системою охорони здоров'я, на якій можна розпочати роботу із забезпечення

готовності до надзвичайних ситуацій з урахуванням усіх видів небезпеки, спрямовану на підвищення життєстійкості місцевого співтовариства. Заходи реагування у багатьох країнах були спрямовані на нарощування потужності відділень інтенсивної терапії для прийому тяжких пацієнтів з COVID-19.

Такі заходи мають велике значення, проте основна частина медичних послуг, необхідних для постраждалих, була надана в рамках первинної допомоги та громадських служб, що українською важливо для забезпечення безпеки персоналу та пацієнтів та безперервності надання основних та планових медичних послуг.

Зазначимо певні практичні рекомендації, які на нашу думку, могли б значно покращити ситуацію:

- Підтримувати тверду політичну прихильність до зміцнення системи охорони здоров'я та керувати цим процесом із приділенням особливої уваги ПМСД у руслі діяльності безпеки в області охорони здоров'я.

Ці зусилля включають визначення та впровадження пакетів медичних послуг з опорою на відповідне фінансування та кадрову політику; формування політичної бази та нормативно-правових актів; створення багатосекторального управління та партнерств; та нарощування лідерства в

спільноті та підзвітності постачальників послуг та директивних органів перед населенням. Дії в цьому напрямку потрібно узгодити зі стратегічним плануванням у національному секторі охорони здоров'я.

- Впроваджувати методи медичного обслуговування, що сприяють розвитку якісної, орієнтованої на потреби людей первинної допомоги як ядра комплексу медичних послуг, що надаються державними та приватними постачальниками в обох цих секторах. Застосовувати цифрові технології для потреб охорони здоров'я у такій формі, щоб спростувати доступ до догляду та надання послуг, підвищувати ефективність, розвивати підзвітність, підтримувати безперервність догляду та двосторонній зв'язок з спільнотами та домогосподарствами щодо передачі інформації щодо ризиків.

- Забезпечувати належну та стабільну чисельність, професійний рівень та розподіл відданої справи багатопрофільного персоналу ПМСД, що включає співробітників установ, працівників виїзної спеціалізованої допомоги і дільничних працівників; надавати їм підтримку у підготовці та більш ефективному реагуванні на надзвичайні ситуації при збереженні належного рівня основних видів медичної допомоги.

- Вживати заходів до того, щоб механізми фінансування системи охорони здоров'я належним чином визначали пріоритетність основних послуг відповідно до Декларації високого рівня ООН, у якій рекомендується додатково спрямовувати на ПМСД не менше 1% від ВВП, щоб наявних

ресурсів було достатньо для забезпечення високоякісного догляду та послуг та щоб критерії надання прав сприяли рівності у доступі. Розвивати системи закупівель та оплати, що сприяють переорієнтації моделей догляду на більш активну профілактику та зміцнення здоров'я, а також на догляд, більш скоординований по всьому комплексу медичних послуг та наданий людям ближче до місць їх проживання та роботи.

- Інвестувати у безпечні, надійні та доступні установи первинної допомоги для надання високоякісних послуг з надійними системами водопостачання, каналізації та видалення/переробки відходів, холодowymi ланцюгами, механізмами постачання виробів медичного призначення, діагностичними установами/ лабораторіями, засобами зв'язку та енергопостачання, а також з транспортними системами, здатними доставляти пацієнтів до інших постачальників медичних послуг.

Інвестувати в інституціоналізовані механізми для забезпечення участі всього товариства.

У багатьох країнах, включаючи країни з високим рівнем доходу, управління охороною здоров'я не передбачає адекватних та регулярних механізмів взаємодії з населенням, громадами та громадянським суспільством, які можна використовувати під час надзвичайних ситуацій. Визнаючи, що охорона здоров'я має бути інтегрованою у ширші сфери діяльності товариства, пропонувані перетворення слід проводити на основі підходу, що передбачає участь всього суспільства, в умовах моніторингу та підзвітності. Механізми, створені в рамках концепції «Єдина охорона здоров'я» та розраховані на співпрацю з секторами ветеринарії, продовольства, тваринництва та навколишнього середовища, можуть стати основою для більш великих, багатосекторальних координаційних платформ управління ризиками надзвичайних ситуацій з урахуванням усіх видів небезпеки та суспільної охорони здоров'я.

Наприклад, ключове значення мають продовольчі системи, здатні продовжувати функціонувати у надзвичайних ситуаціях, а надійна система

єднагляду, що охоплює всі сектори, дозволить удосконалити виявлення зоонозних захворювань та спалахів та раннє сповіщення про них.

Такий підхід можна застосовувати не лише на етапі реагування на надзвичайну ситуацію, але і в рамках зусиль щодо відновлення та більш масштабному зміцненню системи охорони здоров'я, у тому числі на субнаціональному рівні.

Країни мають інвестувати в інституціоналізацію механізмів міжсекторальної та міждисциплінарної координації та прийняття рішень для використання як у звичайних, так і в надзвичайних ситуаціях. Це сприятиме формуванню офіційно закріпленої культури багатосекторального управління, що включає підзвітність.

Співтовариства також є основою систем забезпечення сталості.

Тому така взаємодія важлива для забезпечення стійкості спільнот, підвищення довіри до урядів та стимулювання до виконання рекомендацій у галузі громадської охорони здоров'я та соціального захисту під час надзвичайних ситуацій, а також для формування офіційно закріпленої культури багатосекторального управління та участі співтовариств. Крім загальнодержавного підходу на національному рівні, пандемія також розкрила

необхідність глобального співробітництва, співпереживання та солідарності між країнами та партнерами.

Для вдосконалення системи варто запропонувати наступні рекомендації по її вдосконаленню:

- Перетворити існуючі механізми, що забезпечують участь всього суспільства, включаючи розширення багатосекторальних підходів до зміцнення системи охорони здоров'я та управління надзвичайними ситуаціями, залучення спільнот, розширення прав та можливостей та управління за участю багатьох зацікавлених сторін на всіх адміністративних рівнях.

- Розробити політичні, законодавчі та нормативні інструменти для використання загальнодержавних та загальногромадянських ресурсів (у тому

числі приватного сектора, наприклад, приватних постачальників медичних послуг) для підтримки зусиль щодо забезпечення готовності, реагуванню та відновленню у надзвичайних ситуаціях в галузі громадської охорони здоров'я, включаючи створення потенціалу для протидії майбутніх погроз та стійких систем охорони здоров'я та спільнот.

- Пропагувати, впроваджувати та відстежувати загальнонаціональні підходи до заходів щодо забезпечення готовності, реагування та відновлення у зв'язку з надзвичайними ситуаціями за допомогою проведення комплексної політики, планування та формування бюджетів на національному та субнаціональному рівнях.

До цієї сфери входять діалог з парламентаріями, суміжними міністерствами та недержавними суб'єктами (профспілками, релігійними групами, структурами приватного сектора, громадянським суспільством, науковими колами тощо) для виявлення джерел інвестицій та незадіяних технічних знань та досвіду.

- Розвивати потенціал та розширювати права та можливостей медичних працівників у частині взаємодії з населенням, спільнотами та релігійними групами, громадянським суспільством і т.п.

- Розробити механізми для покращення передачі своєчасно та точної інформації, а також для запобігання, виявлення та припинення дезінформації.

- Адаптувати політику та планування з опорою на національне законодавство, щоб уповноважити місцеві органи влади та муніципалітети виконувати певні функції на користь сектора громадської охорони здоров'я і надавати йому сприяння, включаючи активне залучення та участь місцевої влади.

- Розширювати транскордонне та міжнародне співробітництво та підтримку глобальних механізмів для забезпечення рівного доступу до видів продукції, обсяг яких обмежений, таким як вакцини, засоби діагностики та лікарські препарати, наприклад, у рамках Ініціативи щодо прискорення доступу до засобів для боротьби з COVID-19.

Розвивати сприятливе середовище для наукових досліджень, інновацій та навчання.

Пандемія COVID-19 поставила всі країни світу перед необхідністю вжиття запобіжних заходів в секторі охорони здоров'я, включаючи застосування гнучких новаторських підходів до надання медичних послуг та моделей лікування. Пандемія також послужила стимулом для розвитку досліджень та інновацій у галузі наук про життя, цифрової охорони здоров'я, медичних технологій, розробки вакцин, терапевтичних та діагностичних засобів, а також методів самопомоги.

Хоча основний обсяг поточних інвестицій у дослідження, інновації та навчання (включаючи використання цифрових платформ) орієнтований на забезпечення постійного рівня готовності та реагування, а також на підтримку безпечного надання послуг, значна частина цих інвестицій також може сприяти підвищенню ефективності та результативності довгострокового надання послуг та управління ризиками.

Країнам буде потрібно підтримувати сприятливі умови для проведення цих змін, одночасно регулюючи сполучені з ними еволюціонують ризики та проблеми (наприклад, аспекти конфіденційності та нерівності).

Ця сфера влючає виділення ресурсів на дослідження у сфері забезпечення готовності та стійкості, розробку платформ для спільного збору фактичних даних за участю цілої низки зацікавлених сторін (уряду/академічних кіл/співтовариства/промисловості); і активізацію впровадження результатів досліджень у стратегічні процеси.

Саме тому, варто використовувати наступні практичні рекомендації:

- Забезпечити нормативно-правову основу, наприклад систему регулювання питань інтелектуальної власності, а також стимули та етичні вимоги до інновацій, наприклад щодо конфіденційності та захисту даних.

- Підтримувати, адаптувати та масштабувати впроваджені під час пандемії інноваційні моделі для забезпечення безперервності, доступності, якості, справедливості та використання послуг охорони здоров'я поряд із

забезпеченням підзвітності та інформування про ризики. До них відносяться цифрові технології та платформи для охорони здоров'я, телемедицина та використання "великих даних" для громадської охорони здоров'я за допомогою передових методів аналітики даних та штучного інтелекту.

- Забезпечити нормативну підтримку для сприяння обміну інформацією та даними між країнами та всередині країн, а також процесу координації на користь громадської охорони здоров'я, включаючи безпеку даних та їх використання для прийняття обґрунтованих рішень.

Підтримувати спільний з партнерами, ЗМІ та спільнотами підхід до рішення проблеми інфекції.

Сприяти дослідженням, інноваціям та навчанні в галузі управління ризиками надзвичайних ситуацій з урахуванням усіх видів небезпеки та стійкості систем охорони здоров'я, включаючи використання знань для прискореного нарощування масштабів реалізації успішних стратегій щодо зміцнення систем охорони здоров'я у всіх контекстах у поєднанні з необхідними реформами лікарняних закладів.

Нарощувати обсяг внутрішніх та глобальних інвестицій в основи систем охорони здоров'я та в управління ризиками надзвичайних ситуацій з урахуванням усіх видів небезпеки.

Згідно з розрахунками, глобальні витрати на забезпечення та безпеку в області охорони здоров'я вкрай незначні порівняно із витратами у зв'язку з нинішньою пандемією та майбутніми загрозами, включаючи зміну клімату.

Щоб забезпечити відновлення на міцнішій основі, спираючись на внутрішнє та зовнішнє комплексне фінансування та партнерські зв'язки, у національних інвестиційних програмах в галузі охорони здоров'я необхідно враховувати фактор довгострокової стійкості.

Завдяки синергічному характеру процесу зміцнення системи охорони здоров'я та потенціалу готовності до надзвичайних ситуацій інвестування коштів в одному напрямку принесе користь і для другого.

Усунення фундаментальних прогалин у системі охорони здоров'я може підвищити безпеку медичного обслуговування, а інвестиції у забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій дозволяють зменшити ризики та їх майбутній негативний та витратний вплив на системи та послуги охорони здоров'я.

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

РОЗДІЛ 2
СОЦІАЛЬНА ПОЛІТИКА

НУБІП України

2.1 Шок covid-19: соціальна політика країн ЄС

У березні 2020 р. Європа опинилася в епіцентрі пандемії коронавірусу. З моменту першого випадку, зафіксованого 24 січня 2020 р., усі 27 країн ЄС підтвердили на своїй території факти захворювання на вірус COVID-19.

Станом на 6 квітня 2020 року він вразив у ЄС 527 544 особи, з яких 42 744 померли.

