

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ
Кафедра: публічного управління та адміністрування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістр

на тему: «**Пріоритети забезпечення якості життя населення
територіальної громади**»

Виконала: студентка магістратури
спеціальності 281 Публічне
управління та адміністрування
заочної форми навчання
Ткачук Н.Є.

Керівник: доцент кафедри, кандидат
наук з державного управління,
Баюк М.І.

Рецензент:

Хмельницький – 2020 рік

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| ВСТУП | 3 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ..... | 6 |
| 1.1. Сутність і еволюція формування поняття «якість життя» населення | 6 |
| 1.2. Якість життя населення як складова соціально-економічного розвитку | 22 |
| РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ РІВНЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ..... | 29 |
| 2.1. Соціально-економічні, демографічні чинники якості життя | 29 |
| 2.2. Охорона здоров'я – базовий фактор якості життя населення в регіоні .. | 36 |
| РОЗДІЛ 3. ПРІОРИТЕТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ | 46 |
| 3.1. Вдосконалення управління якістю життя на державному та місцевому рівнях..... | 46 |
| ВИСНОВКИ..... | 57 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 60 |
| ДОДАТКИ..... | 68 |

ВСТУП

Сучасний етап розвитку суспільних відносин в Україні визначає нові першочергові орієнтири для держави, визначення та реалізація нових системних реформ у публічному управлінні, надання нового змісту вектору «держава-громадянин». В таких умовах істотно підвищується значення людського капіталу, який складає основу конкурентоспроможності країни, що актуалізує завдання системи державного управління по забезпеченню якості життя населення. Вирішення надважливих питань неможливе без забезпечення мінімально необхідного рівня життєвих стандартів у рамках управління якістю життя населення.

Процеси децентралізації корегують базову основу створення відповідних умов для надання належних адміністративних послуг населенню щодо реалізації їх конституційних праві та свобод. Територіальна громада стає відправним пунктом отримання якісних послуг жителям міст, селищ, сіл, забезпечення відповідної якості їх життя.

Якість життя є однією з найважливіших соціально-економічних категорій.

Питанню удосконалення якості життя населення присвячені дослідження провідних учених, серед яких можна виділити роботи О. Андрющенко [6-8], М. Кизима [26], Е. Лібанової [16], В. Мандибури [33], О. Мельниченка [35], В. Пономаренка [47].

Якість життя населення являє собою постійний процес удосконалення життєвих стандартів, що реалізуються через систему державних та місцевих органів влади.

Виходячи з цього, недостатньо вивченим є питання забезпечення якості життя населення в територіальних громадах, застосування нових технологій, успішних управлінських практик органів місцевого самоврядування.

Це обумовило вибір теми, мети і завдань магістерського дослідження.

Мета і завдання дослідження. Мета магістерського дослідження полягає в обґрунтуванні теоретичних положень, аналізі та виробленні базових пріоритетів забезпечення якості життя населення на рівні держави, територіальної громади.

Досягнення визначеної мети передбачає вирішення в ході дослідження таких завдань:

- провести аналіз поняття «якість життя», виявити його сутність і характеристики;
- охарактеризувати, визначити роль, місце якості населення у процесах соціально-економічного розвитку;
- проаналізувати демографічні, економічні чинники впливу на рівень життя громадян держави, жителів територіальних громад;
- дослідити стан та вплив функціонування системи охорони здоров'я на якість життя жителів окремого регіону;
- визначити базові напрями удосконалення механізму управління якістю життя на рівні територіальної громади;
- розробити науково-методичні рекомендації щодо оцінки, постійного моніторингу якості життя населення на місцевому рівні.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, відносини держави і громадян, що встановлюються під час забезпечення якістю життя населення.

Предмет дослідження – структура, компоненти якості життя населення на державному та місцевому рівнях.

Методи дослідження. У магістерській роботі використані загальнонаукові і спеціальні методи. Метод теоретичного узагальнення – проведено аналіз теоретичних підходів до розуміння, трактування понять «якість життя», «рівень життя», «оцінка якості життя»; систематичний підхід – з метою визначення пріоритетів забезпечення якості життя населення; метод аналізу – при аналізі та характеристиці базових компонентів якості життя; експертний метод – на етапі визначення методичних рекомендацій щодо

здійснення постійного моніторингу та оцінки якості життя населення на державному та місцевому рівнях.

Інформаційною базою дослідження є вітчизняні наукові публікації; дані міжнародної, національної, регіональної статистики; чинне законодавство України; результати досліджень проведених науковими організаціями України.

Структура та зміст магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Повний обсяг магістерської роботи становить 71 сторінка, з яких 57 сторінок основного тексту. Робота містить 2 рисунки та 5 додатків. Список використаних джерел налічує 78 найменувань.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ

1.1. Сутність і еволюція формування поняття «якість життя» населення

На всіх етапах дослідження якісної цілісності життя суспільства поняття «якість життя» підмінялося іншими категоріями – «спосіб життя», «рівень життя», «стиль життя». Натепер тільки таких характеристик життя суспільства вже недостатньо. Виникає потреба в усвідомленні якісної цілісності життя суспільства, в оцінці того, наскільки її стан відповідає якісним критеріям. Для сучасної людини істотне значення має не тільки певний рівень добробуту, а й якісний стан природного середовища проживання, стан здоров'я, наявність вільного часу, духовно орієнтоване життя. Якість життя людства, як і окремої людини, має місце в тому випадку, коли складові життя і їх взаємозв'язки досягають певного рівня.

Категорії «спосіб життя», «рівень життя», «стиль життя» узагальнюють ті чи інші якісні й кількісні сторони життя людей. Інтегральне, цілісне вираження якісних сторін життя концентруються в категорії «якість життя». В зв'язку з цим очевидно, що якість життя має складну структуру, розглядати її слід з точки зору системного підходу, у взаємозв'язку всіх її складових.

До аналогічного висновку про необхідність оцінювати якість життя з трьох різних точок зору можна прийти, якщо застосувати до «життя» визначення «якості», встановлене стандартом. У цьому випадку якість життя – ступінь, з якою сукупність власних характеристик відповідає вимогам. При цьому слід мати на увазі як потреби людини, так і потреби суспільства, яке складається з людей – попередників, сучасників і нащадків даної людини. У всіх, зазвичай, вимоги до життя різні. І з третього боку – потреби природи, частиною якої є дане життя, і закони якої неминуче на це життя поширюється.

Термін «якість життя» з'явився в середині 1950-х років, коли стало зрозуміло, що категорія «рівень життя» не відображає всебічно добробут населення. Стійкий економічний розвиток зростання матеріального добробуту населення викликав одночасно ряд нових небажаних явищ, таких як погіршення екологічної обстановки та посилення соціальної напруженості. Склалася стійка думка, що економічне зростання не може служити єдиним мірилом прогресу і добробуту, необхідно також забезпечити створення гарного соціального та екологічного середовища.

Багато уваги приділено визначенню Економічної теорії щастя (economics of happiness) - один з нових напрямків сучасних досліджень, який базується на концепції обмеженої раціональності, запропонованої нобелівським лауреатом Г. Саймоном. У центрі уваги – суб'єктивні уявлення особистості про задоволеність своїм життям як економічний феномен. Крім того, ця теорія розглядає, які економічні чинники і якою мірою визначають людське щастя, як щастя людини залежить від рівня економічного розвитку країни, які економічні параметри відображають «рівень щастя» суспільства в цілому, як відчуття людиною власного щастя впливає на результативність його економічної діяльності, як міра відповідальності за щастя самої особистості і держави [74, с.52-53].

Економічна теорія щастя використовує ординалітський (порядковий) підхід, який базується на «моделі упорядкування суб'єктивних оцінок», розробленої у 1975 році Р. Маккелві і У. Завоїна. Відповідно до моделі, індивіди повинні вказати на шкалі порядковий номер свого рівня щастя. Об'єктивність досліджень на базі такої моделі залежить від виконання передумови про те, що всі індивіди мають схожі уявлення, по-перше, про саме щастя, по-друге, про спосіб приписувати суб'єктивними оцінками власного емоційного стану відповідний порядковий номер. Незважаючи на всі обмеження даного методу, на базі «моделі упорядкування суб'єктивних оцінок» були отримані цікаві результати, які надають уявлення про статистичний розподіл щасливих людей в тій чи іншій країні, а також про те,

від яких чинників, в тому числі економічних, залежить емоційне благополуччя [74, 97-98].

У 2005 році американські психологи С. Любомирські, Е. Дінер і Л. Кінг опублікували результати свого дослідження: щасливі люди досягають більшого успіху у житті, ніж нещасливі. Цей висновок має безпосереднє відношення до економічної і професійної діяльності особистості. Щаслива людина отримує більш істотну вигоду від своєї роботи по ряду причин. Вона схильна до творчих ідей, менше втомлюється, а її ентузіазм приносить більший дохід, від величини якого залежить і її щастя. Таким чином, підкреслює Пудхаві: «Щастя – це не просто результат успіху, очевидний також чіткий зворотний взаємозв'язок, який полягає в тому, що більший успіх у житті – результат щастя». Отже чим більше в кожній країні щасливих людей, тим вище їх сукупна економічна результативність і тим багатше суспільство. Крім того, щастю притаманний позитивний зовнішній ефект: щаслива людина підвищує емоційну задоволеність інших людей, не зважаючи на власний рівень щастя [40, с.22-34].

В деяких країнах забезпечення задоволеності життям є завданням державного управління. Держава регулює не тільки об'єктивну складову якості життя, нормуючи і забезпечуючи життєві стандарти заданого рівня, а й формує набір стимулів для забезпечення суб'єктивної задоволеності.

Так, спробу реалізувати цю роль частково являє собою «концепція національного щастя» буддиського королівства Бутан. Вона націлена на підтримку сталого соціально-економічного розвитку, збереження культурних цінностей, турботу про навколишнє середовище. Практична реалізація цієї концепції передбачає, зокрема, заборону ряду телевізійних каналів (трансляють бойові поєдинки або музичні кліпи), реклами (формує завищені споживчі очікування) і пластикові одноразові стаканчики (збільшують сміття).

Концепція поведінкової економічної теорії «Лібертаріанського патерналізму» є альтернативним підходом до впливу на суб'єктивну задоволеність, позбавленим прямого диктату і заборонних заходів, яка стала

особливо популярною на Заході на початку ХХІ ст. Відповідно до цього підходу, держава повинна впливати на переваги людей і їх поведінкові стереотипи, не знижуючи при цьому рівень економічної свободи. Оскільки люди не завжди приймають коректні рішення, сама можливість вибору – економічна свобода – призводить до зростання емоційної задоволеності жителів західних країн. У лютому 2010 р. в своїй передвиборчій промові прем'єр-міністр Великобританії Д. Камерон заявив, що в разі обрання на пост він зробить «Лібертаріанський патерналізм» одним із пріоритетів своєї політики, націлений на щастя людей.

Впродовж розвитку людства історія багато разів змінювала підходи, структуру, складові поняття «рівень щастя». Така тенденція свідчить про те, що існуючі поняття цих категорій мають інтегральне, комплексне походження, яке змінюється під впливом розвитку суспільства та часу. В їх основу включають життєві стандарти, відношення особистості до своєї поведінки в конкретних ситуація, до навколишнього середовища, до певних явищ життя. До життєвих стандартів відносять умови життя, середовище життя, рівень реалізації інтересів та потреб, здійснення життєвих планів, своєї мети і т. ін. Незважаючи на складові понять, вони повинні бути відповідними до мінімальних соціальних стандартів соціальної системи [32, с.143-147].

Якість життя може бути представлена як комплексне поняття, що об'єднує життєві стандарти, метою яких є задоволення потреб особистості і забезпечення її продуктивної життєдіяльності в заданих умовах, і суб'єктивне благополуччя (задоволеність), що відбиває ставлення особистості до життя і до майбутнього.

Якість життя є складовою формування людського капіталу як одного з домінуючих чинників забезпечення конкурентоспроможності і тому його удосконалення є однією із стратегічних цілей системи державного управління.

Еволюція ролі держави в процесі управління якістю життя населення визначається взаємоузгодженим розвитком держави і суспільства. Дослідники

виділяють декілька якісно відмінних форм держави: не правова – правова – соціальна.

Ідея правової держави виникла давно, проте концепція склалася тільки в період становлення буржуазного суспільства, коли посилилася всебічна критика феодального свавілля і беззаконня, рішуче засуджувалася безвідповідальність органів влади перед суспільством. Ідеї Дж. Локка, Ш. Монтеск'є та інших мислителів знайшли втілення в конституційному законодавстві США і Франції в кінці XVIII ст. Сам термін «правова держава» затвердився у німецькій літературі в першій третині XIX ст. [32, с.198-199].

Зокрема, згідно з Конституцією [29], Україна – суверенна і незалежна демократична, соціальна, правова держава; людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. У цьому визначенні наявність паралельного використання термінів «правова» і «соціальна» держава. Це дає підстави стверджувати, що соціальна держава характеризує додатковий аспект системи цінностей; в той же час не можна заперечувати, що соціальна держава є якісною стадією розвитку правової.

Поняття «правова держава» і «соціальна держава» найчастіше використовуються для позначення бажаної перспективи розвитку того, до чого прагне людство, що становить ідеал побудови соціальних відносин. «Правова держава» втілює в собі ідеї панування права, рівноправності, справедливості, відсутність поза правового насильства в суспільстві, в першу чергу, з боку держави. Формування цих ідей і практика їх реалізації має тривалу і досить складну історію. Одним з головних ознак є відсутність в суспільстві владних структур, що стоять поза і над органами державної влади. Всі державно-владні повноваження повинні належати і здійснюватися тільки державними органами. Крім того, організація, порядок формування і повноваження всіх державних органів повинні бути врегульовані Конституцією і законодавством [40, с.92].

У свою чергу, слово «соціальний» на багатьох мовах означає громадський, загальний, публічний, тобто, що відноситься до життя людей в суспільстві. Природа соціальної держави тісно пов'язана з розвитком прав людини, демократії, громадського суспільства і правової держави. Процес становлення такої держави пов'язаний не тільки з політикою і економікою, але також і з моральною свідомістю суспільства, рівнем його культури. Будь-яка держава, будучи продуктом суспільного розвитку, в широкому значенні цього слова є соціальною. Але про соціальну державу як особливому її типу можна говорити тоді, коли соціально орієнтована політика держави фактично стає основним напрямком її діяльності і має поширення на широке коло об'єктів; в структурі економіки і враховується соціальна орієнтація держави. Ідея соціальної держави пов'язана з тим, що держава перестає використовуватися як знаряддя придушення і класового панування, втрачає повністю свій експлуататорський характер.

Якість життя як мета системи державного управління є похідною від якісного стану держави як інституту, зміна яких задана еволюційно.

Так, не правова держава, цілі якої не включають дотримання прав і свобод громадян, проте, зобов'язана піклуватися про безпеку їх життєдіяльності. Комплекс показників безпеки життєдіяльності і заповнює управлінський блок «моніторингу – аналізу – управління», функції якого включають забезпечення якості життя населення. У правовій державі поняття якості життя включає, крім безпеки життєдіяльності, забезпечення необхідних свобод – економічних, соціальних, політичних, які дозволяють членам суспільства забезпечити не тільки бажаний рівень життя, але її якість.