Пандемія створила серйозні проблеми для європейської солідарності, практично паралізувала наднаціональний рівень прийняття та проведення рішень у ЄС, поставила під сумнів перспективи просунутої співпраці у сфері свободи, безпеки та правосуддя, неухильне дотримання прав людини, викликала наростання економічних проблем та безробіття, скорочення доходів населення, породила чимало питань щодо адекватності висловлювань та дій низки політиків ЄС, зміцнила позиції євроскептиків. Щоб забезпечити

ключове право громадян – на життя та здоров'я – органи державної влади країн ЄС вжили широкомасштабних заходів щодо стримування поширення коронавірусної інфекції.

Ці заходи викликали безпрецедентні зміни у повсякденному житті країн ЄС та вплинули на здійснення багатьох положень Хартії ЄС про основні права (Страсбург, 12 грудня 2007 р). При цьому три держави-члени ЄС – Естонія, Латвія та Румунія – використали можливість, щоб відступити від зобов'язань, накладених Європейською конвенцією з прав людини через надзвичайну ситуацію, що допускає п. 1 ст. 15 цієї Конвенції [44].

Тим часом основний принцип міжнародних стандартів у галузі прав людини свідчить, що будь-які обмеження прав здійснюються у виняткових випадках, носять тимчасовий характер, піддаються моніторингу та контролю; певні права та свободи забезпечуються за будь-яких обставин [45, с. 48].

НУБІП України

До того ж обмеження, що вищивають із вжитих заходів, мають відповідати міжнародним правовим стандартам.

Пандемія з усією гостротою поставила на порядок денний питання про те, чи доведеться чи ЄС вибирати між дотриманням прав людини та забезпеченням суспільної безпеки. Ця проблема мала найважливіше значення

для стійкості ЄС. На перший погляд, консенсус держави і суспільства в умовах пандемії, що почалася, був забезпечений. Про це свідчили результати опитувань громадської думки, проведених у державах-членах ЄС. 22 березня

2020 р. відбулося інтернет-опитування 1500 осіб віком 18 років і старше, підсумки якого продемонстрували безумовну підтримку європейським громадянським суспільством дій, здійснених державою.

У відповідь на запитання: що думають респонденти про обмежувальні заходи, вжиті в їх країні – переважна більшість респондентів в Італії, Іспанії та Франції їх схвалили: 90, 88 та 86%, відповідно.

З'явилися докази, що європейська громадськість готова прийняти обмеження основних громадянських прав. Наприклад, Австрійський інститут вивчення громадської думки Дж. Геллапа з 16 по 18 березня 2020 р. провів опитування осіб у віці 16 років і старше, в ході якого 94% респондентів

вказали, що пожертвують рядом своїх громадянських прав і свобод, якщо це допоможе запобігти поширенню коронавірусу. Однак загрози, що виникли у зв'язку з пандемією, могли будь-коли похитнути консенсус європейського суспільства.

Заходи соціального (фізичного) дистанціювання.

На перший план з погляду масштабності та відносної простоти реалізації висунулися заходи щодо забезпечення безпечного соціального (фізичного) відстань. 12 березня 2020 р. Європейський центр профілактики та контролю захворювань (ECDC) визначив перелік необхідних заходів для пом'якшення

впливу пандемії^[46, с. 11], включаючи негайну ізоляцію осіб із симптомами захворювання COVID-19, припинення масових зборів, соціальне (фізичне) дистанціювання на робочих місцях або переведення співробітників на

дистанційну роботу, тимчасове припинення діяльності навчальних закладів у онному формат, введення карантину в житлових районах з високим рівнем поширення коронавірусу.

Синхронність дій держав-членів ЄС у забезпеченні соціального дистанціювання була відсутня [AnghelS., DrachenbergR., 2020]. Вони ввели такі заходи у різний час і з різною інтенсивністю. На ранніх етапах пандемії влада в країнах Євросоюзу пішла порівняно м'яким шляхом, зобов'язавши інфікованих та схильних до ризику зараження осіб самостійно ізолюватися. У деяких країнах (Болгарія, Італія) було ухвалено рішення ввести карантин у цілих провінціях та містах. У федеративних державах (наприклад, у Німеччині) окремі суб'єкти вжили свої карантинні заходи [47, с. 8].

Ряд країн ЄС (Хорватія та ін.) зупинили громадський транспорт, а інші (Греція, Франція, Італія, Іспанія) – запровадили заборону його пересування без спеціального дозволу.

Методи контролю задля забезпечення дотримання цих заходів також відрізнялися.

В Угорщині запобіжною табличкою червоного кольору на дверях відзначалися приміщення, де проживає людина, яка зобов'язана залишатися на карантині, поліція регулярно перевіряла, як він дотримується режиму ізоляції. Особи, які порушують правила карантину, піддавалися штрафам у сумі до 425 євро. Крім фінансових санкцій, у просторі ЄС було запроваджено кримінальне покарання: позбавлення волі за недотримання карантинних заходів (наприклад, до трьох місяців у Бельгії).

Обмеження у діяльності освітніх установ.

Країни ЄС, за винятком Швеції, до кінця березня 2020 р. через поширення вірусу COVID-19 тимчасово закрили навчальні заклади для відвідування учнями та студентами. Водночас третина країн ЄС (Австрія, Бельгія, Чехія, Данія, Естонія, Німеччина, Угорщина, Нідерланди та Словенія) залишили школи відкритими для дітей, чії батьки змушені залишатися в

період пандемії на робочому місці, а також для сімей, де догляд за дітьми забезпечувався дітніми родичами.

Крім того, держави-члени ЄС запровадили дистанційне навчання, яке полягало у надсиланні домашніх завдань учням електронною поштою, запису уроків в інтернеті, використанню онлайн-платформ та освітніх додатків для спілкування викладачів зі школярами та студентами. Австрія,

Франція та Словенія надали для дистанційного навчання урядові онлайн-платформи. Натомість у Хорватії, Угорщині та на Кіпрі освітні матеріали трансливалися по телебаченню. Однак не всі навчальні заклади, з

одного боку, та студенти з іншого, виявилися власниками необхідних технічних засобів для здійснення дистанційного навчання. За підрахунками Євростату у 2019 р. десять відсотків домогосподарств у державах-членах ЄС не мали доступу до інтернет.

У низці країн ЄС (Кіпр, Болгарія, Греція) освітній процес у центрах для біженців було припинено.

Корисною практикою стало надання необхідного обладнання для учнів із сімей із низьким рівнем доходів. Так, у Хорватії школам було доручено забезпечити комп'ютерами учнів, які мали матеріальної можливості їх придбання. Розуміючи складнощі навчальних закладів, уряд Хорватії виділив школам близько 500 тис. євро для закупівлі комп'ютерів. Також школи були зобов'язані надати безплатні сім-карти на необмежений термін тим своїм учням, які не мали домашнього інтернету.

Доступ до послуг організацій охорони здоров'я.

Пріоритет лікування COVID-19 поставив під сумнів право кожного на медичну допомогу за умов, передбачених національним законодавством та практикою (ст. 35 Хартії Європейського союзу про основні права). У низці країн ЄС відклали несрочне хірургічне втручання, щоб звільнити медичних

працівників для боротьби з коронавірусом. Це, у свою чергу, породило значний ризик для пацієнтів з іншими серйозними захворюваннями, наприклад онкологічними. Основна проблема полягала в тому, що

європейська система охорони здоров'я виявилася не готовою до боротьби з великою кількістю тяжких випадків зараження вірусом.

Виникла ситуація, в умовах якої лікарі мали робити важкий вибір: кому з пацієнтів надавати допомогу насамперед. Незабаром із метою інструктування медичних установ в Італії та Іспанії з'явилися керівництва, за

допомогою яких визначалися пріоритети в частині того, яких хворих насамперед потрібно лікувати від вірусу COVID-19. Ключовими критеріями стали вік пацієнта та наявність/відсутність супутніх патологій. Це викликало

негативну реакцію медичних працівників у країнах ЄС. В Страсбургово

Франції лікарі колективно висловили обурення тим, що керівництвом лікарень та клінік до апаратів штучної вентиляції легень було вирішено не підключати хворих у віці старше 80 років.

Побоювання викликали проблеми з доступом до медичної допомоги, які виникли у певних груп населення. Представники малих етнічних груп мали

більш високий ризик зараження через несприятливі умови життя. Так, у Швеції п'ять із перших п'ятнадцяти смертельних випадків, пов'язаних з COVID-19, сталися серед біженців із Сомалі, які проживали в перенаселених та соціально неблагополучних околицях Стокгольму.

Виникли проблеми з доступом до профілактичної медичної допомоги людей, які перебувають у в'язницях та притулках; для душевнохворих, мігрантів; до медикаментів через зростання цін і натомість високого попиту

під час пандемії. У ряді держав-членів Євросоюзу (Болгарії, Чехії та Франції)

були встановлені верхні межі цін на ліки. У Португалії були порушені кримінальні справи за отримання прибутку від незаконного продажу спиртовмісного гелю.

Підтримка вразливих громадських груп.

Заходи, вжиті органами влади у світлі пандемії коронавірусу,

торкнулися різні громадські групи, зокрема й ті, які опинилися в особливо вразливому становищі.

На початку пандемії Всесвітня організація охорони здоров'я вказала, що люди похилого віку, які живуть в закладах інтернатного типу (будинках для людей похилого віку), схильні до більшого ризику захворювання COVID-19 у зв'язку з віковим ослабленням здоров'я та труднощами у дотриманні соціального дистанціювання.

Підкоряючись необхідності, більшість держав-членів ЄС пішли шляхом тимчасового обмеження або призупинення візитів до таких соціальних установ у спробі запобігти поширенню коронавірусу. Це спричинило негативну реакцію з боку правозахисників. Так, словенський омбудсмен по

правах людини попередив, що обмеження щодо відвідування будинків для літніх людей повинні бути обґрунтованими. Тим часом у будинках для людей похилого віку були зафіксовані множинні випадки зараження COVID-19, а

необхідної соціальної відповідальності працівники будинків для людей похилого віку не виявили. У Мадриді персонал приватного будинку для людей похилого віку, побоюючись за своє здоров'я, перестав ходити на роботу після того, як у ньому виявились випадки захворювань на коронавірус. Хворі підопічні були залишені без нагляду, що призвело до смерті 25 людей.

Державні органи країн ЄС докладали зусиль для забезпечення доступу людей похилого віку до життєво важливих послуг та інформації. На Мальті літні були занесені до бази під назвою «Аптека на ваш вибір», після чого отримували двомісячний запас ліків. Це дозволило скоротити час їх перебування у громадському просторі, отже, зменшити ризик зараження

COVID19. Люксембург розробив онлайн-платформу для того, щоб люди похилого віку могли придбати всі необхідні товари. У Словаччині було введено в дію телефон довіри для пенсіонерів, а в соціальних мережах було розміщено інформацію про те, на яку допомогу з боку держави вони можуть розраховувати.

13 березня 2020 р. Європейський форум інвалідів (EDF) у відкритому листі до лідерів ЄС та його держав-членів проаналізував коло загроз щодо інвалідів, у тому числі призупинення надання послуг, необхідних для

підтримки їх життєдіяльності. Це підвищувало ризик розвитку серйозних захворювань або навіть смерть осіб з обмеженими можливостями здоров'я.

Країни ЄС вжили різних заходів щодо дотримання прав та задоволення потреб інвалідів. Болгарський уряд відкрив муніципалітетам додаткове фінансування у сумі 10 млн євро для надання прямої грошової підтримки нужденним, насамперед інвалідам. Проте проблеми збереглися.

Більшість з них було пов'язано з відмовою від соціальних зобов'язань державних та приватних компаній, які зазнавали серйозних труднощів у зв'язку з суттєвим скороченням доходів. 20 березня 2020 р. Національне

товариство бельгійських залізниць (SNCB) оголосило про відміну пільг для осіб з обмеженими можливостями. У Словаччині були призупинені безкоштовні групові заняття з навчання юридичного захисту, що проводяться Асоціацією осіб з обмеженими інтелектуальними здібностями.

У важкому становищі опинилися бездомні, які зі зрозумілих причин не могли самоізолюватися. Європейська федерація національних організацій в роботі з бездомними (FEANTSA) зазначила, що вони опинилися у зоні особливого ризику зараження COVID-19.

У кількох державах-членах ЄС врахували цю обставину при плануванні та реалізації заходів, що стримують поширення коронавірусу. Наприклад, в Латвії були перевірені на наявність симптомів COVID-19 усі особи, які містяться у притулках для безпритульних. У Хорватії організували контроль за бездомними, їдять на громадських кухнях. Муніципалітети Нідерландів створили спеціальний житловий фонд для безпритульних, заражених коронавірусом.