Соціальна держава включає в комплекс параметрів якості життя широкий спектр соціальних гарантій, формує цінності і створює умови для підвищення якості життя громадян. При цьому важливо відзначити, що соціальна держава можлива при наявності розвинутого громадського суспільства, де відповідальність за ряд складових якості життя належить кожній особистості і соціальним групам [33, с.31-32].

Соціальна держава як найбільш розвинена форма на даному етапі розвитку цивілізації проводить соціальну політику, спрямовану на вдосконалення якості життя населення. Такому типу держави притаманні спеціальні функції, оскільки тільки соціальна держава є «державою для людини» і реально забезпечує матеріальними ресурсами право громадянина на життя. Відповідно, соціальна держава реалізує такі функції:

1) захисна функція полягає у створенні механізму гарантування соціально-економічної безпеки людини через усунення й попередження ризиків та їх наслідків, у забезпеченні системи захисту від наявних та можливих порушень прав і свобод особистості, а також – у реалізації державних соціальних гарантій, стандартів і нормативів;

2) стимулююча функція полягає у створенні системи заохочень до соціально-економічної активності, ініціативи та ефективного використання підприємницького потенціалу. Важливим стимулом виступає дотримання високих стандартів життя і умов людського розвитку;

3) інтегративна функція – це забезпечення суспільної злагоди, запобігання маргіналізації та поляризації суспільства, його фрагментації на соціально ізольовані верстви та групи;

4) інвестиційна функція полягає в розвитку соціальної інфраструктури, забезпеченні доступності охорони здоров'я, освіти, духовно-культурних здобутків. Саме ці напрямки соціальної політики є необхідними інвестиціями в майбутній добробут держави;

5) функція соціального контролю полягає в наявності механізму, за допомогою якого суспільство і його елементи забезпечують дотримання певних правил (звичаїв, правових і моральних норм, законів, адміністративних рішень), порушення яких завдає шкоди функціонуванню всієї соціальної системи. Соціальний контроль виступає як органічний елемент системи управління соціальним процесом, як механізм зворотного зв'язку між громадянами та державою [33, с.48-53].

Соціальна політика є ключовим чинником у діяльності соціальної держави, адже «джерела соціальної держави сягають у соціальну політику». Сучасні моделі соціальної політики відрізняються за ступенем втручання держави в соціально-економічну сферу суспільства, за ступенем соціальної захищеності громадян, за рівнем забезпеченості свободи соціального вибору у різних верств населення, за впливом соціальних процесів на економічний розвиток країни.

Зазначені моделі характерні більшою мірою для індустріальних суспільств, в яких соціальна складова розглядається як «центр витрат», повністю залежить від ефективності функціонування «центру прибутку» – економіки даного суспільства. При цьому підході ідеальною моделлю є модель держави добробуту, де потреби відтворення економічних і соціальних процесів задовільнені та збалансовані. В цілому ж, вибір тієї чи іншої моделі соціальної політики визначається рівнем розвитку економічної, політичної і соціальної складових суспільства.

Так, країни СНД, будучи в складі СРСР, переслідували патерналістську модель соціальної політики, яка характеризується всебічною відповідністю держави за соціально-економічний стан своїх громадян, державною монополією в області виробництва і розподілу всіх товарів і послуг, необхідних населенню, почуттям соціальної захищеності, соціальної стабільності, лояльністю громадян по відношенню до держави. В умовах даної моделі дуже висока залежність індивіда від держави, формується ідеологія утриманства, втрачається ініціатива і в кінцевому рахунку обмежується соціальна свобода.

Різкий перехід соціальної моделі країн СНД і України зокрема, від патерналістської моделі до ринкової, є радикальним і болісно сприймається населенням. Як основний принцип даної моделі діє пріоритет ринкових методів регулювання соціальної сфери. Характеризується модель роздержавлення соціальної сфери, зведенням до мінімуму державних субсидій і дотацій і розширенням ринкових інструментів функціонування [2, с.109].

Крім національних особливостей державного і соціального устрою необхідно виділити загальноцивілізаційні цілі і стандарти, що відзначають пріоритет сталого розвитку як стратегічний орієнтир для національних систем державного управління.

Сталий розвиток (анг. Sustainable development) – гармонійний (правильний, рівномірний, збалансований) розвиток – це процес змін, в якому експлуатація природних ресурсів, напрямок інвестицій, орієнтація науково-технічного розвитку, розвиток особистості та інституційні зміни узгоджені між собою і зміцнюють нинішній і майбутній потенціал для задоволення людських потреб і прагнень. Багато в чому мова йде про забезпечення якості життя людей [17].

Світовими аналітичними центрами визнано, що світ буде мати 13 супер-вікових суспільств до 2020 року, у порівнянні з тільки трьома у 2015 році. Старіння населення гальмує глобальне економічне зростання. Більшість країн, що мають намір приєднатися до клубу «супер-вікових» у 2020 році в Європі включають Нідерланди, Францію, Швецію, Португалію, Словенію і Хорватію. Вже до 2030 року до них приєднаються Гонконг, Корея, США, Великобританія і Нова Зеландія. Варто відзначити, що на 1 січня 2016 р. в Україні частка населення у 60 років та старше складала 22,1%. (Для порівняння – у 2009 році питома вага населення 60 років і більше в середньому по світу складала 10,8%. Вона була найменшою у Катару й ОАЕ (1,9 %), а найбільшою – у Японії <29,7%) [74, с.51-53].

Відповідно до класифікації ООН, молодою державою вважається та, де частка людей похилого віку (старше 65 років) складає 4%, а старою - та, де вона складає 7%. В Україні цей показник дорівнює 15,9% (на 1 січня 2016 р.). Тому всі проблеми суспільств, що старіють, відчуває на собі й український з корекцією на наявні технологічні можливості їх вирішення, що законсервовані на рівні третього-четвертого технологічних укладів як домінуючих в національній економічній системі.

Головною відповіддю на протипагу процесу старіння є розвиток

роботехніки, медицини нового покоління та пошук оптимальних соціальних форм існування людей похилого віку, їх оптимальної інтеграції в суспільні відносини. Так, уряд Великобританії визнав важливість роботів у старіючому суспільстві у своїй доповіді RAS 2020: робототехніка й автономні системи: «У майбутньому, ми будемо все більше використовувати роботів і автономні системи в майже кожному аспекті нашого життя. Вони будуть частиною нашої відповіді на національні проблеми: старіння населення, безпечний транспорт, ефективність охорони здоров'я, продуктивне виробництво і безпека енергії». Як видно з цього переліку сфер застосування робототехніки, всі вони є чинниками прямого впливу на показники якості життя населення [24, с.48-50].

Узагальнюючи виклики, які стоять перед суспільствами, що старіють, в період розвитку п'ятого та шостого технологічних укладів, слід зазначити, що якість життя населення цих суспільств буде залежати від розвитку технологій її підтримки у віці старіше 60 років та рівня їх доступності.

Таким чином, зміна технологічних укладів визначає як актуальний комплекс параметрів державного управління якістю життя населення, так і технологічні можливості для його реалізації. З кожною новою хвилиною розширюється спектр регульованих параметрів якості життя населення і збільшуються можливості для ефективного функціонування державного механізму управління якістю життя населення на основі підвищення продуктивності аналітико-прогнозного компонента і системи моніторингу в режимі реального часу, що істотно скорочує час реакції і дозволяє формувати попереджувальні комплекси управлінських впливів.

Особливості культури і цінностей членів суспільства задають параметри управління якістю життя населення і у значному ступені визначають суб'єктивний компонент цього процесу. Культурній особливості суспільного розвитку констатують пріоритети економічного, соціального, екологічного стану, що мають пріоритетне значення для членів суспільства, тому рівень цих параметрів впливає на оцінку суб'єктивного благополуччя.

Аналіз якості життя населення завдання, що реалізується в процесі моніторингу стану соціально-економічної системи різного рівня організації. Для українського суспільства в цілому актуальність даного завдання полягає в необхідності формування ефективних управлінських рішень в період реформування економіки країни. Зазвичай, процес реформування пов'язаний з порушенням можливостей задоволення потреб громадян, що неминуче веде до зниження якості життя. У зв'язку з цим, аналіз якості життя населення дозволить вибрати ті точки докладання зусиль з реформування, які будуть найменш чутливими та хворобливими для українських громадян.

Якість життя інтегральна категорія, що відображає єдність суб'єктивної та об'єктивної оцінок різних рівнів життєдіяльності населення в конкретному культурно-історичному контексті. Тому якість життя прийнято оцінювати як за об'єктивними критеріями, що визначають ступінь задоволеності потреб громадян, так і за суб'єктивною оцінкою рівня їх задоволення.

Для реалізації аналізу якості життя пропонується набір показників, що дозволить оцінити як його об'єктивний, так і суб'єктивний компонент.

Об'єктивний компонент якості життя. Якість життя населення в частині об'єктивного компоненту можливо оцінити на основі аналізу показників економічної та соціальної статистики, а також – з врахуванням комплексних речових міжнародних оцінок.

Показовою є структура споживаних продуктів харчування. Впродовж останніх років істотно знизилася споживання картоплі, хліба і хлібопродуктів, молока і молочних продуктів. При цьому не змінилися домінанти структури споживання, до яких відноситься молоко і молочні продукти, овочі та баштанні культури, хліб і хлібопродукти. Низьким залишається рівень споживання риби і морепродуктів. У перерахунку на первинний продукт в середньому за місяць на 1 людину українці стали споживати на 8,5 кг продуктів менше, ніж в 2005 році [16, с.9].

Подібна структура споживання негативно відбивається на здоров'ї населення і тривалості життя. За структурою захворюваності Україну можна

віднести до країн з низьким рівнем доходу. Так, за даними МОЗ, в економічно розвинених країнах вище частка захворюваності від зовнішніх і випадкових причин й істотно нижче від інфекційних захворювань.

Для бідних країн характерний високий рівень інфекційних захворювань. В Україні найбільшу питому вагу мають хвороби органів дихання (56%), що визначається як негативною екологічною обстановкою, так і наявністю ряду виробництв, для яких захворюваність органів дихання є професійною - у вугільній, хімічній, металургійній галузях. Високий рівень захворювань органів дихання свідчить також про низький імунітет населення, що, в свою чергу, обумовлені недостатньо якісним харчуванням, забрудненням навколишнього середовища і способом життя.

Визначають первинні потреби населення країни в якості домінуючих, що додатково підтверджується рівнем забезпечення товарами тривалого користування українських домогосподарств. Так, якщо забезпеченість телефонами, телевізорами й холодильниками є достатнім, то при сучасному рівні розвитку не можна вважати прийнятним низьку забезпеченість домогосподарств кондиціонерами - 10 штук на 100 домогосподарств. Чи не повністю забезпечені українські домогосподарства пральними машинами та електропилососами.

Індекс людського розвитку – це сукупний показник рівня розвитку людини в тій чи іншій країні, тому іноді його використовують як синонім таких понять як «якість життя» або «рівень життя» [17]. ІЛР вимірює досягнення країни з точки зору стану здоров'я, отримання освіти і фактичного доходу її громадян, за трьома основними напрямками, для яких оцінюються свої індекси:

1. Індекс очікуваної тривалості життя: здоров'я та довголіття, вимірювані показником середньої очікуваної тривалості життя при народженні.

2. Індекс освіти: доступ до освіти, вимірюваний середньою очікуваною тривалістю навчання дітей шкільного віку і середньою тривалістю навчання

дорослого населення.

3. Індекс валового національного доходу: гідний рівень життя, вимірюваний величиною валового національного доходу (ВНД) на душу населення в доларах США за паритетом купівельної спроможності (ПКС).

Ці три виміри стандартизуються у вигляді числових значень від 0 до 1, середнє геометричне яких є сукупний показник ІЛР в діапазоні від 0 до 1. Потім держави ранжуються на основі цього показника.

В Україні динаміка індексу людського розвитку проходить з поступовим підйомом. За період з 1990 по 2014 р. значення ІЛР України зросло з 0,70 до 0,747, або в середньому приблизно на 0,1% за рік. Сьогодні країна визначена в групу з високим рівнем індексу людського розвитку. Значення ІЛР України вище середньосвітового, однак, нижче, ніж в країнах Європи і Центральної Азії, що визначається низьким рівнем ВВП на душу населення і низькою тривалістю життя населення.

Якщо розглянути складові індексу людського розвитку, то стане зрозуміло, що високі значення даного показника для України обумовлені відносно високим рівнем освіти населення. При цьому низьким є показник рівня доходу. Показник же тривалості життя займає середнє положення з трьох вимірюваних величин. Даний факт визначає низький рівень доходів населення з базовий фактор, що визначає низький рівень якості життя населення.

Важливе значення має суб'єктивна задоволеність життям, а також її адекватність об'єктивному стану справ - показникам економічного та соціального розвитку країни, стану навколишнього середовища. Суб'єктивне благополуччя досліджується сьогодні на основі вимірювання індексу щастя.

Всесвітній індекс щастя (The Happy Planet Index) - це комбінований показник, який вимірює досягнення країн світу і окремих регіонів з точки зору їх здатності забезпечити своїм жителям щасливе життя. Розрахований за методикою Британського дослідницького центру та Нового економічного фонду спільно з екологічною організацією Друзі Землі, гуманітарною

організацією Всесвітній рух розвитку, і групою незалежних міжнародних експертів, які використовують у своїй роботі, поряд з аналітичними розробками, статистичні дані національних інститутів і міжнародних організацій.

Для порівняння рівня життя в різних країнах використовується значення ВВП на душу населення або ІРЛП, але ці індекси не завжди можуть відобразити реальний стан речей. Зокрема порівняння значення ВВП вважається недоречним, оскільки кінцева мета більшості людей не бути багатими, а бути щасливими і здоровими. МІС ґрунтується на загальних утилітарних принципах, що більшість людей хочуть прожити довге і повноцінне життя, а країни прагнуть зробити все можливе для досягнення максимального добробуту своїх громадян, розумно використовуючи наявні ресурси, не завдаючи шкоди навколишньому середовищу.

Феномен щастя неможливо звести лише до задоволення потреб. У 2006 р. Генеральною Асамблеєю ООН було запропоновано оцінювати рівень щастя населення за допомогою розрахунку «Індексу щастя на планеті» [75, с.111] («The Happy Planet Index»). Цей індекс заснований на трьох базових показниках:

- суб'єктивне благополуччя (використовуються результати всесвітнього опитування Gallup, питання «Сходи життя». При опитуванні респондентам задається питання: «Уявіть собі сходи, де 0 означає гірше з можливих життів, а 10 означає краще з можливих життів. На якій сходинці між 0 та 10 ви зараз перебуваєте »);

- очікувана тривалість життя;
- екологічне навантаження / екологічний слід (вимірюється в гектарах землі (в розрахунку на жителя країни), необхідна для стійкої підтримки рівня споживання в країні. Включає в себе землі, необхідні для виробництва поновлювальних ресурсів, земля, зайнята інфраструктура, і земля, необхідна для абсорбції викидів CO₂ [75, с.128-129].

Система вимірювання індексу щастя є відкритою на сучасному етапі

розвитку і постійно доповнюється новими показниками, які на думку експертів варто врахувати в процесі функціонування стратегічного компоненту системи державного управління якістю життя населення. Зокрема, у 2016 році показники індексу були доповнені індикатором нерівності. Таким чином, в процесі формування індексу, що вимірює рівень щастя, один з показників відображує задоволеність життям та визначається в результаті опитування, а інші показники мають об'єктивну основу, але значним чином пливають на суб'єктивне відчуття щастя.

Отже, відчуття щастя залежить від багатьох чинників, у тому числі соціально-демографічні показники, якість життя, соціальне середовище і т. ін.

Результати опитування КМІС українських громадян свідчать, що: молоді люди в Україні в цілому більш щасливі, ніж старше покоління, але з підвищенням віку рівень щастя падає. Зв'язок з віком в значній мірі обумовлений станом здоров'я – літні люди частіше хворіють, а, як підтверджують дослідження, стан здоров'я має істотний вплив на суб'єктивне відчуття благополуччя. При цьому рівень матеріального та соціального забезпечення літніх людей в Україні залишає бажати кращого.

При цьому крива щастя для населення економічно розвинених країн має U-подібну форму. У період активної трудової діяльності люди в найменшій мірі задоволені життям: заради заробітку і кар'єри доводиться жертвувати задоволеннями. На цей же період (44-46 років), як показують дані, у Великобританії, припадає пік депресій. Зростання рівня щастя людей старше 60 років (навіть на тлі можливого погіршення здоров'я) означає, що пенсійна система, охорона здоров'я, організація проведення вільного часу і т. ін. роблять комфортним і гідним життя літніх громадян економічно розвинених країн.

Аналіз якості життя населення може бути завершеним без урахування задоволеності потреби громадян в безпеці. Так, абсолютна більшість українців (72%) занепокоєна військовими діями на Донбасі. Про це свідчать результати соціологічного дослідження, проведеного Київським міжнародним інститутом

соціології (КМІС). Також серед проблем, які найбільше турбують українців - рівень життя (61%), економічна ситуація (46%) і безпека України (15%). Згідно з опитуванням, найменше українців турбує статус російської мови в Україні (1%), причому це стосується всіх регіонів України. Військові дії на Донбасі найбільше турбують жителів західного і центрального регіонів (однаково – 78%), дещо менше турбує жителів південного і східного (по 64%) [60, с.109-111].

Питання безпеки тісно пов'язані з рівнем довіри в рамках соціальної системи. За даними динаміки індексу довіри населення, основними джерелами соціального капіталу українського соціуму є сім'я, трудові колективи, сусіди і співвітчизники. Низьким є рівень довіри громадян державним інститутам і ЗМІ.

Вже біля двох років українська економіка розвивається в умовах кризи і тривалої зовнішньої агресії. У 2015 році на її динаміку потужно тиснули негативні наслідки відчуження української території, експропріація економічної власності, руйнування інфраструктури, зупинки виробництв, скорочення зайнятості і вимушена міграція. При цьому зберігався високий рівень відкритості національної економіки (зовнішньоторговельний оборот товарів і послуг в 2015 році. досяг рівня ВВП), що посилює її чутливість до охолодження зовнішнього попиту і погіршення кон'юнктури світових товарних ринків. Ситуацію також ускладнив новий виток економічної агресії РФ проти українського транзиту і торгівлі.

Як наслідок, в умовах безальтернативного нарощування витрат на сектор безпеки та активізації деструктивних чинників гібридної агресії економічне зростання забезпечити не вдалося. Проте, і темпи економічних реформ не можна вважати задовільними. При існуючій галузевій структурі економіки України в період економічної стагнації сировинних глобальних ринків складно очікувати відновлення економічного зростання.

Накопичення технологічної відсталості та застарілість виробничих потужностей стався майже у всіх галузях промисловості, за винятком

декількох низькотехнологічних виробництв (виноградних вин, тютюнових виробів, ткацького, лісопильного і стругального виробництва) і окремих галузей машинобудування (радіологічного, електромедичного устаткування, виробництва вузлів, деталей і машин для сільськогосподарської техніки та автотранспортних засобів).

1.2. Якість життя населення як складова соціально-економічного розвитку

В процесі розвитку державного устрою все частіше почали вживати поняття «концепція сталого розвитку», яке з'явилося в результаті об'єднання трьох основних точок зору: економічної, соціальної та екологічної.

Економічна складова. Економічний підхід до концепції стійкості розвитку заснований на теорії максимального потоку сукупного доходу Хікса-Ліддаль, який може бути проведений за умови, принаймні, збереження сукупного капіталу, за допомогою якого і проводиться цей дохід. Ця концепція має на увазі оптимальне використання обмежених ресурсів і використання екологічних – природно-, енерго-, і матеріально-зберігаючих технологій, включаючи видобуток і переробку сировини, створення екологічно прийнятної продукції, мінімізацію, переробку та знищення відходів. Однак, при вирішенні питань про те, який капітал повинен зберігатися (наприклад, фізичний або природний, або людський капітал) і в якій мірі різні види капіталу взаємозамінні, а також при вартісній оцінці цих активів, особливо екологічних ресурсів, виникають проблеми правильної інтерпретації і рахунки. З'явилися два види стійкості – слабка, коли мова йде про не зменшуваний в часі природний та проведений капітал, і сильна – коли повинен не зменшуватися природний капітал (причому частина прибутку від продажу невідновних ресурсів повинна спрямуватися на збільшення цінності відновлювального природного капіталу) [62, с.64].

Соціальна складова. Соціальна складова стійкості розвитку орієнтована на людину і спрямована на збереження стабільності соціальних і культурних систем, в тому числі, на скорочення числа руйнівних конфліктів між людьми. Важливим аспектом цього підходу є справедливий розподіл благ. Бажане також збереження культурного капіталу і різноманіття в глобальних масштабах, а також більш повне використання практики сталого розвитку, наявної у не домінуючих культурах. Для досягнення стійкості розвитку, сучасному суспільству доведеться створити більш ефективну систему ухвалення рішень, що враховує історичний досвід і заохочує плюралізм. Важливе досягнення не тільки внутрішньої, але й між поколінної справедливості. У рамках концепції людського розвитку людина є не об'єктом, а суб'єктом розвитку. Спираючись на розширення варіантів вибору людини як головну цінність, концепція сталого розвитку має на увазі, що людина повинна брати участь в процесах, які формують сферу його життєдіяльності, сприяти прийняттю і реалізації рішень, контролювати їх виконання.

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

Критерії сталого розвитку становлять основу формування життєвих стандартів як об'єктивного компонента якості життя населення. Зокрема, процес економічного зростання створює передумови для підвищення рівня

життя населення. За умови наявності справедливої системи перерозподілу матеріальних благ, економічний компонент у забезпеченні сталого розвитку потенційно формує економічну основу для забезпечення життєвих стандартів на сучасному загально цивілізаційному рівні [55, с.106].

Коли результати економічного зростання трансформуються у цілі соціального розвитку, створюються передумови для забезпечення якості життя населення. В цьому випадку, в умовах сприятливого зовнішнього середовища, поряд необхідним рівнем доходів, здійснюється розбудова необхідної соціальної інфраструктури. Зміцнення акценту з людини як робочої сили до людини як члена соціально-розвиненого суспільства дозволяє перейти від управління рівнем життя до управління його якісними показниками.

Головним змістом змін, які необхідно здійснити людству у ході докорінної перебудови своїх відносин з природою, змінюючи принципи використання природних ресурсів, їх розподілу в процесі виробництва та перерозподілу в процесі кінцевого споживання, виробляючи нові моральні засади, що визначатимуть та обмежуватимуть розміри загального й індивідуального споживання ресурсів і благ природи, є перехід до прогнозування на довготривалій період наслідків свого втручання в природу, коригування на основі цього всіх економічних та соціальних планів та параметрів свого розвитку з метою запобігання й упередження негативних наслідків для довкілля, що могли б виникнути чи проявитися в коротко- чи довготривалій перспективі.

Тому забезпечення високих життєвих стандартів як об'єктивного компонента механізму управління якістю життя населення може бути оптимально реалізовано в рамках системи сталого розвитку як наддержавної системи формування цілей та обмежень щодо їх постановки та досягнення в життєдіяльності сучасного суспільства.

Таким чином, державний механізм управління сталим розвитком не є тотожним та не поглинає державний механізм управління якістю життя

населення, що обумовлено наявністю в об'єкті управління останнього суб'єктивного компоненту. Управління якістю життя населення потребує гармонізації об'єктивного та суб'єктивного компонентів, що є однією з основних цілей відповідного державного механізму. Отже, досягнення високих показників сталого розвитку створює передумови для забезпечення життєвих стандартів як об'єктивного компоненту якості життя населення. З іншого боку, управління об'єктивним компонентом якості життя, що формує комплекс завдань відповідного механізму державного управління, з необхідністю враховує обмеження, обумовлені низкою чинників стійкого розвитку, спрямованих на забезпечення коеволюції природи та суспільства.

В структурі державного управління якістю життя населення виділяють ряд функцій. Концептуальні положення, що визначають пріоритет якості життя населення як одного із значущих орієнтирів державного розвитку, відображені в Конституції України, де можна виділити наступні базові моменти:

- людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю;
- забезпечення екологічної безпеки і підтримки екологічної рівноваги на території України, подолання наслідків Чорнобильської катастрофи - катастрофи планетарного масштабу, збереження генофонду Українського народу є обов'язком держави;
- кожен має право на достатній життєвий рівень для себе і своєї сім'ї, що включає достатнє харчування, одяг, житло;
- кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм [29, 60, с.43-44].

Зазначені концептуальні положення відображені в стратегічних планах і програмах державного і регіонального розвитку. Так, Стратегія сталого розвитку «Україна - 2020» орієнтована на досягнення 25 індикаторів, сім з яких мають пряме відношення до показників, що визначають рівень якості

Життя населення. Серед них можна виділити:

- в глобальному індексі конкурентоспроможності, який розраховує Всесвітній Економічний Форум (WEF), Україна увійде в 40 кращих держав світу;

- валовий внутрішній продукт (за паритетом купівельної спроможності в розрахунку на душу населення, який розраховує Світовий банк, підвищиться до 16000 доларів США;

- середня тривалість життя людини за розрахунками Світового банку підвищиться на 3 роки;

- частка проникнення широкосмугового Інтернету за даними Світового банку становитиме 25 абонентів на 100 осіб;

- Україна візьме участь у міжнародному дослідженні якості освіти PISA і увійде в 50 кращих держав-учасниць такого дослідження;

- Україна разом зі Світовим банком розробить показник добробуту громадян, визначиться з його цільовим значенням і буде проводити моніторинг змін такого показника;

- у глобальному індексі конкурентоспроможності в боротьбі за таланти (який розраховує одна з провідних світових бізнес-шкіл INSEAD), Україна увійде в 30 кращих держав світу [78].

Концептуальні положення і стратегічні орієнтири, сформульовані у вигляді вищенаведених індикаторів, повинні знаходити своє відображення у щорічних програмах розвитку на всіх рівнях виконавчої влади і на рівні місцевого самоврядування.

Так, Програма діяльності уряду України на 2020 рік передбачає проведення ряду реформ, спрямованих на підвищення якості життя населення. Серед них необхідно виділити соціально-гуманітарну реформу, реформу системи охорони здоров'я і реформу системи управління навколишнім середовищем.

Більш детально, соціально-гуманітарна реформа передбачає:

- створення ефективної системи призначення і надання пільг,

перехід до адресності та монетизації надання пільг, затвердження відповідних соціальних стандартів;

- підвищення ефективності системи загальнообов'язкового державного соціального страхування, діяльності фондів соціального страхування, впровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування, подальший розвиток недержавного пенсійного та медичного страхування;

- реформування системи призначення спеціальних пенсій, перегляд і підвищення розміру мінімальної пенсії щоквартально, а також, створення передумов для впровадження накопичувальної системи пенсійного страхування [54].

Як видно з цього переліку, мова йде про встановлення соціальних стандартів і їх щоквартальної актуалізації.

У напрямку розвитку освіти, науки та інновацій ця реформа враховує напрямки, з яких необхідно особливо виділити наступні:

- забезпечення доступності дошкільної освіти, розвиток ринку дошкільних навчальних закладів усіх форм власності шляхом спрощення дозвільних процедур і нормативів, надання їм підтримки з бюджетів різних рівнів;

- підвищення якості загальної середньої освіти, зокрема, за рахунок створення ефективної системи освітніх округів (доступність початкової школи, необхідна педагогічна та матеріально-технічна база в опорній школі), впровадження стимулюючих виплат для вчителів, розширення автономії шкіл з метою реалізації проєктів державно-приватного партнерства, залучення інвестицій і розширення переліку освітніх послуг, оновлення освітніх стандартів з метою формування в учнів необхідних для життя компетенцій.

Реформа системи управління навколишнім середовищем і інтеграція екологічної політики в інші галузеві політики включає:

- впровадження механізмів оцінки наслідків впливу деяких громадських і приватних проєктів на навколишнє природне середовище,

створення прозорих механізмів отримання дозвільних документів, реформування системи державного нагляду та створення єдиного інтегрованого органу контролю;

- створення ефективної системи управління водними ресурсами відповідно до басейнових принципів і гідрографічного районування територій;

- контроль використання генетично модифікованих організмів;

- гармонізація законодавства з директивами ЄС щодо біорізноманіття, оцінки якості атмосферного повітря, викидів парникових газів, поводження з відходами [54].

Таким чином, впровадження механізмів оцінки наслідків впливу деяких громадських і приватних проектів на навколишнє природне середовище є базовим завданням цієї реформи, виконання якої потребує крім оцінки, розробки і реалізації механізму адекватної реакції органів державної влади за результатами проведеної оцінки.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ РІВНЯ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ

2.1. Соціально-економічні, демографічні чинники якості життя

Якість життя – за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я визначається як «сприйняття людиною своєї життєвої позиції в контексті культури та систем цінностей в яких вона живе і стосовно своїх цілей» з іншими очікуваннями, стандартами, турботами [76]. Якість життя – це загальний добробут людей та суспільства, що окреслює негативні та позитивні риси життя. Він складається з очікувань окремої людини або суспільства на хороше життя. Ці очікування керуються цінностями, цілями та соціально-культурним контекстом, в якому живе людина. Він служить еталоном, за допомогою якого людина чи суспільство можуть виміряти різні сфери особистого життя. Ступінь, в якій власне життя збігається з бажаним стандартним рівнем.

Якість життя включає все: від фізичного здоров'я, сім'ї, освіти, зайнятості, багатства, безпеки, свободи, релігійних переконань та навколишнього середовища. Якість життя має широкий спектр контекстів, включаючи сфери міжнародного розвитку, охорони здоров'я, політики та зайнятості. Якість життя, пов'язана зі здоров'ям (HRQOL) - це оцінка якості життя та її взаємозв'язку зі здоров'ям. Якість життя не слід плутати з поняттям рівня життя, яке базується насамперед на доходах [77].

Група експертів ВООЗ вказує що якість життя визначається способом життя як результатом комбінованої дії чинників, що впливають на неї.

Також вона пропонує оцінювати якість життя по параметрах:

- фізичні: енергійність, втома, фізичний дискомфорт, сон і відпочинок;

- психологічні: самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення;
- ступінь незалежності: повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування;
- життя в суспільстві: повсякденна активність, соціальні зв'язки, дружні зв'язки, суспільна значущість, професіоналізм;
- довкілля: житло та побут, безпека, дозвілля, доступність інформації, екологія (клімат, забрудненість, густина населення);
- духовність і особисті переконання.