Міністр житлового будівництва Франції оголосив, що держава витратить 50 млн євро на розміщення громадян, які залишилися без житла. У низці країн Євросоюзу позначилися серйозні проблеми: у Німеччині та Люксембурзі стали відомі випадки ненадання послуг безпритульним, що офіційні особи намагалися пояснити відсутністю необхідних засобів індивідуального захисту для працівників соціальних установ. В Ірландії безліч

бездомних було розміщено в аварійне житло, що потребує капітального ремонту.

2.2 Прийняті міри у відповідь пандемії в сфері соціального захисту

1 березня 2020 року Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила спалах COVID-19 пандемією. З того часу європейський регіон зіткнувся вже з кількома хвилями інфекції і штамами вірусу, що змінюють один одного.

Загальні заходи боротьби з поширенням вірусу включали програми щеплення та кампанії, превентивні заходи соціального дистанціювання, обмеження розміру зборів усередині приміщень і на відкритому повітрі, обмеження щодо певних видів економічної діяльності, перехід на дистанційний режим роботи, оголошення комендантської години та режиму самоізоляції.

Хоча карантинні заходи допомогли зменшити поширення інфекції, вони негативно вплинули на більшість видів економічної діяльності.

Згідно з останніми оцінками Міжнародної організації праці (ILO, 2021e), у 2020 році було втрачено 255 млн робочих місць на умовах повної зайнятості, а втрати робочого часу вчетверо перевищили показники світової фінансової кризи 2009 року.

Країни регіону робили все можливе, щоб підтримати економіку у робочому стані, не в останню чергу для того, щоб зберегти економічну активність зайнятого населення та звести до мінімуму втрату робочих місць. З огляду невизначеності щодо можливої тривалості санітарної кризи та її негативних наслідків для економіки уряди почали оцінювати ефективність допомоги та заходів в галузі соціального забезпечення, деякі з яких стали частиною надзвичайного реагування на пандемію.

Організації соціального забезпечення та постачальники медичних послуг відіграли вирішальну роль у коригуванні та призначенні нових посібників та заходів у сфері охорони здоров'я. Особливо важливо, що

організації змогли зберегти безперервність обслуговування клієнтів при тому, що очні контакти з ними були обмежені. Досягти цих цілей допомогло використання цифрових каналів та телемедицини, що також дозволило організаціям зміцнити свої адміністративні ресурси та підвищити свою стійкість[48, с. 8].

Підтримка зайнятості та захист безробітних.

Негативні економічні наслідки пандемії висловилися у втраті робочих місць та підвищенні рівня безробіття. За прогнозами Європейського центру з розвитку професійної освіти, в Європейському союзі (ЄС) в умовах пандемії 2019-22 років будуть втрачені або не будуть створені в цілому майже 7 млн робочих місць. Найбільше постраждали готельний бізнес та харчова промисловість, мистецтво та культура, роздрібна торгівля та будівельні послуги.

З іншого боку, нові робочі місця з'явилися в секторах послуг, що вимагають високої кваліфікації, таких як інформатика та зв'язок, фінанси та страхування.

Щоб запобігти зростанню безробіття, уряди країн вжили стратегічних заходів, покликаних зберегти робочі місця. До них належать, у тому числі, і програми короткочасної зайнятості, також відомі як програми часткового безробіття, які зазвичай передбачають підтримку роботодавців шляхом надання дотацій на виплату заробітної плати, тимчасові звільнення, також відомі як неоплачувані відпустки (наприклад, у Данії та Сполученому Королівстві), подальші заходи, у тому числі екстрені грошові виплати, стимулювання професійного навчання, додаткові субсидії для деяких секторів економіки, а також гнучкість у застосуванні певних правил призначення допомоги.

Програми часткового безробіття як ефективний захід, що дозволила роботодавцям зберегти штати працівників, були прийняті в низці країн. У Бельгії програма короткочасного безробіття існувало ще до кризи COVID-19; у її рамках посібники призначалися у разі форс-мажору чи з економічних

причин. З початком кризи визначення форс-мажору було розширено на всі заяви, які подаються у зв'язку з пандемією COVID-19, і стали менш суворими умови отримання допомоги. З урахуванням прогнозів на покращення санітарної ситуації та падіння темпів поширення інфекції економіка має почати відновлюватися, і тому необхідність у програмі відпаде, хоча у певних випадках збережеться спеціальна перехідна програма. Аналогічні механізми, що передбачають поступовий перехід від форс-мажорних посібників до програм, розрахованих на подолання повсякденних економічних труднощів, існують у Люксембурзі та Швейцарії.

Франція ввела в дію спеціальну програму короткочасної зайнятості ще ранніх етапах кризи. У її рамках роботодавець повинен був виплачувати 70% заробітної плати з подальшим відшкодуванням усієї суми через програми страхування безробіття.

Оскільки в цей період внески не сплачувались, коефіцієнт заміщення доходів працівників становив 84%. Пандемія продовжилася, і коефіцієнт заміщення доходів було знижено до 60% для того, щоб підвищити фінансову стійкість програми.

У деяких країнах, особливо в другій половині 2020 року, було збільшено розмір допомоги з безробіття. Крім того, доступ до тимчасової допомоги з безробіття був спрощений після зниження порога втраченого доходу, завдяки чому більше безробітних змогли розраховувати отримання екстрених посібників. Щоб допомогти працівникам адаптуватися до кризи, що триває, було запущено низку інших програм, у тому числі в області професійної перепідготовки та з метою підвищення допомоги тим, хто довгий час працює на короткочасній основі; крім того, короткочасно зайнятим працівникам, тим, хто отримував допомогу, була надана можливість працювати на іншого роботодавця [49, с. 22].

В Ірландії програма виплат з безробіття в зв'язку з пандемією (Pandemic Unemployment Payment), адміністрована Міністерством соціального захисту,

забезпечує доходи осіб, змушених залишити роботу через обмеження, пов'язані з пандемією COVID-19[50, с. 33].

Вона забезпечує доходи значної частини робітника сили країни. За кілька тижнів виплати отримали близько 600 000 чоловік, тобто. близько 25% усіх працюючих.

Програма розглядається як один із ключових інструментів підтримки служб охорони здоров'я в їх реагування на пандемію. Коли на Мальті було вжито заходів реагування на пандемію COVID-19, у приватному секторі було звільнено тисячі працівників, зайнятих на умовах повного та неповного

робочого дня, а кількість безробітних збільшилася приблизно на 3000 осіб (тобто на 185%). При цьому працівникам з ослабленим здоров'ям, інвалідам та вагітним жінкам з профілактичних міркувань було наказано залишатися вдома. Після закриття шкіл багатьом працюючим батькам довелося сидіти

вдома, дбаючи про дітей молодших 16 років. Працівникам Мальти був надано пакет заходів підтримки, що включав виплату щомісячної надбавки до заробітної плати у розмірі 1200 євро для працівників найбільш постраждалих підприємств, зайнятих за умов повної зайнятості. Працівники, зайняті неповний час, отримували по 500 євро на місяць. Надбавка до заробітної

плати, яка виплачувалася протягом всього 2021 року і склала в загальній сумі 500 млн. євро, забезпечила зайнятість майже 100 000 працівників, або майже 40% робочої сили Мальти[51, с. 3].

Прийнята у Нідерландах спеціальна програма часткового безробіття в умовах пандемії COVID-19 була націлена на задоволення потреб населення у довгостроковій допомозі та недопущення звільнень. Крім того, були встановлені нові критерії, у тому числі виділено фінансову підтримку; при цьому перед працівниками відкрилися можливості для професійної підготовки

В Австрії початкова програма екстреної допомоги безробітним (Notstandhilfe) була продовжено до грудня 2020 року та повторно до березня 2021 року. Посібник був збільшений до 92-95% від розміру звичайної

допомоги з безробіття, що становить 55% чистого прибутку застрахованих осіб.

Близько 200 000 осіб отримували щомісячне екстрене допомога у збільшеному розмірі. Крім того, безробітним було виплачено дві одноразові допомоги по 450 євро[52, с. 18].

В Іспанії у першій половині 2020 року була запущена програма екстреної допомоги з безробіття для самозайнятих. Поряд із продовженням програми МАСО – Пріоритети соціального забезпечення – Європа екстреної допомоги граничне значення зниження доходу самозайнятих, необхідне для набуття права на участь у програмі, було знижено з 75% до 50%. Крім того, внески на соціальне забезпечення оплачуються державою.

В Ісландії протягом трьох місяців 2019 року самозайнятим надавалася субсидія у розмірі до 80% середньомісячного прибутку. У Бельгії було призначено фіксований посібник для самозайнятих, які закрили свої підприємства через кризу COVID-19[53, с. 43].

Підтримка сімей під час пандемії COVID-19.

Групи населення, що особливо постраждали від кризи COVID-19 включають сім'ї з дітьми, багато з яких зіткнулися зі значним зменшенням сімейного доходу (внаслідок економічних обмежень). Після закриття шкіл та дитячих садків серйозною проблемою стала організація догляду дітей. Криза особливо боляча вдарив по малозахисним дітям та сім'ям, у тому числі сім'ям з одним з батьків, а також тим, що знаходилися у стані чи межі бідності. У відповідь на кризу уряди країн вжили низку важливих заходів у сфері соціального забезпечення.

У Норвегії батьки були звільнені від оплати послуг установ дошкільного виховання на якийсь час їх закриття, а уряд узяв на себе пов'язані з цим витрати. Цей виняток також поширюється на батьків, зайнятих у професіях, які вважаються критично важливими реагування на пандемію, для їхніх дітей установи дошкільного виховання залишалися відкритими. Більше того, уряд Норвегії продовжив допомогу з догляду за дітьми, подвоївши звичайний

термін з 20 до 40 днів на одного з батьків на одну дитину у ній. Право на допомогу також мають батьки, які не можуть працювати через обов'язки з догляду за дітьми у зв'язку із закриттям дитячих садків та шкіл. Протягом 2021 року батьки могли запросити додаткові наднормативні дні у разі продовження режиму ізоляції або в ситуації, коли дитина повинна була залишатися вдома через явні проблеми зі здоров'ям.

2.3 Соціальна політика відносно громадян старшого покоління

Головна особливість пандемії коронавірусу (COVID-19) полягає в тому, що з самого початку вона позначила конфлікт між поколіннями: з одного боку, специфіка цього вірусу така, що старшого віку виявилися найбільш вразливою групою: вони набагато вище ризику перенести хворобу у важкій формі та померти. З іншої сторони, вжиті урядами заходи соціальної ізоляції, були адресовані всім віковим групам, а викликане ними обмеження економічної активності вдарило, насамперед, щодо працездатних громадян.

Тому не випадково, що більшість заходів соціальної підтримки, вжитих у розпал пандемії та на перших етапах виходу з карантину, було адресовано працездатному населенню, сім'ям з дітьми та найбільш вразливим в економічному положенні категоріям громадян тією мірою, якою громадяни старшого віку відповідали критеріям надання соціальних виплат, адресованих усім віковим групам вони ставали об'єктом соціальної підтримки в пандемію.

Отримували право на лікарняний, якщо захворювали; заходи підтримки зайнятості чи допомоги по безробіттю, якщо на початок пандемії вони працювали; нестрахові соціальні виплати, якщо їх доходи задовольняли встановленим критеріям.

Проте наслідки соціальної ізоляції, спровокованої пандемією, економічної кризи та антикризових рішень мають свою специфіку впливу на старше покоління та інститути соціальної політики, адресовані цій віковій групі.

ООН виділяє такі вектори впливу пандемії на старше покоління:

- високі ризики смертності,
- вразливість громадян, які проживають у будинках для людей похилого віку;

- більше високі ризики зневаги та насильства;

- негативні наслідки ізоляції для психічного здоров'я;
- ризики зниження доходів та рівня життя;
- збільшений рівень стресу, навантаження та ризиків заразитися для тих літніх людей, які зайняті в охороні здоров'я та соціальному обслуговуванні.

Короткострокові виклики стосуються наслідків соціальної ізоляції та поширення коронавірусної інфекції в будинках для людей похилого віку; довгострокові виклики пов'язані з впливом кризи та антикризових заходів на пенсійні системи та добробут літнього населення[54].

Соціальна ізоляція громадян старшого віку та подолання її наслідків.