Для оцінювання якості життя експертами ВООЗ запропоновано кількісний метод [78]. На відміну від ВВП на душу населення або рівня життя, які обидва можна виміряти у фінансових показниках, важче проводити об'єктивні або довгострокові вимірювання якості життя країн або інших груп людей. Останнім часом дослідники почали виділяти два аспекти особистого самопочуття: емоційний добробут, в якому респондентів запитують про якість їхніх повсякденних емоційних переживань - частоту та інтенсивність переживань, наприклад, радість, стрес, смуток, гнів і прихильність - і оцінка життя, в якій респондентам пропонується подумати про своє життя загалом і оцінити його за шкалою. Такі системи та шкали вимірювань використовуються вже деякий час. Дослідження намагалися вивчити взаємозв'язок між якістю життя та продуктивністю праці. Існує багато різних методів вимірювання якості життя з точки зору охорони здоров'я, багатства та матеріальних благ. Однак набагато складніше виміряти осмислене вираження своїх бажань. Один із способів зробити це - оцінити масштаби того, як люди здійснюють власні ідеали. Якість життя може просто означати щастя, суб'єктивний стан душі.

Методологія дослідження використовує 9 факторів якості життя для визначення оцінки країни:

1. Здоров'я: очікувана тривалість життя (в роках). Джерело:US Census Bureau

2. Сімейне життя: рівень розлучень (на 1 тисячу осіб), ставиться оцінка від 1 (мало розлучень) до 5 (багато розлучень). Джерела: ООН; Euromonitor
3. Громадське життя: Змінна приймає значення 1 якщо в країні високий рівень відвідуваності церков або профспілкового членства. Джерело: World Values Survey
4. Матеріальний добробут: ВВП на душу населення, Паритет купівельної спроможності. Джерело: Economist Intelligence Unit
5. Політична стабільність та безпека: Рейтинги політичної стабільності та безпеки. Джерело: Economist Intelligence Unit
6. Клімат та географія: Широта, для розрізнення холодних та жарких кліматів. Джерело: CIA World Factbook
7. Гарантія роботи: Рівень безробіття (у%). Джерело: Economist Intelligence Unit
8. Політична свобода: середній індекс політичної та громадянської свободи. Шкала від 1 (повністю вільна) до 7 (невільна). Джерело: Freedom House
9. Гендерна рівність: вимірюється шляхом ділення середньої зарплати чоловіків на зарплату жінок. Джерело: UNDP Human Development Report [74]

Деякі з цих факторів очевидно можна застосувати і для якості життя громади, як частини адміністративної одиниці країни.

Варто зазначити, що для визначення такого фактору якості життя як «матеріальний добробут» необхідно брати до уваги рівень життя-характеристика економічного добробуту населення, що вимірюється як реальний дохід на душу населення та кількість населення за межею бідності.

Життєвий рівень населення регіону залежить, з одного боку, від способу виробництва, який характеризується відносинами власності, рівнем розвитку матеріальної бази суспільства, сфери послуг та суспільною продуктивністю праці, а з іншого – від способу життя, що визначається загальними проявами життєдіяльності людини, а саме величиною потреб у різних життєвих благах

та можливістю їх задоволення, виходячи з пропозиції товарів та послуг на ринку та реальних доходів населення. Отже, на рівень життя населення впливає ряд економічних, соціальних, політичних, культурних, інноваційних, екологічних та інших факторів.

Поняття рівня життя населення регіону містить три ключові аспекти: добробут населення, рівень людського розвитку та нагромадження людського капіталу. Часто також приймаються до уваги доступ до системи охорони здоров'я, економічна нерівність, рівень освіти, доступ до певних товарів, очікувана тривалість життя при народженні [6].

Для аналізу й оцінки життєвого рівня населення на місцевому рівні використовують різні показники, такі як обсяг валового внутрішнього продукту, національного і реального доходу на душу населення, обсяг послуг на душу населення, середній рівень заробітної плати, забезпеченість житлом та інші. Окрім того, життєвий рівень населення країни характеризують показники середньої тривалості життя, народжуваності і смертності населення.

Протягом останніх 18 років чисельність населення України зменшилась на 5,7 млн осіб. Демографічна ситуація в Хмельницькій області протягом останніх двадцяти років є однією з найбільш гострих соціальних проблем і характеризується високим рівнем смертності та низьким рівнем народжуваності, що призводить до від'ємного приросту населення. Як наслідок, чисельність населення області постійно зменшується, щорічно від 5,5 до 10 тисяч осіб (див. рис 2), тобто відбувається процес депопуляції [18].

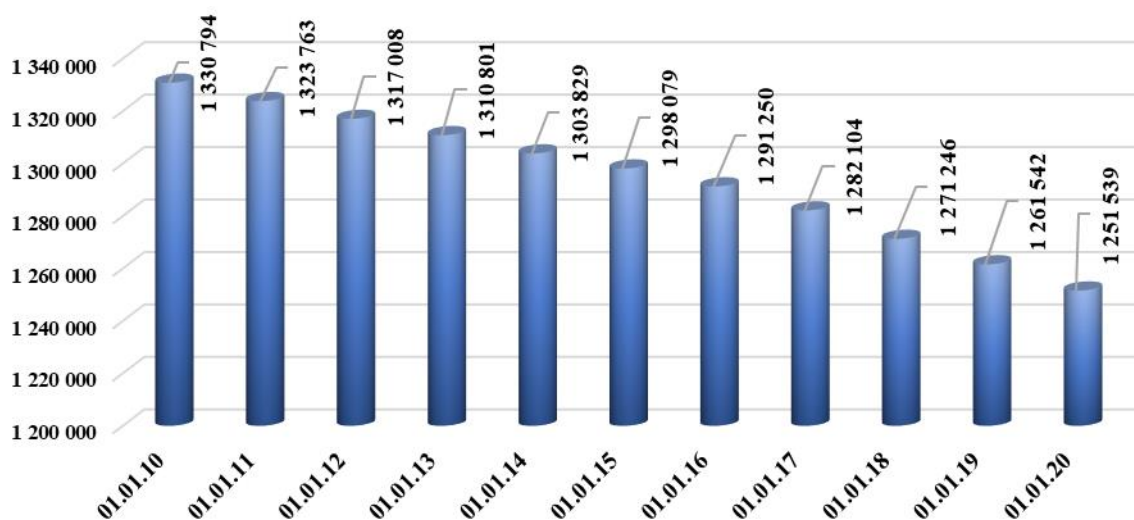


Рис.1. Чисельність постійного населення Хмельницької області з 2010 по 2020 роки

Основна причина невпинного зменшення населення області – значне падіння народжуваності (див. рис.2). За період 2000-2019 роки найвищий показник народжуваності в області зареєстрований у 2012 році – 11,3 на 1 000 населення. В наступні роки показник поступово зменшувався і надзвичайно низький він у 2019 році – 7,9‰.

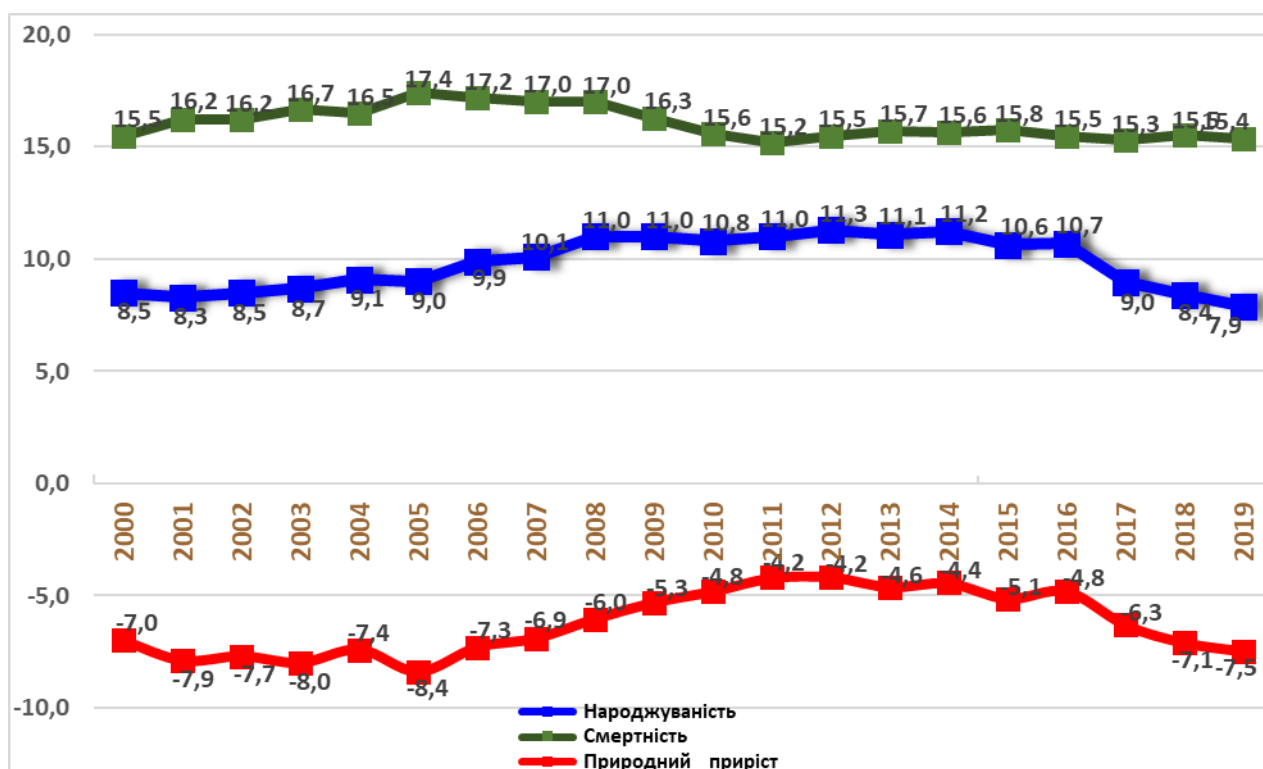


Рис.2.

Усі 20 років (2000-2019) природний приріст населення від'ємний, як за рахунок високого коефіцієнта смертності, так і за рахунок низького коефіцієнта народжуваності.

У 2006-2011 роках, хоча й повільно, від'ємний приріст зменшувався і у 2011-2014 роках становив 4,2-4,4. Починаючи з 2015 року ситуація погіршилась – значний ріст негативного природного приросту і у 2019 році показник становив 7,5.

Положення які визначають пріоритет якості життя населення відображено в основних законодавчих актах, Конституції України, Стратегії сталого розвитку «Україна-2020» [52]. Доведено, що якість життя це комплексне поняття, що поєднує життєві стандарти, метою яких є задоволення потреб особистості і забезпечення її продуктивної життєдіяльності в заданих умовах, і суб'єктивне благополуччя (задоволеність), що відбиває відношення особистості до життя і до майбутнього. Поняття якості життя населення напряду залежить від державного устрою, що визначає систему розподілу і перерозподілу життєво-важливих благ, регулює взаємини «держава-суспільство», Культурні особливості суспільства являють собою слабкі і сильні місця сформованих і стійких моделей поведінки, що можуть як сприяти так і перешкоджати підвищенню якості життя населення. Розвиток технологій соціально-економічної системи надає ряд можливостей для підвищення якості життя населення, визначає набір інструментів для функціонування самого державного управління якістю життя і безпосередньої реалізації поставлених завдань. Разом з цим одним із чинників які впливають на реалізацію завдань є стан екосистеми, в якій перебуває населення.

Стосовно людини і суспільства сформульовано ряд стратегій, які реалізуються в рамках державного механізму управління якістю життя населення . При проведенні аналізу якості життя населення України визначено, що найбільш сприятливою стратегією є стратегія «самоорганізація

і розвиток», що відповідає ситуації неблагополуччя (при домінуванні цінностей виживання) і суб'єктивної незадоволеності [21].

Запропоновані принципи управління якістю життя населення в рамках системно-еволюційної парадигми включають: принцип гармонізації об'єктивної і суб'єктивної складових якості життя (у відповідності зі стратегіями матриці відповідності); принцип відповідності методичного інструментарію циклічній динаміці соціально-економічної системи; принцип орієнтації операційного управління на потенційні ризики і слабкі ланки; принцип використання резонансного управління і стимулювання самоорганізації, що потребує управління не тільки об'єктивною, але й суб'єктивною складовими якості життя; принцип максимального використання сучасних технологічних можливостей. Управління якістю життя не має кінцевого циклу, це постійно процес поступальних перетворень результатів економічного зростання у показники соціального розвитку.

Система управління даними державного механізму управління якістю життя населення проектується з урахуванням виконання нею ряду завдань, а саме моніторинг, реакція системи управління на динаміку параметрів і характеристики стану об'єкта управління, аналіз і прогноз динаміки якості життя населення, що включає виявлення зовнішніх детермінантів якості життя, визначених тенденцій у їх динаміці.

Збалансована система показників включає три типи даних: 1) інтегральні підсумкові показники якості життя населення (тривалість життя і об'єктивна задоволеність); 2) регульовані параметри якості життя населення, відображені за допомогою набору індикаторів. Вибір індикаторів здійснюється відповідно до методики «Вимір якості життя в Україні» і включає детальний аналіз чотирьох середовищ: економічного, соціального, екологічного і суспільно-політичного; 3) зовнішні детермінанти, що задають тенденції динаміки параметрів і результируючих показників і включають: державний устрій, технологічний уклад, економічний цикл, культурні характеристики, стан екосистеми.

2.2. Охорона здоров'я – базовий фактор якості життя населення в регіоні

Реформа системи охорони здоров'я передбачає такі напрямки:

- забезпечення доступності і високої якості первинної медико-санітарної допомоги, зокрема, за рахунок створення ефективної мережі відповідних установ, оснащення їх сучасними засобами діагностування, забезпечення пацієнту можливості вільного вибору лікаря, механізмів фінансової мотивації лікаря;

- створення єдиного простору медичних установ усіх форм власності та підпорядкування, впровадження єдиного інформаційного простору для збору, опрацювання та прогнозування клінічних і фінансових даних, створення єдиного реєстру пацієнтів і їх медичних даних. Впровадження клінічних протоколів з переліком медичних послуг для диференціації рівнів надання медичної допомоги;

- впровадження ринкових механізмів надання гарантованих державою медичних послуг, розширення автономії медичних установ. Затвердження формул розрахунку вартості медичних послуг. Запуск систем контролю якості надання медичної допомоги, зокрема із залученням професійних асоціацій, громадських організацій [37, 38].

Як видно з даних напрямків реформування, підвищення доступності медичних послуг, їх інформатизація, введення стандартів якості таких послуг і зовнішнього контролю якості – це інструменти, які в разі їх імплементації, сприятимуть підвищенню якості життя населення територіальних громад.

Одним з напрямів реформи охорони здоров'я є створення системи Громадського здоров'я, яке включає в себе захист здоров'я та профілактику захворювань і зміцнення (збереження) здоров'я.

Громадське здоров'я – це запобігання захворюванням, травматизму, інвалідності та продовження тривалості життя, при умові ведення здорового

способу життя в здоровому середовищі й умовах життєдіяльності для теперішнього та майбутніх поколінь.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) ще у 1948 році запропонувала для всіх країн світу наступні чинники суспільного впливу на стан громадського здоров'я:

- частка валового національного продукту, що витрачається на охорону здоров'я;
- доступність первинної медико-санітарної допомоги;
- забезпечення населення безпечним водопостачанням, що відповідає санітарним нормам;
- відсоток осіб, яким проведено імунізацію проти основних небезпечних інфекцій;
- доступність кваліфікованої медичної допомоги під час вагітності та пологів;
- стан вигодовування дітей (кількість дітей, які народилися з масою тіла до 2500 г) [67].

Саме розвиток системи громадського здоров'я в громадах, колективна відповідальність за здоров'я кожного члена громадянського суспільства стане запорукою процвітання громади і покращення якості життя населення, проживаючого в кожній громаді зокрема і в цілому в державі.

Хмельницька область в переліку стратегічних і операційних цілей і завдань вказала «Високу якість життя людини». Ця стратегічна мета постає у вигляді операційних цілей і завдань.

Планування територіальної громади - процес творчий і відображає специфіку розвитку території, подекуди спостерігаються ігнорування питань охорони здоров'я та здорового способу життя як важливої складової частини підвищення якості життя населення в регіоні.

Важливо зазначити які зміни в кількісному відношенні відбулись за останній рік, а саме ким і де надається медична допомога подолянам.

Кількість працюючих лікарів в закладах охорони здоров'я області/забезпечення населення лікарями (на 10 тис. населення) станом на 31.12.2019 року – 4 541/36,0, на 30.09.2020 року – 4 191/33,5.

Кількість лікарняних закладів станом на 31.12.2019 року – 40, на 30.09.2020 року – 38.

Кількість амбулаторій загальної практики сімейної медицини станом на 31.12.2019 року – 245, на 30.09.2020 року – 250.

Конституцією України передбачено, що управління закладами первинної медичної допомоги (ПМД) безпосередньо здійснюється територіальними громадами сіл, селищ, міст. Ці заклади є громадською власністю територіальних громад [61].

З прийняттям Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад [51] розпочався новий етап децентралізації, реформи місцевого самоврядування та адміністративної реформи. Створено нову систему охорони громадського здоров'я. До бюджетного і податкового законодавства внесені зміни, які спрямовані на забезпечення фінансової самостійності нових об'єднаних територіальних громад (ОТГ) через закріплення відповідних повноважень, доходів і видатків на охорону здоров'я членів громад.

У процесі децентралізації влади та створення об'єднаних територіальних громад в Україні з'явився соціальний запит на охорону громадського здоров'я цих утворень і створення громадських закладів охорони здоров'я. Вирішення актуальних проблем охорони громадського здоров'я населення ОТГ на сучасному рівні розвитку громадянського суспільства в Україні може бути як на регіональному рівні, так і на рівні всієї країни. У цьому процесі активну участь беруть органи державної влади, місцевого самоврядування та об'єднаних територіальних громад.

Сільські, селищні і міські ОТГ створили, на базі переданого їм майна, свої заклади охорони здоров'я (центри ПМСД), які надають первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини і будуть турбуватися не

лише про охорону індивідуального здоров'я членів територіальних громад, але й про їх громадське здоров'я.

Надаючи первинну медичну допомогу членам об'єднаних територіальних громад, фахівці первинної ланки медицини забезпечують:

- попередження захворювань, зміцнення індивідуального здоров'я людей різних вікових і гендерних груп (валеологічний аспект громадського здоров'я);
- первинну та вторинну профілактику інфекційних і неінфекційних захворювань на основі концепції чинників ризику виникнення і розвитку захворювань (профілактичний аспект громадського здоров'я);
- відновне лікування і медико-соціальну реабілітацію хворих і травмованих членів громад, повертають їм здоров'я (відновнореабілітаційний аспект громадського здоров'я) [21].

Лікарі, які надають первинну медичну допомогу в закладах охорони здоров'я ОТГ, опікуються як індивідуальним, так і громадським здоров'ям цих громад, що є їх важливою соціальною функцією, залучаючи до цього процесу фахівців спеціалізованої та високоспеціалізованої пацієнторієнтованої медичної допомоги.

При розвинутій системі спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги в області функція лікаря ПМД, як менеджера процесу інтеграції медичних послуг пацієнтові та територіальній громаді в цілому, стає перспективним шляхом поліпшення якості медичної допомоги та підвищення показників індивідуального і громадського здоров'я населення на рівні громади.

Якісні медичні послуги щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я здорових людей, первинної та вторинної профілактики захворювань, відновного лікування та медико-соціальної реабілітації хворих і травмованих в закладах первинної медичної допомоги, становлять основу зміцнення громадського здоров'я об'єднаних територіальних громад.

Медична реформа закладів охорони здоров'я Хмельниччини, що надають первинну медичну допомогу, в області завершена. Всі центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) реформовані в комунальні некомерційні підприємства.

В Хмельницькій області станом на 31.10.2020 року функціонує 32 ЦПМСД, які надають первинну медичну допомогу, в т.ч. в сільських адміністративних районах – 28, в містах – 4 (ДОДАТОК А). В складі центрів ПМСД сільських адміністративних районів надають первинну медичну допомогу лікарі 211 амбулаторій загальної практики сімейної медицини, з них 157 амбулаторій функціонує безпосередньо в сільській місцевості. В центрах ПМСД міст організована робота 39 амбулаторій.

У 2020 році відкрито 5 нових амбулаторій (з них 2 міські), що дало змогу зменшити завантаженість та черги в інших амбулаторіях. Доступність первинної медичної допомоги це можливість отримання необхідної медичної допомоги своєчасно, повсюдно, в достатньому обсязі і на прийнятних умовах, зменшує показники госпіталізації і дає можливість оптимізувати загальні витрати на охорону здоров'я. Доступність медичної допомоги є важливим показником задоволеності пацієнтів охороною здоров'я.

В центрах ПМСД постійно проводиться робота щодо впорядкування мережі фельдшерсько-акушерських пунктів – ФАП (фельдшерських пунктів – ФП). Станом на 30.10.2020 року в складі 32 центрів ПМСД адміністративних районів функціонує 761 ФАП (ФП) (ДОДАТОК Б).

Для реалізації Закону України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» в Хмельницькій області з 2018 року проводилось будівництво нових приміщень 30 амбулаторій загальної практики/сімейної медицини.

Відкриття нових амбулаторій та переміщення функціонуючих амбулаторій в нові приміщення поліпшить доступність та якість надання медичної допомоги сільському населенню.

Станом на 31.10 2020 року побудовано 25 амбулаторій. Завершено будівельні роботи та проводиться благоустрій територій ще 5 амбулаторій.

З прийняттям Закону України від 19.10.2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування» в державі почали діяти принципово нові правила взаємодії пацієнта з лікарем, тобто змінилися норми надання первинної медичної допомоги: з 01 квітня 2018 року пацієнт має право обрати лікаря, якому він довіряє і в якого бажає обслуговуватись незалежно від свого місця проживання, підписавши з лікарем декларацію [61].

У центрах ПМСД області та їх структурних підрозділах створені належні умови для укладання декларацій між лікарем та пацієнтом. Забезпечено вільний вибір медичних інформаційних систем закладами первинної допомоги для підключення до центрального компоненту eHealth. Лікарі ЦПМСД повністю забезпечені комп'ютерами (ноутбуками).

За даними Національної служби здоров'я України станом на 30.10.2020 в Хмельницькій області пацієнтами укладено 1 065 191 декларація з лікарями первинної медичної допомоги (ДОДАТОК В), що становить 84,90% від загальної чисельності населення (Хмельницька область – 4 рейтингове місце серед територій держави) [61].

На даний момент первинна ланка медичної допомоги відіграє важливу роль у боротьбі з пандемією. Суттєво зросла завантаженість на лікарів, адже до них в першу чергу звертаються пацієнти з підозрою на COVID-19.

З метою поліпшення якості надання первинної медичної допомоги у 2020 році структурні підрозділи центрів ПМСД (амбулаторії) додатково оснащені необхідним обладнанням та апаратурою: 5 автомобілів – 3215,4 тис. грн., 16 холодильників для зберігання лікарських засобів – 110,8 тис. грн., 119 комп'ютерів з операційною системою – 1883,6 тис. грн., 50 програмних забезпечень – 1045,6 тис. грн., 26 аналізаторів – 2410,6 тис. грн., 295 пульсоксиметрів – 300 тис. грн., 24 отоофтальмоскопів – 106,8 тис. грн., 54 електрокардіографи – 2 415,1 тис. грн. та інше. Загальна сума витрат склала 12 573,3 тис. грн.

На виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування» [50] з 1 квітня 2020 року в державі запрацювала Програма медичних гарантій на рівні вторинної та третинної (спеціалізованої та високоспеціалізованої) медичної допомоги. Це зміна моделі фінансування та реалізація принципу «гроші йдуть за пацієнтом» у поліклініки, лікарні та інші спеціалізовані заклади. Для спеціалізованої медичної допомоги це означає, що держава через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) сплачує кошти медичному закладу за конкретно надану медичну послугу, пролікований випадок або ж готовність надавати допомогу. Пацієнт може обирати лікарню для отримання медичної допомоги, незалежно від його офіційного місця реєстрації чи проживання. Всі заклади охорони здоров'я області (районні, міські, обласні) увійшли в реформу і отримують кошти за прямим договором з НСЗУ.

Це надзвичайно важливо в організації системи охорони здоров'я зважаючи на боротьбу з коронавірусною інфекцією COVID-19. Пряме контрахтування закладів охорони здоров'я і використання електронних інструментів покращить управління закладами та оперативнішу реакцію на епідеміологічну ситуацію.

Внаслідок реформування закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги у 2020 році скорочено 614 ліжок цілодобового перебування. Станом на 30.10.2020 року в області функціонувало 8 616 ліжок (ДОДАТОК Г) і забезпеченість населення (на 10 тисяч) ліжками цілодобового перебування становила 68,84.

За останні п'ять років (2015-2019 роки) ліжковий фонд цілодобових стаціонарів закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги сільських адміністративних районів зменшився на 825 ліжок.

Забезпеченість населення сільських адміністративних районів (на 10 тис. населення) ліжками цілодобових стаціонарів: 2015 рік – 51,8, 2016 рік – 45,4, 2017 рік – 44,8, 2018 рік – 44,9, 2019 рік – 44,5. За п'ять років

скорочено 825 ліжок, чисельність постійного населення щорічно також зменшується, а забезпеченість населення ліжками майже не змінюється.

Рішенням сесії Хмельницької обласної ради від 27 вересня 2018 року № 27-21/2018 створено комунальне некомерційне підприємство «Хмельницький обласний центр громадського здоров'я», на який покладено виконання функцій із забезпечення громадського здоров'я у питаннях епідеміологічної стабільності. Основним пріоритетом роботи закладу є здоров'я подолан і його робота сприятиме:

- збільшенню середньої тривалості життя людини;
- зниженню рівня загальної захворюваності, інвалідності та смертності населення;
- зниженню передчасної смертності від серцево-судинних захворювань, раку, діабету, ожиріння, хронічних респіраторних захворювань, туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДУ та інших соціально-небезпечних захворювань [61].

В умовах непростого процесу реформування галузі охорони здоров'я важливим є об'єднання зусиль органів державної виконавчої влади, місцевого самоврядування, керівництва закладів охорони здоров'я, неурядових організацій, соціально-відповідального бізнесу та суспільства задля підсилення потенціалу місцевих систем охорони здоров'я для надання якісних медичних послуг населенню та ефективного реагування на різного роду виклики та надзвичайні ситуації медико-біологічного характеру.

Особливу тривогу місцевих громад викликає спроможність медичних закладів надавати повну та ефективну допомогу в умовах загрози епідемії гострої респіраторної хвороби викликані коронавірусом COVID-19. Причини цієї тривоги полягають насамперед у недостатньому матеріально-технічному забезпеченні закладів охорони здоров'я.

Крім ситуації із пандемією коронавірусу, останніми роками занепокоєння викликає загальна тенденція до погіршення стану здоров'я дорослого населення та молоді, збільшення частоти хвороб серцево-судинної системи, соціально значущих хвороб, онкологічних захворювань. Зростання

захворюваності населення відбувається внаслідок поширення чинників ризику, передусім серед осіб молодого віку зокрема:

- тютюнопаління;
- зловживання алкоголем;
- вживання наркотиків.

На високому рівні і захворюваність на ВІЛ/СНІД та інфекційні хвороби.

Існує загроза поширення крапельних, особливо небезпечних, зоонозних інфекцій та паразитарних хвороб.

Відмічається високий рівень захворюваності на цукровий діабет, його ускладнень, спричинених ними інвалідності і смертності.

Занепокоєння викликає стан репродуктивного здоров'я громадян, яке має стратегічне значення для забезпечення сталого розвитку громади.

В закладах охорони здоров'я не вистачає сучасного медичного обладнання для організації надання невідкладної медичної допомоги, раннього виявлення захворювань та проведення об'єктивної експертної оцінки патологічного процесу у хворих, діагностики вагітності та вроджених вад розвитку.

Змінився підхід до роботи системи охорони здоров'я на місцях. Уряд через національну службу здоров'я України (НСЗУ) купує для громадян медичні послуги за кошти податкових надходжень, і місцева влада більше не повинна витратити на це кошти місцевих бюджетів.

Усвідомлюючи свою відповідальність та діючи в інтересах громади, задля покращення громадського здоров'я на свої території ОТГ ці кошти можуть спрямовувати на розвиток медичного обслуговування, зокрема, мережі закладів охорони здоров'я (ремонт приміщень, закупівлю обладнання, відкриття нових відділень) та надання додаткових медичних послуг, які не входять до гарантованого державою пакету. Місцева влада має повноваження і гроші для того, щоб забезпечити доступ жителів громади до лікарів та їхніх послуг, а також забезпечити якість цих послуг.

Прикладом можуть бути перші кроки Старокостянтинівської ОТГ. В 2020 році кошти спрямовувались в тому числі і на розвиток медичних закладів громади та покращення медичного обслуговування населення:

- для амбулаторій придбано два спец.автомобілі (1млн.200 тис. грн.);
- відкрито нову амбулаторію загальної практики сімейної медицини в мікрорайоні «Заслuch» – зменшення завантаженості та черг у центральній поліклініці, так як у амбулаторії можна отримати всі послуги первинної ланки (витрат близько 3 млн. грн.);
- виділено біля 1,5 млн. грн. додаткових коштів Старокостянтинівській ЦРЛ та Центру ПМСД для запобігання виникненню надзвичайної ситуації – занесенню та поширенню гострої респіраторної хвороби викликаной коронавірусом (захисні комбінезони, захисні масок, бахіли);
- виділено 422,8 тис. грн. для доплат медичним працівникам Старокостянтинівської ЦРЛ, які надають медичну допомогу хворим на COVID-19;
- закуплено для надання медичної допомоги хворим на COVID-19 Старокостянтинівській ЦРЛ: 2 апарати штучної вентиляції легень (ШВЛ) високого класу (1 млн. 142 тис. грн.), мобільний рентгенапарат (1 млн. 700 тис. грн.), комплект обладнання для проведення імунно-ферментного аналізу (ІФА) (205 тис. грн.), станцію моніторингу на 4 пацієнта (300 тис. грн.), та 159 тис. грн. на іншу апаратуру [61].