У зв'язку з вищими ризиками смертності людей старшого віку коронавірусу уряди багатьох країн запровадили найбільш жорсткі вимоги ізоляції саме для цієї категорії населення. Також вимоги соціального дистанціювання та ізоляції зберігаються для цієї вікової групи на перших етапах виходу з карантину. Щоб знизити ризики зараження людей старшого віку, деякі країни в період пандемії ввели спеціальні годинники для відвідування ними магазинів, банків, медичних установ. Для зниження кількості контактів було змінено формати отримання соціальних трансфертів: у деяких містах пенсію почали доставляти додому, у Болгарії пенсійні відрахування стали автоматично призначатися та виплачуватись на банківські рахунки, у Кабо-Верді дозволили доступ до пенсій за телефонним дзвінком, у Мексиці та Перу виплати були здійснені відразу за два місяці.

Однак, будучи корисною з точки зору зниження ризиків інфікування коронавірусом, ізоляція людей старшого віку може мати низку негативних наслідків, серед яких погіршення психічного та загального здоров'я (вищі

ризиків інфарктів, інсультів), когнітивні розлади людей, позбавлених звичного кола спілкування, проблема зневаги та насильства щодо літніх людей з сторони родичів або соціальних працівників будинків, що проживають з ними літніх людей.

Всесвітня організація охорони здоров'я, а також низка великих міжнародних некомерційних організацій, що працюють з людьми похилого віку (HelpAge International, AgePlatform та ін.), випустили рекомендації країнам – урядам, неурядовим організаціям, соціальним працівникам – по роботі з літніми людьми в період пандемії та запобігання ризикам погіршення

психічного здоров'я та посилення насильства щодо літніх людей. У низці країн урядові структури (міністерства/департаменти охорони здоров'я, соціального захисту та ін.) також випустили відповідні рекомендації щодо підтримки психічного здоров'я людей похилого віку та запобігання насильству

(Хорватія). У Данії Асоціація хворих на Альцгеймер і Данський дослідницький центр з вивчення деменції випустили рекомендації для родичів та професіоналів про те, як підтримувати людей із деменцією під час пандемії COVID-19.

У Великобританії в рамках урядових антикризових заходів було запущено телефон довіри для громадян старшого віку, щоб допомогти їм впоратися з наслідками самотності в умовах самоізоляції. Аналогічна ініціатива, але на рівні м. Гельсінкі, що найбільше постраждав від пандемії, реалізована у Фінляндії. У Бельгії та у Франції жертвам сімейного насильства надано право просити про допомогу в аптеках, де організовано чергування поліції; у Франції додатково були організовані консультативні служби у продуктових магазинах [54].

У всіх країнах у період пандемії активну роль у підтримці психологічного самопочуття людей старшого віку та допомоги у наданні їм побутових та соціальних послуг відіграють некомерційні організації: переважно національні (чи регіональні) у розвинених країнах та міжнародні – у країнах, що розвиваються. У ряді європейських країн (наприклад, у Швеції,

Дитві) пандемія коронавірусу сприяла встановлення ефективної співпраці між урядовими структурами та неурядовими організаціями та волонтерами, які працюють із літніми людьми. Допомога некомерційного сектору та волонтерів може включати доставку продуктів, необхідних товарів, ліків та рецептів лікарів додому.

Ще один важливий напрямок зниження негативних наслідків ізоляції пов'язаний з розвитком інформаційних технологій та розширенням їх доступності для людей старшого віку, що серед іншого означає заходи щодо навчання. Уряди деяких країн заборонили компаніям відключати телебачення

та інтернет людям похилого віку до кінця карантинних заходів, навіть якщо заборгованість виникла на початок епідемії (Аргентина, Туреччина). В інших країнах ініціативи щодо навчання людей старшого віку інформаційним технологіям та організації для них "гарячої лінії" взяли на себе некомерційні організації чи волонтери. Наприклад, у Португалії добровольці з числа студентів вузів запустили телефонну лінію підтримки 'Somos Todos Digitais'

метою якої було навчити людей похилого віку користуватися онлайн комунікаційними платформами, соціальними мережами, робити дзвінки близьким і т.п..

Вплив пандемії на системи довготривалого догляду.

Під час (само)ізоляції найскладнішим є забезпечення стабільного доступу людей похилого віку до продуктів, товарів першої необхідності, а також до отримання допомоги у догляді вдома. Введення обмежень на переміщення людей, вимоги дотримання карантину обмежили частину людей похилого віку в отриманні такої допомоги від родичів. Некомерційний сектор та волонтери частково замістили виниклий дефіцит. Багато країн випустили рекомендації для людей, які надають безкоштовні послуги з догляду (родичі, знайомі, волонтери) про специфіку та правила надання цих послуг у період пандемії. Так, серед правил щодо взаємодії з людьми похилого віку фахівці відзначили поділ членів домогосподарства по різних кімнатах, провітрювання, дезінфекцію поверхонь, дотримання дистанції та носіння медичної маски під

час спілкування. Водночас експерти відзначають недостатню увагу специфічним потребам людей, які надають неформальний догляд допомоги у купівлі продуктів, у поведінці у надзвичайних ситуаціях, і що ще більше важливо – у необхідності проходження тестування та у забезпеченні їх індивідуальними засобами захисту. Крім того, фінансова підтримка осіб, які надають неформальний догляд, діє в обмеженій кількості країн і збереглася там на колищньому рівні[54].

За даними Лондонської школи економіки, фінансова підтримка неформального догляду за літніми та інвалідами у зв'язку з пандемією з 19 країн, що потрапили в їх огляд, реалізується. В таких країнах, як Англія, Німеччина, Індонезія, Ірландія, Іспанія, Кенія, Словенія, США.

Однак найбільш постраждалою формою довготривалого догляду став інституційний догляд: у групі найбільшого ризику померти виявилися пацієнти будинків літніх людей. За оцінками експертів Лондонської школи економіки, смертність у будинках літніх людей за даними 26 країн, серед яких переважають країни з високим рівнем розвитку, що становить в середньому 47% смертей від коронавірусу, досягаючи в ряді країн (Гонконг, Йордан, Мальта) 80%²⁷. У зв'язку з цим у деяких країнах було введено режим суворої ізоляції для постояльців будинків для людей похилого віку з поділом здорових осіб та заражених. Оскільки серед основних причин швидкого поширення інфекції в будинках для людей похилого віку виділяється зараження через контакти з обслуговуючим персоналом і пізніше виявлення коронавірусу через безсимптомне носійство, майже в третині країн-членів ЄС станом на кінець травня 2020 р. було налагоджено або заплановано масове тестування працівників та постояльців будинків для літніх людей. Крім здійснення регулярного моніторингу за ситуацією та рекрутингу нових кадрів вживаються заходи щодо повного ізолювання мешканців соціальних установ людей та співробітників (Білорусія). Більш детальний аналіз заходів, що вживаються в різних країнах світу у зв'язку з високою смертністю пацієнтів будинків для людей похилого віку.

Очевидно, що наслідки пандемії матимуть довгострокові наслідки для розвитку систем довготривалого догляду, насамперед, у найбільш розвинених країнах, але також і в старіючих країнах із середнім рівнем розвитку. Досвід розвинених країн свідчить про важливість адекватного фінансування цього напряму соціального підтримки людей старшого віку та вирішальної ролі держави як регулятора сфери догляду, що встановлює стандарти якості проживання та надання послуг. Досвід Канади, у тому числі наголошує на важливості встановлення національних мінімальних стандартів догляду та соціального обслуговування та створення єдиної нормативної та інформаційної рамки в організації догляду, оскільки зайва регіоналізація цієї сфери в умовах надзвичайних ситуацій (пандемії) призводить до проблем у комунікаціях, неузгодженості дій регіональної влади та, зрештою, до більшої кількості жертв[54].

Вплив пандемії на пенсійні системи.

Пандемія матиме тривалий негативний вплив на фінанси пенсійних систем у всіх країнах, де вони існують. Насамперед, погіршення економічної ситуації - скорочення робочих місць, зниження реального розміру заробітної плати призводять до звуження бази для сплати страхових пенсійних внесків.

Фінансово-економічна криза, що йде за пандемією, швидше за все, негативно позначиться на накопиченнях і розмірі виплатах у межах приватних пенсійних систем.

Одночасно в рамках пакетів антикризових заходів урядами багатьох країн були прийняті рішення, які додатково скорочують надходження до пенсійних систем, або збільшують обсяг пенсійних виплат. У Франції, крім того, на час пандемії було припинено пенсійну реформу. Мораторій на сплату або зниження тарифів страхових внесків, включаючи найчастіше внески на пенсійне забезпечення, стали популярним заходом, спрямованим на зниження навантаження на бізнес та підтримання зайнятості в пандемію. За даними Світового банку, станом на 12 червня ті чи інші рішення щодо зниження страхового навантаження на бізнес були прийняті в 53 країнах. Наприклад,

тимчасове призупинення сплати страхових внесків для найбільш постраждалих підприємств передбачено в Іспанії, Італії, Франції, Кореї, Китаї, Японії; уряд також зобов'язується компенсувати частину втрат у страхових внесках через переведення працівників на режим неповної зайнятості (у Великій Британії, Німеччині, Франції та ін.)[54].

Варто наголосити, що в тих країнах, де прийнято рішення про компенсацію державою, що випадають у зв'язку зі зниженням страхових внесків доходів, пенсійні системи стають більш залежними від бюджетного фінансування. Там же, де чіткі рішення про компенсацію наданих пільг щодо

сплати страхових внесків не прийняті, очікується також зменшення індексації нинішніх пенсій та скорочення пенсійних прав майбутніх пенсіонерів. Очевидно, не випадково, що в країнах з найбільш широкими за охопленням та найбільш щедрими за розміром виплат пенсійними системами - Данії, Фінляндії, Швеції – розмір та строки сплати пенсійних внесків у період пандемії не мінялися.

За даними на 30 червня 2020 р. заходи підтримки населення в рамках пенсійних зобов'язань реалізує 51 країна. Найбільш поширеними заходами серед країн є підвищення та авансування пенсійних виплат. Перші переважно

реалізуються у країнах Латинської Америки (Бразилія, Перу, Парагвай та ін.), другі – у країнах Африки (Камерун, Єгипет, Кенія та ін.)

Деякі країни – в основному із середнім рівнем розвитку – ухвалили рішення про додаткові індексації пенсійних виплат (наприклад, Албанія, Болгарія, Туреччина, Єгипет), або одноразових виплат пенсіонерам (Аргентина). Менш розвинені країни, яких відсутні страхові пенсійні системи, ухвалили рішення про розширення доступу до соціальних пенсій або взагалі запровадили такі соціальні програми (Самоа, Гвінея-Бісау та ін.).

Додаткові заходи соціальної підтримки.

Більшість розвинених країн не вживали жодних додаткових заходів для підтримки цієї вікової групи, оскільки існуючі або прийняті в умовах пандемії

заходи поширювалися зокрема на людей старшого віку. У Кореї літні працівники отримали право на субсидію для підтримки працевлаштування.

Навпаки, країнам середнього та нижче рівня розвитку, в яких до кризи системи соціального захисту були невеликими за рівнем виплат та охоплення, довелося у ряді випадків вживати спеціальних заходів підтримки осіб старшого віку. Також, одноразові заходи соціальної підтримки були вжиті в окремих розвинених країнах, як правило, ліберальній моделі соціальної політики. Так, в Австралії, Боснії-Герцеговині, Гватемалі, Ізраїлі, Канаді, Кенії, Словенії, Україні, Шрі-Ланці та ПАР передбачені що підтримують одноразові виплати людям старшого віку. У 22 країнах були прийняті рішення щодо соціальних пенсій [54].

Розглянемо більш детально деякі Європейські країни.

Австралія. Виплати, введені в Австралії для підтримки населення пандемії, мають широке охоплення. Зокрема, особи, які отримують пенсію за старістю, інвалідністю, які мають карту здоров'я літньої людини (Співдружності) націй або пільгову карту пенсіонера, поряд з іншими категоріями населення, можуть претендувати на два види підтримуючих виплат. Перша з них була одноразовою та виплачувалася у розмірі 750 дол.

США при задоволенні хоча б однієї умови в період 12 березня – 13 квітня 2020 р. Друга виплата також є разовою і становить 750 дол. США та була здійснена 10 липня 2020 р. Обидві допомоги не вважаються доходом при розрахунку інших посібників.

На додаток до виплат уряд відкрив доступ до пенсійних коштів (Superannuation) для осіб, які постраждали від коронавірусу, у розмірі до 10 тис. дол. за 2019-2020 рр. та 10 тис. дол. США за 2020-2021 роки. Подати заяву на використання цих коштів можна було до 1 липня 2020 року.