РОЗДІЛ 3.

ПРІОРИТЕТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ

3.1. Вдосконалення управління якістю життя на державному та місцевому рівнях

Важливими відмітними особливостями управління якістю життя населення у регіоні є наступні положення:

- процес управління якістю життя не є кінцевим - індикатори його динаміки можуть бути визначені умовно і по їх досягненні процес управління не завершеним;

- система управління здійснює ітеративну процедуру моніторингу аналізу - прогнозу - планування - програмування - реалізації програм і оцінки зворотного зв'язку, після чого цикл повторюється спочатку;

- система індикаторів, що визначають стан об'єкта управління, є динамічною і відкритою, у міру розвитку об'єкта управління набір індикаторів переглядається і коригується;

- результуючі індикатори при цьому є постійними і включають: 1) тривалість життя населення і 2) суб'єктивну оцінку добробуту;

- об'єкт управління є комплексним і включає елементи (громадян) і середовища (економічну, соціальну, екологічну та соціально-політичну середовища), що мають значення для життєдіяльності елементів [1, с.183-184].

Взаємодія між суб'єктом і об'єктом управління в системі управління якістю життя здійснюється, з одного боку, в ході реалізації управлінського впливу суб'єкта на об'єкт управління шляхом прийняття певних управлінських рішень в області поліпшення соціально-економічного становища, якості життя населення; з іншого боку, за допомогою механізму зворотного зв'язку, завдяки якому суб'єкт управління отримує інформацію про реалізацію прийнятих рішень, а також про стан об'єкта, про його відповідність міжнародним нормам і стандартам.

Суб'єктами процесу управління якістю життя населення є органи державної влади різного рівня ієрархії, органи місцевого самоврядування, експертне співтовариство і громадянське суспільство, функції яких позначені в законодавстві і передбачають: визначення концептуального підходу або державної політики в процесі управління якістю життя населення, формування методичного інструментарію, здійснення стратегічного цілепокладання і реалізації планів і програм, а також контроль даного процесу.

Етапи процесу державного управління якістю життя населення включають.

Визначення державної політики в галузі управління якістю життя населення. Виконання цього етапу включає реалізацію концептуального і ідеологічного компонентів:

- концептуальний або науковий компонент являє собою акумулювання теоретичних положень, що відбивають закономірності функціонування об'єкта управління, можливості управління ним з метою досягнення необхідного результату і ефективні методи управління при різних умовах зовнішнього середовища. Ємність концептуального компонента визначає інформаційну асиметрію між системою управління і керованим об'єктом, що характеризує потенційну ефективність управління;

- ідеологічний або колективний суб'єктивний компонент являє собою комплекс суспільних цілей, цінностей, ідеологічних установок, що визначає підхід до управління якістю життя населення. Зазначений комплекс стосується ступеня відповідальності держави і окремих соціальних груп за досягнення якості життя, вибір солідарних, або індивідуалізованих способів вирішення проблем забезпечення якості життя. Кожна соціальна система з огляду на культурні особливості й актуальну ідеологію правлячої політичної еліти формує адекватний ідеологічний підхід, який визначає державну політику в сфері управління якістю життя [19, с.144-145].

Розробка державної (регіональних, місцевих) стратегії, що включає в

якості однієї зі стратегічних задач - управління якістю життя населення. Цей етап забезпечується аналітико-прогнозними і програмними компонентами:

- аналітико-прогнозний компонент стратегічного цілепокладання являє собою систему аналізу і прогнозу якості життя населення. Якість функціонування даного компонента визначається методичним інструментарієм, його адекватністю складності об'єкта управління, а також рівнем адаптивності, відповідному його динаміці;

- програмний компонент стратегічного цілепокладання є трансформацією цілей і завдань в програми і проекти, реалізація яких спрямована на підвищення якості життя населення. Програмний компонент включає методику вибору пріоритетних планів і програм, обґрунтування обсягів і способів їх фінансування.

Реалізація стратегії, що включає як одну із постійних стратегічних цілей підвищення якості життя населення. Етап реалізації стратегії вимагає створення системи моніторингу та відповідного методичного інструментарію її реалізації:

- система моніторингу являє собою відстеження параметрів об'єкта управління в режимі реального часу, операційний аналіз розривів з метою своєчасної корекції процесу реалізації в разі відхилення системи від необхідної траєкторії;

- методичний інструментарій реалізації стратегії є комплекс методів і технологій управління, що дозволяє ефективно досягти поставлених цілей, спрямованих на підвищення якості життя населення. Важливо відзначити, що адекватність методичного інструментарію суті керованого об'єкта є одним з базових умов досягнення заданого результату. Тому комплекс методів знаходиться в постійному розвитку і вдосконаленні.

Для реалізації стратегії державного управління якістю життя населення на різних рівнях управління потрібно правове, інформаційне, фінансове та кадрове забезпечення, характеристики якого визначаються поставленими завданнями і обраним методичним інструментарієм для їх досягнення [38].

Процес державного управління якістю життя населення знаходиться під впливом ряду визначальних чинників або детермінантів, які коригують концепцію, визначають цілі і завдання, а також впливають на вибір методичною інструментарію. Набір детермінантів не є постійним, а їх значущість змінюється в часі, доцільно виділити такі детермінанти якості життя населення:

- *державний устрій*, що визначає систему розподілу і перерозподілу життєво важливих благ, регулює взаємовідносини «держава - суспільство». Даний детермінант не тільки визначає концептуальну частину механізму державного управління якістю життя населення, але і задає комплекс регульованих параметрів в рамках обраної концепції. Так, наприклад, відповідальність за здоров'я населення в авторитарній соціалістичній державі несе держава, для чого може вдаватися до директивних методів у вигляді обов'язкової загальної вакцинації населення. У моделі взаємодії держави і суспільства «лібертаріанський патерналізм» для забезпечення вакцинації використовуються методи підштовхування (непрямого впливу), при цьому держава зберігає відповідальність за здоров'я громадян, а громадяни в свою чергу мають бути відповідальні за своє здоров'я;

- *культурні особливості суспільства* представляють собою сильні і слабкі місця сформованих і стійких моделей поведінки, які можуть як сприяти, так і перешкоджати підвищенню якості життя населення. Наприклад, національна кухня, традиції якої формувалися в одних умовах зовнішнього середовища, формує актуальну структуру споживання продуктів харчування, яка в сучасних умовах здатна чинити негативний вплив на організм. Так, домінування вуглеводної і молочної їжі на шкоду овочевий і білкової відбивається на здоров'ї, впливає на тривалість життя як основного результуючого показника ефективності розглянутого механізму. Крім того, характеристики культури суспільства в моделі Р. Інглхарта визначають актуальні цінності суспільства, прямо впливають на домінуючі потреби і таким чином визначають структуру формування суб'єктивного благополуччя або

задоволеності життям. Аналіз впливу культурних детермінантів і можливостей їх трансформації є невід'ємною частиною аналітико-прогнозного компонента на етапі стратегічного цілепокладання реалізації механізму державного управління якістю життя населення;

- *технологічні можливості або технологічний уклад* соціально-економічної системи задає набір можливостей для підвищення якості життя населення і визначає обраний інструментарій як функціонування самого механізму державного управління якістю життя населення, так і безпосередньої реалізації поставлених завдань. Доцільно навести приклад використання технологічних можливостей для підвищення якості життя населення в Індії. Так, у 2017 р. індійський уряд в рамках проекту Digital Village планує забезпечити безкоштовний доступ до Інтернету в 1050 селах по всій країні. Протягом півроку в кожному з сіл з'являться точки доступу до Wi-Fi, до якого жителі зможуть підключитися за допомогою своїх мобільних телефонів. На першу фазу програми буде потрібно близько \$ 62 млн. Потім ця практика буде поширена і на інші регіони країни. Програма спрямована на «надання послуг для розвитку сільської місцевості з використанням цифрових технологій», до їх числа відносяться інтерактивне навчання та медичні послуги, а також базовий доступ в Інтернет. Зрозуміло, що в доцифрову епоху таке рішення було б неможливим. З іншого боку, поява нових технологічних можливостей вимагає переосмислення інструментів державного управління якістю життя населення, відбору та впровадження найбільш ефективних проектів, що реалізуються із застосуванням нових технологій;

- *циклічна динаміка економічної системи*, коли мова йде про середньострокові й довгострокові цикли визначає пріоритети соціально-економічного розвитку, сприяє динаміці значущості тих чи інших факторів, що визначають якість життя населення. Так, в період довгострокової стагнації актуалізуються питання соціального забезпечення, в період підйому - рівний Доступ до інформаційних і освітніх ресурсів, і багато іншого. Облік циклічної Динаміки національної економіки реалізується в прогнозно-аналітичному

компоненті стратегічного цілепокладання механізму державного управління якістю життя населення і в значній мірі визначає програмний компонент;

- *стан екосистеми* є значимий детермінант управління якістю життя населення, що включає як особливості циклічної динаміки екосистеми і пов'язані з цим процесом ризику, так і результати антропогенного впливу на екосистему, що вимагають обліку в процесі стратегічного цілепокладання [7, с.32-34].

Таким чином, *державний механізм* управління якістю життя населення, являє собою спосіб організації і функціонування органів державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства, спрямований на постійне поліпшення двох основних підсумкових параметрів життєдіяльності суспільства - тривалості життя населення і суб'єктивного благополуччя, шляхом регулювання безлічі чинників в умовах впливу детермінантів, що динамічно змінюються.

Реалізація механізму управління якістю життя населення територіальної громади по аналогії має забезпечуватися наявністю таких умов:

1. Механізм повинен відповідати природі об'єкта управління та всім процесам, процедурам та зв'язкам між ними з визначенням цільової орієнтації одержання результату.

2. Механізм управління повинен мати можливості внесення змін у залежності від змін зовнішнього та внутрішнього середовища.

3. Механізм управління якістю життя населення працює на таких рівнях – держава, регіон, територіальна громада, організація, програма, проект, підприємець, домашнє господарство, особистість. Всі рівні взаємозв'язані та повинні мати інституційне та інформаційне забезпечення і не мати протиріч між собою.

4. Система управління якістю життя населення повинна мати механізм зворотного зв'язку в залежності від результату його використання. Механізм повинен мати чітку мету свого впливу задля можливості визначення його ефективності та ресурсне забезпечення для розвитку.

Необхідність досягнення цілей та вирішення завдань державного управління зумовлює потребу наявності системи органів державного управління (або апарату державного управління), а функції управління, якими наділяється певний орган, розкривають його сутність та зміст діяльності, співвідношення з іншими органами управління. Очевидно, що завдання та цілі державного управління, диференціюючись у функціях конкретних органів системи державного управління (органів впливу), багато в чому визначають внутрішню структуру як системи державного управління, так і конкретних її органів. При цьому науковцями зазначено, що роль механізму державного управління може бути відображена такою ланцюговою послідовністю: цілі > завдання > рішення > впливи (за функціями) > дії > результати. В рамках цієї послідовності доцільно визначити особливості механізму державного управління якістю життя населення України на сучасному етапі розвитку [28, с.292-294].

Таким чином, механізм управління якістю життя населення в Україні та створених громадах існує, його цілі закріплено законодавчо, а функціонування забезпечено органами виконавчої влади на різних рівнях державного управління та місцевого самоврядування. Варто відзначити, що рівень регіонального управління та місцевого самоврядування чіткіше формулює цілі державного управління якістю життя населення, ніж вони формулюються на рівні центрального управління. При цьому для всіх рівнів державної влади характерно:

- фрагментарність визначення цілей державного управління якістю життя, ігнорування його суб'єктивного компонента,
- високий рівень децентралізації функцій об'єктивного компоненту системи управління якістю життя що обумовлено її багатofакторністю;
- недостатньо розвинений аналітико-прогнозний компонент механізму державного управління якістю життя, що здатний інтегрувати дані розрізнених функціональних підрозділів з метою їх аналізу, прогнозування та якісної інформаційної підтримки управлінських рішень.

Основним індикатором об'єктивної складової якості життя є показник очікуваної тривалості життя населення. Очікувана тривалість життя – це величина, що показує скільки в середньому проживе група людей, що народилася в одному році, якщо смертність в кожній віковій групі залишиться на незмінному рівні. Важливо відзначити, що всі індикатори, які зазвичай прийнято враховувати в системі моніторингу якості життя, підсумовуються в об'єктивному показнику тривалості життя, досягнення високих значень якого неможливо без сприятливого економічного, соціального та екологічного впливу середовища.

Так, за даними 2015 року найбільші показники тривалості життя демонстрували такі країни як: Монако – 89,52 років, Японія – 84,74, Сінгапур – 84,68, Макао – 84,51, Сан-Марино – 83,24, Ісландія – 82,97, Гонконг – 82,86, Андорра – 82,72, Швейцарія – 82,50, Гернсі – 82,47 роки [16].

Основним індикатором суб'єктивної задоволеності життям є показник рівня щастя, який виявляється в результаті проведення опитувань населення.

Можна виділити 4 типи станів особистості і суспільства в цілому, що характеризують взаємну відповідність суб'єктивного і об'єктивного компонентів якості життя.

Стан 1: «благополуччя - задоволеність». Цей стан для особистості і суспільства в цілому є реальним і досяжним в разі активної участі членів суспільства в управлінні якістю життя. Якість життя стає однією з домінуючих суспільних цінностей і способи його досягнення трансформуються в набір стійких моделей поведінки, що розділяються більшістю. (Наприклад, здоровий спосіб життя, якість освіти, якість і ергономічність міського середовища). Цей стан є псевдоудаваним, так як характеризується взаємною відповідністю об'єктивного і суб'єктивного компонентів якості життя.

Стан 2: «неблагополуччя - задоволеність». Характерно для ситуацій, коли відсутність об'єктивних умов для підвищення якості життя сприймається як оптимальне і задовільне. Такий стан речей обумовлено відсутністю

стимулів для розвитку особистості і суспільства в цілому і є несприятливим стримуючим прогрес розглянутої соціальної системи. У будь-якому суспільстві існують соціальні групи, які об'єднують низьку позицію в соціальній стратифікації і високий рівень задоволеності життям, проте коли дане світосприйняття стає домінуючим і системним, це свідчить про відсутність потенціалу для соціальної трансформації і вимагає особливого комплексу управлінських дій, спрямованих на формування відповідних стимулів. Основний акцент при цьому спрямований на суб'єктивний компонент якості життя, корекція якого дозволить забезпечити залучення суспільства до процесу підвищення якості життя, а отже, забезпечити його ефективність.

Стан № 3: «неблагополуччя - незадоволеність». Стан недостатності об'єктивних умов якості життя і відповідної їм суб'єктивної незадоволеності.

Характеризується адекватним відображенням стану речей і наявністю потенціалу для трансформації у вигляді незадоволених потреб особистості і суспільства в цілому. У такій ситуації комплекс управлінських впливів в рамках державного механізму управління якістю життя населення спрямований на регулювання об'єктивного компонента якості життя із залученням потенціалу самоорганізації членів суспільства.

Стан № 4. «благополуччя - незадоволеність». Стан характерний для багатьох розвинутих суспільств з високим рівнем матеріального благополуччя, в яких при крайніх проявах даної тенденції радикально знижуються показники народжуваності і підвищується відсоток самогубств. Феномен незадоволеності при матеріальному благополуччі відрізняє невідповідність стану особистості і її іманентних властивостей (людина «не на своєму місці»). Причинами такого стану можуть бути: високий рівень нерівності в суспільстві і відсутність ефективно функціонуючих вертикальних соціальних ліфтів; жорсткі соціальні норми, які дозволяють робити індивідуальний вибір відповідно до покликання, низький рівень соціального капіталу як довіри в даній соціальній системі. У цьому випадку комплекс

управлінських впливів державного механізму управління якістю життя населення доцільно орієнтувати як на суб'єктивний компонент, так і на соціальне середовище і її значущі характеристики, що визначають сприйняття соціального благополуччя суб'єкта [18].

Управління в кожній з описаних ситуацій потребує окремого комплексу методів і технологій державного управління, що застосовуються на різних рівнях системи державного управління та місцевого самоврядування. В узагальненому вигляді дані комплекси являють собою *стратегії державного управління*:

- стратегія «гармонійне благополуччя» реалізується в ситуації задоволеності і благополуччя і спрямована на погоджений розвиток даних компонентів якості життя в майбутньому;

- стратегія «формування стимулів» активізується в ситуації задоволеності і неблагополуччя і передбачає пошук і впровадження комплексу стимулів для стимулювання самоорганізації населення в процесі підвищення якості життя;

- стратегія «самоорганізація і розвиток» характерна для ситуації незадоволеності і неблагополуччя, потребує в якості умови реалізації наявності мінімально необхідною рівня довіри в соціальній системі (соціального капіталу). Реалізується з акцентом на об'єктивному компоненті якості життя при активній участі громадянського суспільства;

- стратегія «вихід з депресії» відповідає ситуації благополуччя і незадоволеності і реалізується з акцентом на суб'єктивний компонент і соціальне середовище з урахуванням виявлених проблем його організації [5].

Економічній системі притаманна циклічна динаміка. Виділяють короткі, середні і довгострокові цикли в розвитку економічних систем. Будь-який економічний цикл складається з двох основних фаз: підйому і спаду ділової активності і двох поворотних точок: піку і нижчої точки спаду. Коротка характеристика фаз економічного циклу дає можливість стверджувати, що потенційні можливості для підвищення якості життя

населення припадають на етап пожвавлення і підйому, при цьому спостерігається природне зростання добробуту громадян. Періоди спаду, навпаки потребують комплексного підходу не тільки на основі актуалізації соціальних стабілізаторів, що знижує соціальну напругу, але і концентрації зусиль громади на суб'єктивному компоненті якості життя.

Сьогодні загально визнано, що існує шість типів технологічних укладів, які послідовно змінюють один одного.. В більшості країн Європи переважає п'ятий технологічний уклад і формується шостий. Якість життя в період п'ятої хвилі, що відповідає п'ятому технологічному укладу, пов'язана з організацією довголіття, з якісним старінням. Проте, збільшення пенсійного віку потребує збереження працездатності населення у визначеному віці, що може бути забезпеченим на основі формування системи якості життя нового покоління, яка б враховувала фізіологічні можливості, соціальні потреби населення та безліч інших факторів. Суттєвий прорив у забезпеченні якісного старіння забезпечують саме технології п'ятого та шостого технологічних укладів, починаючи з розвитку робототехніки і враховуючи нові досягнення сучасної медицини, які сприятимуть підвищенню тривалості і якості життя.

Визнано, що Японія знаходиться на передньому краї процесу пошуку рішень соціальних, економічних і медичних проблем, породжених суспільством, що старіє. Відома своїми інноваціями у високотехнологічній сфері, ця країна виробляє спеціальних роботів для людей, що страждають деменцією, які забезпечують їм компанію, підвищують ступінь безпеки в будинку, а також допомагають з лікуванням. Роботизовані пристрої класифіковано на сім великих категорій: роботи механічної підтримки, що допомагають пацієнтам піднятися з ліжка чи інвалідної коляски; допоміжні роботи для забезпечення мобільності; роботи для допомоги в особистій гігієні; роботи для надання допомоги при купанні; роботи для моніторингу із сенсорними системами; роботи соціальної взаємодії; і, нарешті, терапевтичні роботи. Роботи перших чотирьох категорій можуть широко застосовуватися для допомоги всім людям похилого віку з обмеженнями фізичної рухливості.

ВИСНОВКИ

1. Пріоритет якості життя населення як одного із значущих орієнтирів державного розвитку, відображені в Конституції України. Стратегія сталого розвитку «Україна - 2020» містить 7 індикаторів, спрямованих на поліпшення якості життя населення. Програма Діяльності Уряду України включає три реформи, що мають пряме відношення до управління якістю життя. Однак, термін «якість життя» є одним з головних як на регіональному рівні так і на рівні місцевого самоврядування. Більшість територіальних громад України включає розвиток якості життя населення однією з стратегічних цілей в процесі регіонального стратегічного планування та створення місцевих програм. Разом з цим процес досягнення даної мети і її програмне втілення відрізняється високим рівнем різноманітності, в тому числі вимагає застосування методів і використання загальноприйнятих стандартів.

2. Важливими особливостями управління якістю життя населення є наступні положення:

- процес управління якістю життя не є кінцевим – «результат закінчення» може бути визначено умовно і після його досягнення процес управління може продовжуватись;

- система управління здійснюється поетапно процедури змінюють одна одну- моніторинг – аналіз – прогноз – планування - програмування – реалізація програм і оцінка зворотного зв'язку, після чого цикл повторюється спочатку;

- система індикаторів, що визначає стан об'єкта управління, є динамічною і відкритою, у міру розвитку об'єкта управління набір індикаторів переглядається і корегується;

- індикатори, які вказують на результат при цьому є постійними і включають:

1) тривалість життя населення і 2) суб'єктивну оцінку благополуччя;

- об'єкт управління є комплексним і включає елементи (громадян) середовища (економічне, соціальне, екологічне та соціально-політичне середовища), що мають значення для життєдіяльності елементів.

4. Автономне керівництво громад неможливе без державного механізму управління якістю життя населення, яке являє собою спосіб організації і функціонування органів державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства, спрямований на постійне поліпшення двох основних підсумкових параметрів його життєдіяльності - тривалості життя населення і суб'єктивного благополуччя – шляхом регулювання безлічі визначників, які постійно змінюються.

5. Сформульовано принципи управління якістю життя населення в рамках системно-еволюційної парадигми: принцип гармонії об'єктивної і суб'єктивної складових якості. Визначено, що управління якості життя не має кінцевого циклу, це постійний процес поступальних перетворень результатів економічного зростання в показниках соціального розвитку.

6. В результаті аналізу якості життя населення України, зрозуміло, що пріоритетною стратегією державного регулювання та в кожній ОТГ зокрема є стратегія «самоорганізація і розвиток», яка реалізується з акцентом на об'єктивний компонент якості життя за активної участі громадянського суспільства та вимагає наявності мінімально необхідного рівня довіри в територіальній громаді.

7. Сучасні технології передачі даних і можливості інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) містять вагомий потенціал для підвищення ефективності системи управління в цілому так і на рівні громад і реалізації стратегії управління якістю життя населення зокрема. Більшість розвинених країн світу використовують даний ресурс для спільного вироблення рішень з широким залученням громадськості. В Україні процес інформатизації функцій системи державного управління на різних рівнях її організації здійснюється з різною швидкістю.

Процеси урбанізації створюють безліч чинників, що виливають на якість

життя населення. Цей вплив може бути як позитивним (наближення до інфраструктурного центру базова можливість), так і негативним (диспропорції зростання міст як чинник, що спричиняє загрози – транспортні, екологічні, комунальні).

Процес підвищення якості життя населення потребує багатовекторної оптимізації навколишнього середовища, в якому розвиток транспортної інфраструктури має суттєве значення.

Задля підвищення якості життя населення сформувались різноманітні спільноти громадян за різними напрямками даного процесу, які орієнтовані на досягнення кінцевої мети, що проявляється в покращенні показників тривалості життя і суб'єктивної задоволеності. Для цього на базі органів місцевого самоврядування та регіонального управління доцільно створити координаційний центр, метою якого є об'єднання спільнот громадян в процес реалізації стратегії з підвищення якості життя населення і необхідна допомога діяльності даних спільнот.

Наступним етапом реалізації стратегії є забезпечення взаємодії між ініціативними групами, які представляють різнобічні верстви населення та споживачами соціальних послуг територіальних громад. Задля цього здійснюється розвиток електронних програм і проектів, що забезпечують взаємодію спільнот метою яких є підвищення якості життя населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агжанов Р. А. Социально-экономический мониторинг качества жизни населения городов / Р. А. Агжанов // Вестник Удмуртского университета, 2006. – № 2. С. 182–191.
2. Айвазян С. А. Интегральные индикаторы качества жизни населения: их построение и использование в социально-экономическом управлении и межрегиональных сопоставлениях / С. А. Айвазян – М.: ЦЭМИ РАН, 2000. – 118 с.
3. Айвазян С.А. Россия в межстрановом анализе синтетических категорий качества жизни населения / С.А Айвазян // Мир России. – 2001. - №4. – С. 59-88.
4. Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України. Збірка тез доповідей науково–практичної конференції (п'ятнадцяті марзєєвські читання). Випуск 19. – Київ. – 17-18 жовтня 2019 р.
5. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2016 році». – К.: НІСД, 2016. – 688 с.
6. Андрющенко О.Б. Державний механізм управління якістю життя населення: концептуальне забезпечення / О.Б. Андрющенко // Державне будівництво [Електронний ресурс]. – 2016. - №2. – Режим доступу до журн.: <http://www.kbuara.kharkov.ua>.
7. Андрющенко О.Б. Інформаційно-комунікаційні технології в системі державного управління як інфраструктура управління якістю життя мережевого суспільства / О.Б. Андрющенко // зб.наук.праць ДонДУУ Маріуполь: ДонДУУ, 2016. (серія «Державне управління») – С. 24-36.
8. Андрющенко О.Б. Механізм управління якістю життя населення України: науково-методичні рекомендації / О.Б. Андрющенко // Соціально-економічний розвиток країни в контексті інтегральних процесів: досвід,

- проблеми, перспективи: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. м Київ, 14-15 липня 2017 р. – Київ: КЕНЦ, 2017. – С. 26-29.
9. Антипина О. Экономическая теория счастья как направление научных исследований / О. Антипина // Вопросы экономики. – 2012. – № 2. – С. 94–107.
 10. Бабинцев, В. Стратегия устойчивого развития региона и улучшение качества жизни населения / В. Бабинцев, А. Гармашев, Г. Ушамирская // Стандарты и качество. – 2003. – № 2.
 11. Бабинцев, В. Стратегия устойчивого развития региона и улучшение качества жизни населения / В. Бабинцев, А. Гармашев, Г. Ушамирская // Стандарты и качество. – 2003. – № 2.
 12. Беляева Л.А. Уровень и качество жизни. Проблемы измерения и интерпретации / Л. А. Беляева // Социс. – 2009. – № 1. – С. 33-42.
 13. Бестужев-Лада И. В. Методические проблемы исследования качества, уровня и образа жизни / И. В. Бестужев-Лада // Современные концепции уровня, качества и образа жизни. - М. : ИСИ АН СССР, 1978. - 189 с.
 14. Бойцов Б. В. Системная целостность качества жизни / Б. В. Бойцов, Ю. В. Крянев, М. А. Кузнецов // Стандарты и качество. – 1999. – № 5.
 15. Верховна Рада України: офіційний веб-сайт [Електронний ресурс] Законодавство. України. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws>.
 16. Вимірювання якості життя в Україні, Аналітична доповідь / [Е.М. Лібанова, О.М. Гладун, Л.С. Лісогор та інші] – К.: 2013. – 48 с.
 17. Вікіпедія [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://wikipedia.org>.
 18. Головне управління статистики у Хмельницькій області. [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://www.km.ukrstat.gov.ua/ukr/index.htm>
 19. Григорян Г.М. Качество жизни и его место в системе отношений общества / Г.М. Григорян, О.В. Исакина // Социальная экономика.– 2009. – № 1. – С.144- 155.

20. Громадське здоров'я об'єднаних територіальних громад та інтегративна сімейна медицина / Р. Ю. Грицко, Б. Б. Лемішко, І. І. Фуртак // Семейная медицина. - 2017. - № 3. - С. 51-55.
21. Децентралізація: сайт [Електронний ресурс] Медицина Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/health>
22. Зубаревич Н.В. Социальное развитие регионов России: проблемы и тенденции переходного периода. М.: Едиториал УРРС, 2003. – 264с.
23. Калинина Г. В. «Качество жизни» как феномен социального развития // Вестник ЧГУ. 2006. №7. С.67- 79
24. Качество жизни населения: грани проблем в фокусе преобразований: Коллективная монография / Под ред. канд. экон. наук доц. Н. А. Ворониной, канд. экон. наук доц. Е. Г. Кузнецовой. – Саратов: Издательство «КУБиК», 2012.- 150с.
25. Качество роста. 2000 / В. Томас и др. М.: Изд-во «Весь мир», 2001. – 352 с.
26. Кизим Н.А. Качество жизни населения и внешнеэкономическая деятельность предприятий / Н. А. Кизим, В. А. Зинченко. – Х. : ИД «ИНЖЕК», 2009. – 184 с.
27. Ким М.Н., Комаренко О. А. Уровень и качество жизни: теоретический анализ, состояние и факторы в Украине / М. Н. Ким, О. А. Комаренко // Социальная экономика.- 2015. № 1. – С.85 – 94.
28. Комаренко О.О. Рівень і якість життя: економічні підстави / О.О.Комаренко // Вісник економіки транспорту і промисловості № 59, 2017. – С.290-300.
29. Конституція України. [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1996. – № 30. – с. 141. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
30. Королюк Ю. Г Концепція якості життя в управлінні регіональними соціально-економічними системами // Інвестиції: практика та досвід № 21/2010. –С.66-69.

- 31.Кривошей В.А., Школкина Н. В. Качество жизни и показатели уровня жизни населения / В.А Кривошей, Н. В. Школкина // Фундаментальные и прикладные исследования кооперативного сектора экономики. Научнотеоретический журнал, 2013, № 4. С. 3-6.
- 32.Людський розвиток регіонів України : моногр. / за ред. Е. М. Лібанової. – К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 328 с.
- 33.Мандибура В. О. Рівень життя України та механізми його регулювання Соціально-економічні питання Вісник економіки транспорту і промисловості № 59, 2017 299 [Текст]: Автореф. дис. д-ра екон. наук: 08.09.01 / В. О Мандибура; НАН України. Ін-т економіки. – К., 1999. – 36 с.
- 34.Мандибура В.О. Рівень життя населення України та проблеми реформування механізмів його регулювання / В. О. Мандибура. – К. : Парлам. вид-во, 1998. – 256 с.
- 35.Мельниченко О.А. Підвищення рівня та якості життя населення: механізм державного регулювання : моногр. / О. А. Мельниченко. – Х. : Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2008. – 232 с.
- 36.Михальченко Г. Г. Відтворення та розвиток населення в контексті забезпечення гідної якості життя: монографія // Г.Г. Михальченко – Донецьк: «ВІК», 2012 – 333с.
- 37.Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/>
- 38.Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України. [Електронний ресурс] Регіональні стратегії розвитку. - Режим доступу: <http://www.minregion.gov.ua/napryamki-diyalnosti/regsonal-dev/derzhavna-rehional-na-polityka/strategichne-planuvannya-regionalnogo-rozvitku/regionalni-strategiyi-rozvitku>.
- 39.Моторнюк У. І. Соціальна політика як необхідна умова функціонування соціальної держави / У.І. Моторнюк // Економіка та держава. – 2016. - №12. – С. 23-26.