Фінляндія. У Фінляндії, як і в багатьох розвинених країнах, відбувається зміцнення систем соціального захисту: розширюються права на отримання допомоги з безробіття шляхом охоплення осіб, які раніше не могли претендувати на нього. Крім того, зайняте населення мало можливість

отримати допомогу через хворобу, яка повністю компенсує втрачений за час незайнятості, ізоляції або карантину дохід (у разі перебування в країнах ЄС можливе отримання щоденної допомоги).

З іншого боку, спостерігається перехід до послуг у дистанційному режимі. У м. Гельсінкі з метою допомоги людям похилого віку спільну діяльність вели організації та церкви. Вона складається із двох аспектів: 1) обслуговування літніх по телефону, з'ясування потреб; 2) надання допомоги у повсякденному житті. В наданні підтримки задіяні і професіонали, і волонтери: міські, церковні та неурядові організації, городяни. Telefoni служби підтримки церкви різних парафій доступні для людей похилого віку, як і міські соціальні та медичні служби (Senior-info). Крім того, у м. Гельсінкі запущено нову телефонну лінію допомоги (Helsinki-ari), мета якої – виявлення потреб допомоги осіб у віком старше 80 років. Благодійні фонди та асоціації за підтримки урядових грантів пропонують психологічну підтримку в онлайн форматі.

Як показують дані смертності, скорочення контактів між людьми має сильний ефект на розповсюдження інфекції: у Швеції, що відмовилася від локдауну, чисельність загиблих від COVID-19 у кілька разів більше, майже третина з них - люди похилого віку [54].

Болгарія. У період боротьби з COVID-19 Болгарія запровадила цілу низку заходів підтримки літніх. Унікальним заходом стала доставка безкоштовних наборів продуктів харчування та медикаментів пенсіонерам та іншим групам ризику, організованим урядом Болгарії за участю муніципалітетів. Крім того, 50 тис. представників цієї групи були забезпечені комплектами гарячого харчування від муніципалітетів, а 41 тисяча отримали індивідуальні комплекти продуктів від Болгарського відділення червоного хреста. Мешканці країни передпенсійного (до 3 років) та пенсійного віку отримали автоматичне продовження медичного страхування до кінця дії надзвичайного положення та ще 2 місяці після цього обб. 1 мільйон 200 пенсіонерів, які перебувають за ризико бідності отримали «великодній» бонус

збільшення пенсії в 40 Лев або 20 євро. Крім того, щоб знизити кількість відвідувань Національного інституту соціального забезпечення, введено автоматичну процедуру призначення та перерахунку пенсій.

Останні публікації у ЗМІ вказують на те, що з 1 липня 2020 року у Болгарії збільшено розмір щомісячної державної пенсії на 6,7%, близько 2 мільйонів пенсіонерів отримають вищу пенсію з цього місяця. Хоча цей захід самим урядом не кваліфікується як міра підтримки в період епідемії COVID-19.

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

РОЗДІЛ 3

ДОСВІД КРАЇН ЄС В БОРОТЬБІ З ПАНДЕМІЄЮ

НУБІП України

3.1 Досвід Австрії в боротьбі з пандемією

10 березня 2020 року австрійський уряд ухвалив рішення про тимчасове закриття шкіл та вишів, запровадило обмеження на в'їзд громадян з Італії. Накладено заборона на проведення масових заходів чисельністю понад 500 осіб.

16 березня 2020 року повсюдно запроваджено карантин. Скасовано спортивні заходи, закриті об'єкти культури, торгові центри, готелі та ресторани. Виходити з дому дозволялося лише у таких випадках:

- виконання службових та робочих обов'язків;
- придбання товарів першої необхідності (продукти чи ліки);
- допомога літнім чи маломобільним громадянам;
- прогулянки на вулиці поодинокі або в компанії людей, які проживають разом з гуляючим.

При цьому поліція мала право вимагати документів, що підтверджують спільне проживання громадян. У разі виявлення порушення стягувався штраф розмірі 2180 євро. За використання ігрових та спортивних майданчиків штраф становив 3600 євро.

З 1 квітня 2020 року було запроваджено обов'язковий масочний режим під час відвідування магазинів та супермаркетів (маски видавалися на вході безкоштовно), причому заходити і робити покупки міг одночасно лише один член сім'ї. Для пенсіонерів і людей із групи ризику було виділено особливий час для походу магазинами – з 8 до 9 години ранку. Зокрема, такі заходи були введені до найбільших мережеских ритейлерів країни Billa, Lidl та Merkur.

Встановлювався прикордонний контроль на кордонах з Італією, Швейцарією, Німеччиною, Ліхтенштейном, Угорщиною та Словенією. Прибуваючі громадяни були зобов'язані пред'явити медичну довідку, що

НУБІП України

підтверджує негативний результат тесту на коронавірус. Інакше у в'їзді до країни відмовляти. При цьому було дозволено транзитний проїзд територією Австрії. Громадяни третіх країн, які відвідували зони високого ризику COVID-19 протягом 14 днів до дати в'їзду, мали мати медичну довідку, що підтверджує негативний результат тесту на COVID-19 та видану не раніше 4-х днів до в'їзду до Австрії.

Зняття обмежень.

Австрія стала першою країною в ЄС, яка почала поетапне зняття

обмежувальних заходів щодо боротьби з поширенням коронавірусної інфекції після зниження щоденного приросту числа тих, що заразилися з 40% до 1%.

Відповідно до плану пом'якшення режиму обмежень проходило в кілька етапів.

14 квітня 2020 року:

- відкрилися садівничі магазини, точки самообслуговування та невеликі (площею до 400 кв. м) непродовольчі точки продажу;
- зберігається вимога обов'язкового носіння масок.

1 травня 2020 року:

- знято обмеження на пересування містом, при цьому зберігаються вимоги щодо дотримання мінімальної соціальної дистанції в один метр між особами, які не живуть разом, і про обов'язкове носіння масок у магазинах та громадському транспорті;

- дозволено збиратися групами до десяти осіб, на похороні – не більше

30 осіб;

- відкрилися масажні салони та салони краси, перукарні та непродовольчі магазини;

- можна займатися спортом на свіжому повітрі.

15 травня 2020 року:

- відкрилися бари, кафе та ресторани (за одним столом можуть бути не більше чотирьох осіб, між столами має дотримуватися відстань в один метр,

співробітники повинні носити маски, рекомендується бронювати столики заздалегідь);

- робочий час підприємств громадського харчування обмежений з 06:00 до 23:00;

- почали працювати зоопарки та музеї, відновилися служби у церквах, дозволено відвідування ув'язнених у в'язницях.

18 травня 2020 року:

- відновилися уроки у школах.

29 травня 2020 року:

- відкрилися готелі, дозволено відвідування визначних пам'яток та рекреаційних об'єктів, у т.ч. басейнів,

- дозволено проведення культурно-масових заходів за участю до 100 чоловік.

15 червня 2020 року:

- скасувалась вимога про обов'язкове носіння масок у приміщеннях підприємств роздрібною торгівлі, освітніх установ, музеїв та на релігійних заходах;

- зберігається обов'язкове носіння засобів індивідуального захисту у громадському транспорті, а також для працівників сфери послуг – перукарів, офіціантів;

- зберігається правило дотримання соціальної дистанції в один метр;

- відкрилися дитячі табори за умови, що чисельність відвідувачів не перевищить 20 людей.

23 червня 2020 року:

- скасовано правило обов'язкового носіння масок під час відвідування магазинів, ресторанів, виставок та шкіл;

- продовжено роботу точок громадського харчування з 23:00 до 01:00[55, с. 38].

З 16 червня 2020 року уряд скасував пов'язані з коронавірусом обмеження для тих, хто в'їжджає з 31 європейської країни, за винятком Іспанії,

Португалії, Швеції та Великобританії. З 21 червня 2020 року прибуваючим з Іспанії також більше не потрібно було пред'являти негативний тест на COVID-19 і дотримуватись двотижневого карантину.

З 1 серпня 2020 року замість раніше чинних обмежень запроваджено нові правила в'їзду, які розділили країни на три групи. З «безпечних» держав (Бельгія, Чехія, Франція, Іспанія, Німеччина, Великобританія та деякі інші) дозволено в'їзд без обмежень. Пасажири з більшості інших країн можуть або пред'явити негативний тест на коронавірус, або провести обов'язковий 10-денний карантин після прибуття. Для громадян із третьої групи держав знадобиться як тест на COVID-19, і проходження карантину. У цей перелік увійшли, серед інших, Росія, Білорусь, Україна, Китай, США.

Водночас громадянам Австрії зараз рекомендовано повсюдне носіння масок, щоб уникнути поширення другої хвилі коронавірусної інфекції, яка може бути викликана ослабленням обмежень, що стосуються пересування іноземних громадян.

В Австрії існувала проблема нестачі медикаментів ще до пандемії, у зв'язку з цим було розроблено законодавчі норми для подолання лікарського дефіциту. Ухвалений закон допомагає мінімізувати ризики, він зобов'язує власників ліцензій (дозволів) звітувати перед

Державною службою з лікарських засобів про дефіцит препаратів, що відпускаються за рецептом (до цього звіт мав добровільний характер), а також дає можливість вводити заборону експорту для дефіцитних категорій ліків.

На початку березня спостерігалися перебої з постачанням масок та інших засобів індивідуального захисту (ЗІЗ). Але вже до середини місяця ситуація була вирішена на загальноєвропейському рівні, та Міністерство охорони здоров'я Австрії розпочало закуповувати необхідні кошти на національному та міжнародних ринках, а потім розподіляти його по всій країні.

В рамках Механізму цивільного захисту ЄС Австрія направила низку гуманітарних вантажів до європейських країн. Зокрема, кілька мільйонів

масок і понад 3 тис. літрів медичного дезінфікуючого засобу передано Албанії, Боснії та Герцеговині, Італії, Молдові, Хорватії та Чорногорії. У Північну Македонію були направлені предмети гігієни, до Сербії – ковдри, матраци та намети для мігрантів, а до Греції – 181 житловий контейнер, який можна переобладнати та використовувати як пересувний медичний центр у таборах мігрантів.

Окрім прямої гуманітарної допомоги іншим країнам, Австрія приймала тяжкохворих пацієнтів з Італії та Франції та розміщувала їх у своїх лікарнях.

Підтримку австрійського уряду отримав Стратегічний план щодо забезпечення готовності та реагування ВООЗ, в рамках якого через Австрійське агентство розвитку (ADA) було надано 2 млн євро як допомоги Ірану, Палестині, а також ряду африканських країн (Буркіна-Фасо, Бурунді, Коморських островів, Малі, Сан-Томе і Принсіпі, ЦАР). Кошти були виділені на забезпечення необхідної медичної допомоги та лікування громадян держав, які постраждали від COVID-19, а також на інформаційну кампанію про методи захисту від зараження. Тільки в Африці допомогу отримали близько 20 мільйонів людей. Медичного персоналу на місцях було запропоновано навчання та курси лікування пацієнтів з виявленим COVID-19. Крім цього, частина коштів була використана для закупівлі медикаментів та предметів першої необхідності у медичних установах [56, с. 43].

У квітні 2020 року Австрія виділила 1 млн євро Управлінню Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ) для сприяння у вирішенні кризової ситуації навколо біженців у Греції. За даними УВКБ ООН, кілька тисяч людина перетнула морський кордон країни з початку березня поточного року, що ще більше посилює становище у таборах та притулках для біженців на грецьких островах.

Гуманітарну допомогу було передано й іншим організаціям системи ООН. Зокрема, кошти надійшли на рахунки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та ВООЗ. Австрія пожертвувала Сирії суму близько 4 млн. євро на подолання наслідків військових дій у провінції Ідліб, а також для боротьби з пандемією

та захисту найбільш уразливих груп населення, включаючи внутрішньо переміщених осіб, що проживають у тимчасових таборах на півночі країни. Через незадовільні санітарних умов, відсутності доступу до медичного обслуговування та нестачі чистої питної води громадяни, що проживають там, піддаються особливо високому ризику зараження.

Австрія репатріювала громадян 25 держав-членів ЄС на рейсах, організованих Австрією з Австралії, Аргентини, Великобританії, Домініканської Республіки, Єгипту, Індонезії, Іспанії, Куби, Маврикія, Малайзії, Мальдіви, Марокко, Мексики, Перу, США, Таїланду, Тунісу, Філіппін, Чилі та Південної Африки.

30 червня 2020 року уряд Австрії ухвалив рішення про виділення 1 млн. євро з Фонду іноземних лих (FDF) для пом'якшення надзвичайної гуманітарної ситуації у Ємені. Кошти були надані Міжнародному комітету Червоного Хреста.

3.2 Досвід Іспанії та Італії в боротьбі з пандемією

У зв'язку з поширенням коронавірусної інфекції COVID-19 уряд Іспанії запровадив режим надзвичайного стану на всій території країни з 14 березня 2020 року, який потім неодноразово продовжувався. Відповідно до прийнятих обмежень, були закриті місця можливого скупчення людей та проведення масових заходів, заклади громадського харчування за деякими винятками та готелі. У той же час, працюють практично всі мережеві продовольчі супермаркети та невеликі продовольчі магазини, лавки, ринки, аптеки, медичні установи, аеропорти, залізничні вокзали, станції та автовокзали; поштові та кур'єрські служби.

При цьому кількість авіаперельотів, а також залізничних, автобусних і судноплавних рейсів скоротилося щонайменше вдвічі. Громадянам було наказано обмежити пересування територією країни. Виходити з дому було дозволено тим, хто йде на роботу, а також до магазину за продуктами, ліками

чи предметами першої необхідності. Обмеження не торкнулися тих, хто доглядає людей похилого віку, дітей, інвалідів або направляєтся до банків та страхових компаній. Крім того, враховувалися й ферсмажорні обставини.

За порушення режиму обмежень було передбачено штрафи від 600 до 10,5 тис. євро чи кримінальна відповідальність. Суворість покарання пояснюється тим, що з моменту введення карантину працівники поліції склали понад 600 тис. протоколів щодо його порушення.

Усі мандрівники, які в'їжджають на територію Іспанії, містилися на обов'язковий двотижневий карантин.

Уряд розробив докладний план повернення країни до «нової нормального життя», що складається з чотирьох етапів, кожен із яких займе не менше двох тижнів, тобто одного середньостатистичного інкубаційного періоду. Скасування обмежень, що почалося 4 травня 2020 року, почало здійснюватися поступово залежно від ситуації у конкретному регіоні.

- «Нульова» фаза стала підготовчою. В цей час були дозволені прогулянки дітей віком до 14 років у супроводі одного дорослого протягом години на добу. Дозволено займатися спортом на відкритому повітрі на самоті або у групі людей, які мешкають в одній квартирі. Відновилася робота деяких закладів та ресторанів, які готують страви на виніс.

У рамках першої фази за дотримання суворих заходів безпеки розпочали відкриватимуться невеликі торгові точки, спорстзаші, готелі, при цьому мова йдеться лише про номери, але не місцях скупчення людей – холах, барах і ресторанів. Дозволено обмежене відвідування храмів. Відновилася робота агропромислових та рибальських господарств, стало можливе переміщення громадян у межах однієї провінції.

- На другому етапі за умови дотримання соціальної дистанції було передбачено відкриття внутрішніх приміщень кафе та ресторанів, кінотеатрів та виставок, храмів.

- Третій етап мав на увазі подальше спрощення пересування, при цьому людям рекомендовано використовувати маски, також потрібно буде

продовжувати підтримувати ухвалені норми соціального дистанціювання.

Школи, за винятком випускних класів будуть закриті до вересня [57, с. 28].

З 18 травня 2020 року більшість країни, де проживає 32 млн осіб (70% населення), перейшла до першої фази ослаблення обмежувальних заходів, на

той час як Мадрид, Барселона та частина провінції Кастилія та Леон у зв'язку

з високими епідемічними ризиками залишилися на нульовій фазі, хоч і з

невеликими послаблення у вигляді дозволу на роботу магазинів площею до 400 метрів, бібліотек та музеїв. У той же час населення деяких іспанських

островів перейшло відразу до другої фази. У зв'язку з цим 14 травня 2020 року

в Мадриді пройшли протести громадян, незадоволених рішенням влади щодо продовження обмежень.

Регіони Іспанії знаходяться на різних етапах пом'якшення заходів залежно від поширення у них епідемії.

Прем'єр Іспанії Педро Санчес оголосив про поновлення туризму в країні

з липня цього року. Він заявив, що країна вживає всіх необхідних заходів для

безпеки та мешканців регіонів, та мандрівників. 22 червня 2020 року були

відкриті кордони для туристів із ЄС. Також уряд Іспанії відмовився від

двотижневого карантину для туристів після прибуття в країну

з 1 липня 2020 року, який діяв із 15 травня 2020 року.

На даний момент спостерігається зростання кількості випадків зараження коронавірусом. у Каталонії, Арагоні, Барселоні. Влада запевняє, що

ситуація перебуває під контролем і країна чекає на туристів з ЄС.

У Мадриді з 28 липня 2020 року запровадили обов'язкове носіння масок

і не рекомендували збиратися групами понад десять осіб. Жителям Барселони

рекомендували залишатися вдома, робити покупки в інтернеті та не збиратися групами понад десять осіб.

Італія.

Спочатку режим надзвичайного стану в Італії запроваджено 31 січня 2020 року. терміном півроку.

9 березня 2020 року Італія ввела режим карантину і прийняла більш рішучі заходи для запобігання розповсюдженню інфекції. Зокрема, у підписаному главою уряду Д.Конте в документі містилися положення про фактичну ізоляції всієї північної області Ломбардії та 14 провінцій в областях Венето, включаючи Венецію, Емілія-Романья, П'ємонт та Марке. Були передбачені загальні обмеження на поїздки, заборона публічних заходів, закриття шкіл та громадських місць, а також призупинення релігійних заходів, включаючи похорон та весілля. Введено обмеження на години роботи барів та ресторанів.

Було заборонено виходити з дому, крім походу до найближчого магазину (при цьому може вийти лише один член сім'ї раз на два – три дні), на роботу, в аптеку або лікарню (у разі лікарні також потрібно мати документ від лікаря), прогулянки з собакою (тільки біля будинку та для однієї людини), заняття спортом (тільки на самоті і дотримуючись дистанції в один метр з перехожими).

За порушення карантинних заходів передбачено штраф від 400 до 3 тис. євро.

Влада деяких регіонів, по яких епідемія вдарила найсильніше (Ломбардія, Болонья та ін.), підняли штраф до 5 тис. євро. За рішенням суду штраф може бути замінено на арешт до трьох місяців.

10 квітня 2020 року Прем'єр-міністр підписав указ про продовження всіх раніше введених заходів обмеження поширення епідемії COVID-19 у країні до 3 травня 2020 року. 14 квітня 2020 року відкрилися книжкові, канцелярські магазини та магазини товарів для дітей. Крім того, уряд розширив список дозволених типів виробничої діяльності на сфері лісового господарства, гідробудівництва, комп'ютерного виробництва, ландшафту, оптового продажу паперу та картону.

Влада Італії неодноразово продовжувала обмежувальні заходи. Так надзвичайний стан продовжено до 15 жовтня 2020 року, щоб зупинити поширення коронавірусу. Раніше очікувалося, що карантин

закінчиться наприкінці липня. Однак прем'єр-міністр Італії Джузеппе Конте заявив, що продовження карантину неминуче та іншого способу вберегти країну немає.

Надзвичайне становище дозволяє уряду розширити карантинні обмеження у разі, якщо епідеміологічна ситуація погіршиться.

Тим не менш, введення нових обмежувальних заходів на даному етапі не планується. В Італії дозволено роботу театрів, кіно, літніх таборів для дітей.

При цьому в транспорті та закритих приміщеннях потрібно носити маски.

Продовження надзвичайного стану негативно впливає на туризм: країна приймає туристів із країн ЄС, проте, наприклад, туристам із США в'їзд заборонено. Також МОЗ заборонило в'їзд до Італії особам, які прибувають з

Вірменії, Бахреїну, Бангладеш, Бразилії, Боснії та Герцеговини,

Домініканської Республіки, Кувейту, Молдови, Оману, Панамі, Перу,

Північної Македонії та Чилі, і ввів карантинну вимогу для тих, хто прибуває

з Болгарії та Румунії.

3.3 Досвід Франції та Швеції в боротьбі з пандемією

На національному рівні у Франції діє чотириетапний план щодо запобігання та подолання наслідків пандемії:

- I етап – стримування влучення вірусу на територію країни (з 23 лютого 2020);

- II етап – стримування поширення вірусу на всій території Франції. (з 29 лютого 2020 року);

- III етап – пом'якшення наслідків епідемії (з 14 березня 2020 року);

- IV етап – повернення до ситуації до моменту виникнення епідемії.

На початку березня на місцях, де було виявлено спалахи зараження COVID-19, почали впроваджуватись деякі обмежувальні заходи. Локальні обмеження торкнулися департаментів Верхня Савойя, Уаза, Морбіан, Верхній

Рейн та регіону Корсика, де заходи варіювалися від скасування громадських заходів до закриття шкіл.

Першим великим заходом на національному рівні стала заборона від 4 березня 2020 року на проведення заходів чисельністю понад 5 тис. осіб.

Пізніше він був посилено: не більше 1 тис. осіб – 8 березня 2020 року, і не більше 100 осіб – 13 березня 2020 року. З 11 березня 2020 року було закрито

для відвідування будинку для людей похилого віку, з 13 березня 2020 року – школи та університети.

15 березня 2020 року було закрито всі місця масового скупчення людей (за винятком магазинів першої необхідності). Незважаючи на вжиті заходи з

13 по 15 березня 2020 року кількість заражених COVID-19 подвоїлася, і загальна кількість досягла 6400 осіб. У зв'язку з статистикою, що погіршується

захворюваності президент Франції з 17 березня 2020 року оголосив про режим загальної ізоляції. 22 березня 2020 року Парламент Франції проголосував за

введення «надзвичайного стану в галузі охорони здоров'я». З 23 березня 2020 відбувається жорсткість режиму ізоляції: закриваються відкриті

продовольчі ринки, і посилюється поліцейський контроль за дотриманням режиму.

Режим ізоляції передбачав переведення всіх працівників на віддалений режим роботи. Вихід

працювати передбачався лише для тих, хто задіяний у наданні послуг першою необхідності;

- заборона на залишення місць проживання за винятком походу до магазину за їжею чи з медичною метою. Кожен вихід із дому супроводжувався заповненням спеціальної форми із зазначенням дати та часу;

- дозвіл на обмежений вигул домашніх тварин або заняття спортом;

- заборона на візити до родичів (за винятком «життєво необхідних»).

Місцева влада вживала додаткових обмежувальних заходів.

Наприклад, на півдні Франції та на Атлантичному узбережжі було заборонено доступ до міських пляжів. Також вводилася заборона на заняття спортом та відпочинок у горах, включаючи піші походи та катання на лижах.

Закриття меж. Президент Франції Е.Макрон у зверненні до нації оголосив про приєднання до закриття зовнішніх кордонів Європейського Союзу (далі – ЄС) з 17 березня 2020 року на 30 днів. Громадянам Франції та інших країн ЄС, Шенгенської зони та Великобританії, які бажають повернутися на місце свого проживання, зберігався дозвіл на в'їзд. З 8 квітня

2020 року режим в'їзду у Францію був жорсткішим: допускалися лише резиденти Франції чи люди, пересуваються через територію Франції до місця свого перебування (обмеження не стосувалися громадян Франції). З цього моменту в'їзд до країни здійснювався лише за наявності спеціального сертифікату. Міжнародні вантажоперевезення не зазнали обмежень.

Штрафи. За недотримання режиму самоізоляції покладался штраф у розмірі мінімум 135 євро (збільшувався до 450 євро, якщо він не був сплачений у строк).

У разі повторного порушення протягом двох тижнів сума штрафу збільшувалася до 1500 євро. Четверте порушення за місяць загрожує штрафом 3700 євро та шістьма місяцями в'язниці.

Інформування та подання звітності. Незважаючи на перший офіційно підтверджений випадок зараження у січні, офіційні медичні рекомендації у зв'язку з COVID-19 були випущені лише у середині лютого.

З середини березня рекомендації щодо гігієни та повідомлення про важливість режиму самоізоляції з'являлися регулярно. Згодом вони також почали поширюватися в режимі он-лайн – наприклад, на порталі Youtube.

Міністерство солідарності та охорони здоров'я на щоденній основі надавало прес-релізи про епідеміологічну ситуацію (останній доступний прес-реліз від 30 липня 2020 року) та заходи, вжиті для подолання викликів у галузі медицини. З середини квітня повідомлення також включалася статистика смертей, що сталися у будинках для людей похилого віку. На сайті уряду

також з'явилася спеціальна сторінка, присвячена різним аспектам на тематику COVID-19. Державний інститут Франції публікує щотижневі епідеміологічні бюлетені, що надають детальну інформацію. інформацію щодо ситуації в регіонах, а також щодо превентивних заходів.

Зняття обмежень. Плани зі зняття обмежень, представлені Прем'єр-міністром Франції 28 квітня 2020 року, або схвалення в Національних зборах: 368 депутатів проголосували «за», 100 – «проти», ще 103 утрималися.

Деякі незначні послаблення вводилися раніше. Наприклад, з 20 квітня 2020 року були дозволені візити родичів до будинків для людей похилого віку з дотриманням суворих заходів безпеки.

Поступовий план зняття обмежень почав реалізовуватись з 11 травня 2020 року.

На той час було випущено карту з поділом французьких регіонів на зелені, помаранчеві та червоні зони залежно від різних показників, пов'язаних з COVID-19. Поділ на зони узгоджувався з поступовим процесом відмови від обмежувальних заходів: наприклад, доступ до парків дозволявся жителям лише «зелених» зон. Пересування між зонами не обмежувалося, але не повинно було виходити за межі 100 км від місця проживання (пізніше обмеження буде знято).

План зняття обмежень складається з декількох етапів і включає:

- з 11 травня 2020 року жителі Франції більше не повинні були заповнювати спеціальну форму для виходу із дому. Було дозволено рух у межах 100 км від місця проживання, за винятком випадків важливих ділових поїздок або з сімейних причин. Обмеження було знято 2 червня 2020;
- кордони з країнами ЄС були відкриті з 15 червня 2020 року;
- 1 липня 2020 року були відкриті кордони ЄС із низкою зовнішніх країн із сприятливою епідеміологічною обстановкою.

- з 11 травня 2020 року відкрилася більшість підприємств, за винятком готелів, ресторанів, барів, кінотеатрів, театрів та великих музеїв;

- ресторани та бари відновили роботу з 2 червня 2020 року з урахуванням суворих заходів дотримання дистанції. У найбільш постраждалих областях дозволялася робота тільки відкритих терас (обмеження було знято 15 червня 2020 року на всій території Франції);

- театри та спортивні споруди відкрилися 2 червня 2020 року постраждалих областях;

- великі музеї поетапно відновлюють роботу у червні-липні;

- з 22 червня 2020 року працюють кінотеатри та казино;

- нічні клуби, як і раніше, закриті;

- по можливості зберігається віддалена зайнятість.

Відновлення роботи транспорту:

- з 11 травня 2020 року громадський транспорт відновив роботу на 60% від повної потужності. Після 2 червня 2020 року відбувається поступове

повернення до докризових показників. Для підтримки соціальної дистанції рекомендовано спеціальне розсадження на транспорті з використанням половини місць для пасажирів. Носіння маски в громадському транспорті є обов'язковим.

Поступовий дозвіл на масові збори громадян:

- зберігається заборона на збори людей понад десять осіб;

- до 31 серпня 2020 року заборонено заходи понад 5 тис. осіб;

- релігійні служби дозволені з 23 травня 2020 року, весілля – з 2 червня 2020;

- пляжі відновили роботу з 1 червня 2020 року, з 11 липня 2020 року – відновилися річкові круїзи та робота стадіонів (заходи не більше 5 тис.).

Швеція – єдина країна Європейського союзу, влада якої вирішила не застосовувати жорстких заходів для боротьби з пандемією коронавірусу. На території держави не запроваджено режим надзвичайного стану чи карантину.

У країні працюють школи, спортивні клуби, кафе, бари та ресторани, функціонує громадський транспорт. Місцева влада уповноважена приймати рішення про повне або часткове закриття організацій. Більшість офісів та

виробничих підприємств продовжують працювати. Однак, деякі керівники намагаються перевести своїх співробітників на віддалений формат роботи. Люди, по можливості, працюють із дому, інші їздять на роботу "за змінами".

Багато закладів тимчасово закрилися з власної ініціативи.

За даними транспортної компанії SL, пасажиропотік у стокгольмському метро з початку пандемії зменшився вдвічі.

Інші стандартні вимоги влади також мають рекомендаційний характер. Дотримуючись рекомендацій ВООЗ, громадян просять дотримуватися гігієни, по можливості рідше виходити на вулицю та дотримуватися правил

соціального дистанціювання, уникати багатолюдних місць, тримати дистанцію у півтора-два метра від інших людей, а також не їздити без необхідності на громадському транспорті. М'який характер заходів не означає, що в країні ніяк не борються із пандемією. Будь-який заражений ізолюється від інших громадян, а ті, що контактували з ним, проходять тестування.

Також є й низка обмежень. Наприклад, заборонено збиратися групами більше 50 людей. Не можна відвідувати родичів у будинках для людей похилого віку. Заборонено в'їзд до Швеції із країн, що не входять до ЄС. Вищі навчальні заклади переведено на дистанційне навчання. Хоча працюють школи та дитячі садки.

Відкриті тренажерні зали, але тренажери вклучені через один у шаховому порядку. Скрізь розставлено рідину для дезінфекції.

Відстежується відстань між відвідувачами ресторанів. Шведський стіл та обслуговування через барну стійку заборонено. Ресторани з тісною посадкою та іншими порушеннями можуть бути оштрафовані та закриті. Квитки на поїзд продаються з розрахунку одна людина на два сидіння, тобто поряд із пасажиром ніхто не сяде[57, с. 44].

Магазини одягу працюють, але примірювальні в них закриті.

Унікальний режим у країні у зв'язку з пандемією зумовлений культурними особливостями. Шведи дуже законослухняні і трепетно ставляться до питань здоров'я: якщо держава винестила рекомендацію за

найменших симптомів ГРВІ залишатимуться вдома, більшість громадян будуть добровільно її дотримуватися. У шведському суспільстві не прийнято ходити на роботу хворими це вважається виявом неповаги до колег. У школах

дітям із наймолодшого віку прищеплюється необхідність дотримання правил гігієни. В період пандемії навіть у молодших класах дітям показують

документальні фільми про вплив коронавірусу на організм людини. Крім того, традиційно активна участь громадян у суспільному житті означає, що кожен муніципалитет має певний ступінь незалежності і може самостійно приймати

рішення про повне або часткове закриття тих, хто входить до його сфери повноважень установ

Шведський уряд продовжує робити ставку на колективний імунітет, злегка коригуючи стратегію. При цьому така політика призвела і до негативних наслідків, зокрема високої смертності від COVID-19. У липні цей

показник значно знизився, і Швеція продовжує повертатися до нормального життя.

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

ВИСНОВКИ

НУВБІП УКРАЇНИ

Заходи, введені у різних країнах для стримування пандемії, включали широкий спектр обмежень: обмеження свободи пересування, закриття шкіл та університетів, закриття розважальних закладів та закладів громадського харчування, переведення співробітників на віддалену роботу, зупинка частини виробничої діяльності, локдаун. Багато країн послідовно та оперативно вводили відразу кілька заходів та ефективність окремих заходів складно оцінити, незважаючи на те, що ця послідовність, загалом, була схожою. У загальних рисах виділяються кілька моделей політики, спрямованої проти поширення вірусу.

НУВБІП УКРАЇНИ

Китайська модель, що має на увазі жорсткий і швидкий локдаун в осередках зараження, відстеження контактів, пересувань і здоров'я людей, дозволила швидко усунути епідемію і не допустити нових хвиль заражень, проте така модель, заснована на контролі та втручанні у приватне життя не застосовується у західних країнах. Азіатсько-Тихоокеанська модель (Південна Корея, Нова Зеландія, Австралія, Японія) спирається на загальне тестування та відстеження контактів і також показала свою ефективність у зупинці епідемії ще на етапі першої хвилі, незважаючи на м'якші, ніж у Китаї, обмеження. Західна модель (країни Європи, США, Латинська Америка, Росія)

НУВБІП УКРАЇНИ

використовує можливість введення м'яких,

НУВБІП УКРАЇНИ

Проте тривалих заходів, проте у різних країнах ця модель мала свої особливості. Чим раніше і узгодженіше було запроваджено перші обмежувальні заходи, тим швидше вдавалося зупинити поширення вірусу країни.

НУВБІП УКРАЇНИ

Так, у Франції, Іспанії, Німеччині та Італії швидше, ніж в інших західних країнах змогли зупинити і першу, і навіть другу хвилю захворювань.

НУВБІП УКРАЇНИ

Навіаки, у Швеції (яка не вводила будь-яких заходів практично до закінчення 2020 р.), у США (неоднорідна та неузгоджена політика в різних штатах, різкі зняття обмежень) та у Бразилії (дуже пізніше реагування влади),

де друга хвиля захворювань буда значно серйознішою, а в період літнього плато відзначався високий рівень захворювань. Це дозволяє зробити висновок, що завчасні обмежувальні заходи з їх поступовим ослабленням дозволяють краще контролювати захворюваність, а локдаун-елід розглядати як ефективне втручання в систему охорони здоров'я для зупинення поширення епідемії.

Соціальний шок періоду пандемії призвів до актуалізації конфлікту між дотриманням прав людини та необхідністю їх обмеження у надзвичайній епідеміологічній ситуації. Різко загострилася суперечність між цивільними та державними інтересами, подолати яку країни-члени Євросоюзу виявилися не

в змозі. Їхні зусилля були спрямовані на пом'якшення наслідків цих обмежень, які довелося запровадити через загрозу масового зараження вірусом COVID-19. Члени ЄС не продемонстрували єдності у термінах та зміст антикризових заходів, намагаючись діяти в залежності від обстановки, що складається, в їх

регіонах. Соціальна політика в умовах зростання захворювань на коронавірус зазнала трансформації, зосередивши увагу на заходи фізичного дистанціювання, тимчасового припинення освітнього процесу у очному форматі, зусиллях у сфері охорони здоров'я, виділення додаткової допомоги соціально слабким верствам населення.

На цьому шляху країни Євросоюзу зіткнулися з низкою серйозних труднощів, які випливали з невідповідності ключових громадських інститутів до зустрічі з пандемією коронавірусу. Під загрозою опинилося

ключове право людини на медичну допомогу, оскільки система охорони здоров'я країн ЄС не мала достатнього запасу ресурсів, необхідних для надання допомоги всім зараженим COVID-19. Уряди держав ЄС медичні установи, керуючись інструкціями влади, фактично прирекли на смерть багатьох громадян старшого покоління. Не з кращого боку зарекомендувала

себе система недержавних соціальних організацій, здійснювали догляд за людьми похилого віку. Виявилися суттєві проблеми у сфері освіти, породжені нестачею комп'ютерної техніки та відсутністю інтернету у ряду домогосподарств у країн Євросоюзу.

Європейські системи соціального забезпечення швидко та ефективно зреагували на кризу COVID-19, зігравши в у деяких випадках ключову роль на національному рівні і вийшовши за межі своїх звичайних повноважень. Були прийняті найрізноманітніші заходи в галузі політики та розроблені різні програми із забезпечення пропорційної та доступного соціального захисту безробітних, самозайнятих, сімей з дітьми та інших уразливих груп. Ці екстрені заходи найчастіше приймали форму тимчасових грошових допомоги, зокрема виплат на підтримку доходу та надбавок до заробітної плати, а також тимчасових субсидій на меті короткочасної зайнятості та аналогічних заходів, спрямованих збереження робочих місць.

Роботодавцям у європейському регіоні було надано допомога у протистоянні кризі у формі зниження розмірів внесків, тимчасового звільнення від зобов'язань щодо сплати внесків, а також продовження строків сплати внесків на соціальне забезпечення компанії зі страхування від нещасних випадків на виробництві надали роботодавцям докладні посібники з питань громадської охорони здоров'я та оцінки ризиків, щоб вони могли забезпечити безпечнішу та здорове виробниче середовище. В багатьох країнах COVID-19 був визнаний професійним захворюванням медичних працівників; при цьому було знято вимогу надавати додаткові докази причинно-наслідкового зв'язку між інфікуванням та характером роботи, внаслідок чого медпрацівникам стало значно простіше отримувати допомогу.

Організації соціального забезпечення стали широко застосовувати цифрові технології, будь то для найму нового персоналу чи покращення якості обслуговування клієнтів. Деякі країни скористалися цією можливістю для того, щоб створити міжвідомчу мережу для спільного відстеження пандемії COVID-19 та усунення її наслідків у сфері зайнятості та соціального захисту.

Ці нововведення демонструють загальне прагнення до підвищення якості адміністрування соціального забезпечення, гарантуючого, що послуги, посібники та термінові заходи в галузі соціального забезпечення виконують свою функцію та надаються своєчасно.

Заглядаючи у майбутнє, можна сказати, що організації соціального забезпечення та уряди країн будуть аналізувати останні дані та постараться скористатися уроками, викладеними під час пандемії, для покращення якості систем та послуг соціального забезпечення.

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

НУБІП України

1. Пандемія, як надзвичайна ситуація URL:

[https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum) (Дата звернення: 11.11.2022).

НУБІП України

2. Казеллі І. Захист життя та засобів до існування за допомогою

раннього та жорсткого блокування. *IMFWP*, листопад 2020 р. 225с.

3. Система блокування пандемії в історії світу URL:

<https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-08-06/the-ideal-covid-19-response-mix-new-zealand-denmark-and-uganda?ref=Y0jVLeFo> (Дата звернення: 11.11.2022).

НУБІП України

4. Covid-19 пандемія URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-04-01/china-concealed-extent-of-virus-outbreak-u-s-intelligence-says>;

<https://www.nytimes.com/2021/02/12/world/asia/china-world-health-organization-coronavirus.html>). (Дата звернення: 11.11.2022).

НУБІП України

5. Китай запускає свою технологію стеження для боротьби з

коронавірусом URL: <https://www.telegraph.co.uk/technology/2020/02/11/china-unleashes-surveillance-technology-fight-coronavirus/> (Дата звернення:

11.11.2022).

НУБІП України

6. Китай в боротьбі з коронавірусом URL:

<https://www.scmp.com/news/china/politics/article/3050879/no-mahjong-no-card-games-hubei-province-full-lockdown-china> (Дата звернення: 11.11.2022).

НУБІП України

7. Режим найвищого реагування URL:

<https://www.rbc.ru/society/30/01/2020/5e32728b9a7947188f192a74> (Дата звернення: 11.11.2022).

НУБІП України

8. Оперативне тестування коронавірусу в Китаї під час пандемії
 URL: <https://www.rbc.ru/society/20/03/2020/5e735f4a9a7947bdfbce88cf> (Дата звернення: 11.11.2022).

9. Covid-19, як головна проблема сьогодні URL:
<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/01/chinas-coronavirus-health-code-apps-raise-concerns-over-privacy> (Дата звернення: 11.11.2022)

10. Туреччина збільшила кількість випадків коронавірусу до 1,75 мільйона. *Медікал прес.* 2020 URL: <https://medicalxpress.com/news/2020-12-turkey-adjusts-coronavirus-cases-million.html> (Дата звернення: 11.11.2022).

11. Стратегія боротьби з коронавірусом. *Деталі.* 2021 URL:
<https://detaly.co.il/turetskaya-sensatsiya-sutochnoe-chislo-zarazhenij-za-24-chasavyroslo-na-800-tysyach/> (Дата звернення: 11.11.2022).

12. Ковід, як чума XXI століття. 2021. URL:
<https://www.straitstimes.com/world/europe/why-italy-the-factors-behind-a-coronavirus-disaster> (Дата звернення: 11.11.2022).

13. Операція- корона. *Демократія вмирає в темряві.* 2021. URL:
https://www.washingtonpost.com/world/europe/defiant-italy-becomes-the-first-g7-country-to-sign-on-to-chinas-belt-and-road-initiative/2019/03/22/54a732d4-4bdf-11e9-8cfc-2c5d0999c21e_story.html (Дата звернення: 11.11.2022)

14. Іран каже, що санкції США забирають життя. Офіційні особи США не погоджуються. *Середній Схід* 2020 URL:
<https://www.nytimes.com/2020/04/01/world/middleeast/iran-virus-sanctions.html>
 (Дата звернення: 11.11.2022).

15. Коронавірус: Іран зіткнувся з серйозною проблемою контролю 2020 *BBC.* URL: <https://www.bbc.com/news/world-middle-east-51642926> (Дата звернення: 11.11.2022).

16. СТОП хвороба URL: <https://www.forbes.ru/obshchestvo/405807-svyazuyushchie-zvenya-kak-yuzhnoy-koreeudalos-sderzhat-vtoruyu-volnu> (Дата звернення: 11.11.2022).

17. Світова тенденція боротьби з пандемією: деталі та аналіз URL:
<https://rg.ru/2020/03/30/pochemu-iuzhnaia-koreia-sumela-bystro-spravitsia-s-covid-19.html> (Дата звернення: 11.11.2022).

18. Коронавірус: Іспанія розмірковує, чому вона постраждала гірше, ніж інші. *The Irish Times*. 2020. URL:
<https://www.irishtimes.com/news/world/europe/coronavirus-spain-considers-why-it-is-worse-hit-than-others-1.4351789> (Дата звернення: 11.11.2022).

19. 10 країн, найбільш постраждалих від коронавірусу. 2020. URL:
<https://top10a.ru/10-stran-naibolee-postradavshix-ot-koronavirusa.html> (Дата звернення: 11.11.2022).

20. Чому США програють війну з COVID-19. *Time*. 2021. URL:
<https://time.com/5879086/us-covid-19/> (Дата звернення: 11.11.2022).

21. Коронавірус у Бразилії: що вам потрібно знати/2021. URL:
<https://www.nytimes.com/article/brazil-coronavirus-cases.html> (Дата звернення: 11.11.2022).

22. Туреччина втратила контроль над пандемією коронавірусу. *MIDDLE EAST*. 2020. URL: <https://www.dw.com/en/has-turkey-lost-control-of-the-coronavirus-pandemic/a-55952967> (Дата звернення: 11.11.2022).

23. Коронавірус, як головна хвороба URL:
<https://www.france24.com/en/20200403-sweden-rejects-accusations-of-lack-of-coronavirus-action> (Дата звернення: 11.11.2022).

24. Covid-19: досі немає ознак карантину для Швеції. 2022. URL:
<https://www.institutmontaigne.org/en/blog/covid-19-still-no-sign-lockdown-sweden> (Дата звернення: 11.11.2022).

25. Коронавірус: Швеція визначила, що має розумнішу стратегію боротьби з COVID-19. *Скай-ньос*. 2021. URL:
<https://news.sky.com/story/coronavirus-sweden-determined-it-has-smarter-strategy-for-dealing-with-covid-19-11968101> (Дата звернення: 11.11.2022).

26. Стратегія боротьби з коронавірусом в розвинених країнах світу
 URL: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/30/catastrophe-sweden-coronavirus-stoicismlockdown-europe> (Дата звернення: 11.11.2022).

27. Країни світу в війні без зброї URL:
<https://newseu.cgtn.com/news/2021-01-13/Why-Sweden-has-abandoned-its-COVID-19-strategy-WYqAcyb3Vu/index.html> (Дата звернення: 11.11.2022).

28. Пандемія, як рушійна сила країни URL:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350620302304> (Дата звернення: 11.11.2022).

29. Люди в Європі стомилися чекати. Проблеми карантину. URL:
<https://nuz.uz/v-mire/48845-lyudi-v-evrope-ustali-karantina-skolko-dney-vyderzhali-vizolyacii-grazhdane-raznyh-stran.html> (Дата звернення: 11.11.2022).

30. Життя в карантині. *Життя*. 2021. URL: <https://life.ru/p/1325579>
 (Дата звернення: 11.11.2022)

31. Тест на сезонність Covid-19 і ризик другої хвилі. *Національна медицина*. 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7700765/>
 (Дата звернення: 11.11.2022).

32. Коронавірус, які обмеження діють в Британії та Європі. *BBC*. 2021. URL: <https://www.bbc.com/russian/features-55722149> (Дата звернення: 11.11.2022).

33. Щеплення від коронавірусу (COVID-19). *Наш світ у даних*. 2022.
 URL: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (Дата звернення: 11.11.2022).

34. Armocida B., Formenti BUSseS., Palestra F., Missoni E. Італійська система охорони здоров'я та виклик COVID-19. *The Lancet Public Health*. 2020. 25 березня. 333р.

35. Gerke, S., Stern, A.D. & Minssen, T. Germany's digital health reforms in the COVID-19 era: lessons and opportunities for other countries // *Digit. Med*. 2020. № 3. 94р.

36. Twenty steps for developing a Healthy Cities project/ *World Health Organization*. Regional Office for Europe. 1995. 107р.

37. Европейська мережа МОЗ "Здоров'я міста": максимально наблизили міри по боротьбі з пандемією COVID-19 до людей. URL: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/environment-and-health/urbanhealth/who-european-healthy-cities-network/the-who-european-healthy-citiesnetwork-a-response-to-the-covid-19-pandemic-close-to-the-people>

(Дата звернення: 11.11.2022).

38. Мамедов А. К. Реальність майбутнього чи криза соціальної теорії. *Соціологія освіти*. 2011. № 2. 26с.

39. Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: *Changing Perspectives on Preparation and Mitigation*. *NEJM Catalyst* 2020. 102с.

40. Laloux P. Comment fonctionnera l'application belge de traçage corona? *Le Soir*. 23 August 2020. 54p.

41. The Global Economic Outlook During the COVID-19 Pandemic: A Changed World. Washington, D.C.: World Bank; 2020 82p.

42. Международная организация труда. Вестник МОТ: COVID-19 и сфера труда. Третий выпуск. Обновленные оценки и анализ. 29 апреля 2020 г. Женева: Международная организация труда; 2020 г.

43. Contractor S, Kakar IS. Covid-19 and unregulated private hospitals: Lessons for Private Sector Engagement. *International Health Policies*. 18 June 2020 76p.

44. Конвенция о защите прав человека и основных свобод ETS № 005 (Рим, 4 ноября 1950 г.) (с изм. и доп. от 21 сентября 1970 г., 20 декабря 1971 г., 1 января, 6 ноября 1990 г., 11 мая 1994 г., 13 мая 2004 г.). URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/2540800/paragraph/1531:0> (Дата звернення: 11.11.2022).

45. European Court of Human Rights, Guide on Article 15 of the European Convention on Human Rights, updated on 31 December 2019. URL: https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_15_ENG.pdf (Дата звернення: 11.11.2022).

46. ECDC (2020), Rapid risk assessment: Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – sixth update, 12 March 2020, 166p.

47. Germany, Focus (2020), Kontakte, Masken, Kinder: Hier sehen Sie, welche Regeln für Sie ab heute gelten, 25 March 2020, URL: 145p.

48. Алексинська, М. Цифрова робота у Східній Європі: огляд тенденцій, результатів і політичних заходів (робочий документ МОП, № 32). Женева, Міжнародне бюро праці. 2021. 104с.

49. Боріна, Л. та ін. 2011. «Система міграції та робочі місця в догляді: які викликані демографічні зміни танові міграції», у Gerontology та суспільство, Vol. 34, № 139. 72с.

50. Брейер, Ф.; КостаФонт, Дж.; Фелдер, С. 2010. «Старіння, здоров'я та охорона здоров'я», в Oxford Review of Economic Policy, Vol. 26, № 4. 202с.

51. Daugareilh, I. «Вступ: Соціальний захист для цифрових технологій працівники платформи в Європі», у Міжнародному соціальному забезпеченні. Огляд, вип. 74, № 3–4. 2021. 27с.

52. Дюмон, Г.-Ф. «Les retraites en Europe: quelle?», в Les analyses de population et avenir, грудень. 2020. 88с

53. Старший А., Крінг С.А. Політика зайнятості молоді для розвитку праці ринки. Женева, Міжнародне бюро праці. 2021. 225с

54. COVID-19 та соціальна політика щодо громадян старшого покоління: огляд заходів, вжитих закордонними країнами з різним рівнем розвитку URL: [https://www.hse.ru/data/2020/07/12/1595800002/NSP%20HSE_COVID-19%20and%20Elderly%20-](https://www.hse.ru/data/2020/07/12/1595800002/NSP%20HSE_COVID-19%20and%20Elderly%20-%20Internati..ussion%20Paper%205_July%2007%202020_RUS.pdf)

%20Internati..ussion%20Paper%205_July%2007%202020_RUS.pdf (Дата звернення: 12.11.2022).

55. Комісаренко С. В. Світова коронавірусна криза / С. В. Комісаренко. Київ : ЛАТ&К, 2020. 119 с.

56. Грищенко І. Причини та наслідки пандемії COVID-19: уроки для України і світу. 2020. Вип. 2. 99с.

57. Терентієва А. Механізм цивільного захисту ЄС в умовах пандемії COVID-19. –2020. Вип. 2. 117с.

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України