- 40.Надолішній П.І. Теорія та історія державного управління (опорний конспект лекцій до навчальної дисципліни): навч. посіб. / П.І. Надолішній. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2006. – 126 с.
41. Народное благосостояние: Тенденции и перспективы / Е.М. Аврамова [и др.]; АН СССР, Госкомтруд СССР, Ин-т соц. – экон. проблем народонаселения; отв. ред. Н.М. Римашевская, Л.А. Оников. – М.: Наука, 1991. – 253 с
- 42.Новий адмінтерустрій: НСЗУ визначила алгоритм дій комунальних медзакладів та їх власників. [Електронний ресурс] Режим доступа: <https://decentralization.gov.ua/news/12989>
- 43.Офіційний веб-сайт Державного комітету статистики України [Електронний ресурс] Статистична інформація. - Режим доступу: <http://www.ukrsta.gov.ua>.
- 44.Офіційний сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс] Конституція України. Закон від 28.06.1996 №254к/96-ВР, чинний. – Режим доступу: <http://zakon1/rada.gov.ua/>
- 45.Пальчук В. Розвиток первинного рівня медицини в ОТГ [Електронний ресурс] / В. Пальчук // Україна: події, факти, коментарі. – 2019. – № 22. – С. 38–44.
- 46.Политэкономия (история экономических учений, экономическая теория, мировая экономика): учебник для вузов / под ред. Д. В. Валового. – М.: ЗАО «Бизнес-школа»; «Интел-синтез», 1999. – 400 с.
- 47.Пономаренко В.С. Рівень і якість життя населення України : моногр. / В. С. Пономаренко, М.О. Кизим, Ф. В. Узунов. – Х. : ВД «ІНЖЕК», 2003. – 266 с.
- 48.Понятие уровня жизни населения (Электронный ресурс) Режим доступа: <http://www.simpleeconomic.ru/silems-337-3.html>.
49. Попов, С.И. Проблема качества жизни в современной идеологической борьбе / С.И. Попов. – М.: Политиздат, 1977. – 275 с.
- 50.Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII (Із змінами, внесеними згідно із

- Законами № 294-IX від 14.11.2019, ВВР, 2020, № 5, ст.31 № 421-IX від 20.12.2019, ВВР, 2020, № 27, ст.176 № 524-IX від 04.03.2020, ВВР, 2020, № 38, ст.279 № 720-IX від 17.06.2020).
51. Про добровільне об'єднання територіальних громад: Закон України від 05.02.2015 р. № 157-VIII. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-19#Text>
52. Про Стратегію сталого розвитку "Україна - 2020": Указ Президента. - № 5/2015 від 12 січня 2015 року». [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text> указ президента
53. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text>
54. Програма діяльності Уряду [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua>.
55. Публічне управління в забезпеченні сталого (збалансованого) розвитку:[навч. посіб.] / [Т. К. Гречко, С.А. Лісовський, С.А. Романюк, Л.Г. Руденко]. – Херсон: Д.С. Грінь. – 2015. – 264 с.
56. Резолюція Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я: проблеми та перспективи розвитку» від 29 листопада 2018 р. (ДУ "Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМНУ")
57. Рыночная экономика: 200 терминов/под общ. Ред. Г.Я. Кипермана. – М.: Политиздат, 1991. – 224 с.
58. Соколова М. С. Основы социальной политики : учебно-метод. комплекс для бакалавров / М. С. Соколова, О. В. Ящерицына. – М. : Изд. дом "АТИСО", 2008. – С. 78.
59. Социальная политика, уровень и качество жизни. Словарь. - М.: Издательство ВЦУЖ, 2001. - 288 с.

60. Старченко Л. В. Оцінка якості життя населення регіону в умовах сталого розвитку: монографія / за заг. ред. к.е.н., доц. І. М. Сотник. - Суми: Сумський державний університет, 2010. – 270 с.
61. Статистичні звіти закладів охорони здоров'я Хмельницької області (програмний комплекс «МедСтат») [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.doz.adm-km.gov.ua/>
62. Сьомкіна Т. В. Соціальна функція держави: проблеми соціалізації економічного розвитку України / Т. В. Сьомкіна, О. В. Тарасевич // Экономика и управление : науч.-практ. журн. – 2011. – № 5. – С. 63–67.
63. Токарский Б. Л., Токарская Н. М. Определение взаимосвязи качества жизни с уровнем жизни населения / Б. Л. Токарский, Н. М. Токарская // Известия ИГЭА – 2011. - № 4(78). – С. 200-204
64. Тютюнникова С.В. Качество жизни населения: содержание, особенности и тенденции в XX веке / С.В. Тютюнникова, В.В. Бронницкая // Социальная экономика. – 2010. - № 1. – С.160-168.
65. Український фонд «Благополуччя дітей» 2004–2020». [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://childfund.org.ua/>
66. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/>
67. Факторы, влияющие на здоровье и продолжительность жизни человека [Електронний ресурс] Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/2194766/page:23/>
68. Философский энциклопедический словарь / Гл. ред. Л. Ф. Ильичёв, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалёв, В. Г. Панов. М.: Сов.энциклопедия, 1983.— 840 с.
69. Халецька А. А. Сучасні виміри соціальної політики держави: європейський досвід / А. А.Халецька // Інвестиції: практика та досвід. – 2010. – № 6. – С. 62–66.
70. Халецька А. А. Теоретичні основи формування цілісної системи державного регулювання соціальної сфери А. А. Халецька // Економіка та держава. – 2009. – № 5. – С. 61–63.

71. Центр досліджень соціальних комунікацій НБУВ. [Електронний ресурс]
Режим доступу: <http://www.nbuviar.gov.ua/>
72. Шабашев В.А., Морозова Е.А. Уровень жизни, качество жизни, социальная защищенность – общее и особенное // Вестник Кузбасского государственного технического университета. 2005. № 6. С. 103–109.
73. Global Education Digest 2011. Comparing Education Statistics Across the World. – Montreal. Canada: The UNESCO Institute for Statistics, 2011. – 309 p
74. International Labor Organisation / Employment, Growth and Basic Needs: a One-World Problem. Geneva: ILO, 1976. – 177p.
75. Sen A. Commodities and Capabilities / A. Sen. – Amsterdam, 1985. – 130 p.
Соціально-економічні питання Вісник економіки транспорту і промисловості № 59, 2017 300 p.
76. Walter Radermacher, Walter (Director General of Eurostat; Chief Statistician of the EU). Measuring prosperity and quality of life / Keynote Speech at the Austrian Federal Ministry of Finance in Vienna, May 2010 // http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/gdp_and_beyond/documents/wr_speech.pdf
77. Istanbul OECD World Forum on Statistics, Knowledge and Policy / «Measuring and Fostering the Progress of Societies» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.oecd.org/site/worldforum06/istanbulworldforum-measuringandfosteringtheprogressofsocieties.htm>
78. Beyond GDP: Measuring progress, true wealth, and the well-being of nations: European Commission, European Parliament, Club of Rome, WWF and OECD Conference. 19-20 November 2007 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.beyond-gdp.eu/proceedings/bgdp_proceedings_full.pdf

79.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Кількість Центрів ПМСД в Хмельницькій області

| | 2013 рік | 2014 рік | 2015 рік | 2016 рік | 2017 рік | 2018 рік | 2019 рік | 01.11. 2020 р. |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------|
| Всього | 21 | 21 | 21 | 23 | 26 | 31 | 32 | 32 |
| в т.ч. | | | | | | | | |
| • в сільських адміністративних районах | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 27 | 28 | 28 |
| • в містах | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 |

ДОДАТОК Б

**Кількість ФАПів (ФП) в Хмельницькій області
з 2010 року по 01.11.2020 рр.**

| № п/ п | Назва районів | Звітний період / Кількість ФАПів (ФП) | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|---------------------|
| | | 2010 рік | 2011 рік | 2012 рік | 2013 рік | 2014 рік | 2015 рік | 2016 рік | 2017 рік | 2018 рік | 2019 рік | 01.11. 2020 р. | +,- 2020 до 2010 |
| 1 | Білогірський | 40 | 39 | 39 | 39 | 39 | 39 | 39 | 38 | 38 | 33 | 31 | -9 |
| 2 | Віньковецький | 29 | 27 | 25 | 25 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 20 | 16 | -13 |
| 3 | Волочиський | 63 | 57 | 55 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 50 | 51 | 51 | -12 |
| 4 | Городоцький | 49 | 49 | 49 | 49 | 49 | 49 | 49 | 48 | 48 | 40 | 40 | -9 |
| 5 | Деражнянський | 42 | 38 | 38 | 38 | 38 | 37 | 37 | 31 | 32 | 32 | 24 | -18 |
| 6 | Дунаєвецький | 58 | 60 | 58 | 58 | 58 | 58 | 58 | 54 | 54 | 54 | 45 | -13 |
| 7 | Ізяславський | 49 | 47 | 45 | 45 | 45 | 45 | 44 | 40 | 39 | 39 | 39 | -10 |
| 8 | Кам'янець- Подільський | 86 | 86 | 86 | 86 | 86 | 85 | 85 | 82 | 76 | 74 | 74 | -12 |
| 9 | Красилівський | 66 | 64 | 64 | 63 | 63 | 60 | 60 | 56 | 55 | 55 | 54 | -12 |
| 10 | Летичівський | 37 | 37 | 36 | 36 | 36 | 36 | 35 | 34 | 33 | 28 | 27 | -10 |
| 11 | Новоушицький | 42 | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 | 45 | 44 | 44 | 45 | 44 | 2 |
| 12 | Полонський | 27 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 23 | 18 | 18 | 18 | -9 |
| 13 | Славутський | 54 | 54 | 47 | 47 | 47 | 43 | 43 | 43 | 42 | 42 | 42 | -12 |
| 14 | Старокостянтинівськ ий | 58 | 58 | 56 | 56 | 56 | 55 | 55 | 53 | 50 | 46 | 40 | -18 |
| 15 | Старосинявський | 33 | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 22 | 22 | -11 |
| 16 | Теофіпольський | 45 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 43 | 40 | 35 | -10 |
| 17 | Хмельницький | 62 | 62 | 58 | 57 | 56 | 55 | 55 | 55 | 55 | 55 | 55 | -7 |
| 18 | Чемеровецький | 48 | 49 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 38 | -10 |
| 19 | Шепетівський | 48 | 48 | 28 | 28 | 28 | 28 | 27 | 28 | 31 | 32 | 32 | -16 |
| 20 | Ярмолинецький | 47 | 46 | 44 | 40 | 40 | 40 | 40 | 39 | 39 | 36 | 35 | -12 |
| | Всього по районах | 983 | 964 | 919 | 910 | 909 | 897 | 893 | 863 | 846 | 810 | 762 | -221 |
| | +,- звітний рік до попереднього періоду | | -19 | -45 | -9 | -1 | -12 | -4 | -30 | -17 | -36 | -48 | -173 |

ДОДАТОК В

Укладено пацієнтами декларацій з лікарями первинної медичної допомоги (за даними Національної служби здоров'я України)

| Звітна дата | Кількість декларацій | | % поданих декларацій від загальної чисельності населення |
|---------------|----------------------|---|--|
| | ВСЬОГО | <i>в т.ч. в Центрах ПМСД сільських адміністративних районів</i> | |
| 31.12.2018 р. | 833 202 | <i>568 720</i> | 65,38 |
| 31.12.2019 р. | 1 018 191 | <i>669 307</i> | 80,51 |
| 01.11.2020 р. | 1 065 325 | <i>694 243</i> | 84,91 |

ДОДАТОК Г

**Кількість ліжок цілодобових стаціонарів в закладах охорони здоров'я
Хмельницької області з 2010 року по 2020 рік**

| Територія | 2010 рік | 2011 рік | 2012 рік | 2013 рік | 2014 рік | 2015 рік | 2016 рік | 2017 рік | 2018 рік | 2019 рік | 30.09.2020 р. | + , - 2020 до 2010 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------------|
| Обласні заклади охорони здоров'я | 4 005 | 3 815 | 3 840 | 3 760 | 3 665 | 3 580 | 3 455 | 3 425 | 3 390 | 3 365 | 2 885 | -1 120 |
| м. Кам'янець-Подільський | 510 | 510 | 510 | 510 | 510 | 510 | 490 | 490 | 490 | 490 | 448 | -62 |
| м. Хмельницький | 1490 | 1490 | 1490 | 1470 | 1445 | 1495 | 1475 | 1440 | 1410 | 1410 | 1470 | -20 |
| м. Нетішин | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 170 | 150 | 150 | 150 | 150 | -90 |
| Всього по містах | 2 240 | 2 240 | 2 240 | 2 220 | 2 195 | 2 245 | 2 135 | 2 080 | 2 050 | 2 050 | 2 068 | -172 |
| Білогірський | 175 | 165 | 150 | 150 | 150 | 145 | 122 | 122 | 120 | 114 | 114 | -61 |
| Вінковецький | 160 | 150 | 130 | 130 | 130 | 130 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | -40 |
| Волочиський | 323 | 290 | 275 | 275 | 275 | 265 | 235 | 230 | 230 | 230 | 215 | -108 |
| Городоцький | 315 | 278 | 278 | 262 | 256 | 256 | 230 | 215 | 215 | 190 | 180 | -135 |
| Деражнянський | 195 | 180 | 180 | 170 | 165 | 155 | 130 | 124 | 124 | 120 | 120 | -75 |
| Дунаєвецький | 385 | 360 | 300 | 280 | 280 | 280 | 259 | 259 | 244 | 239 | 239 | -146 |
| Ізяславський | 259 | 239 | 234 | 234 | 234 | 229 | 202 | 192 | 192 | 186 | 178 | -81 |
| Кам'янець-Подільський | 420 | 385 | 385 | 385 | 385 | 385 | 354 | 354 | 349 | 349 | 334 | -86 |
| Красилівський | 345 | 290 | 290 | 290 | 280 | 280 | 220 | 214 | 214 | 214 | 214 | -131 |
| Летичівський | 185 | 185 | 170 | 146 | 146 | 146 | 125 | 125 | 120 | 120 | 110 | -75 |
| Новоушицький | 190 | 172 | 170 | 162 | 157 | 152 | 117 | 117 | 110 | 110 | 100 | -90 |
| Полонський | 250 | 226 | 220 | 220 | 220 | 220 | 190 | 180 | 180 | 175 | 145 | -105 |
| Славутський | 355 | 345 | 340 | 330 | 330 | 328 | 270 | 270 | 265 | 265 | 265 | -90 |
| Старокостянтинівський | 375 | 360 | 360 | 340 | 340 | 340 | 280 | 280 | 280 | 280 | 272 | -103 |
| Старосинявський | 160 | 139 | 139 | 120 | 120 | 120 | 110 | 100 | 100 | 100 | 100 | -60 |
| Теофіпольський | 170 | 156 | 156 | 146 | 139 | 139 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | -60 |
| Хмельницький | 265 | 265 | 245 | 245 | 245 | 245 | 245 | 235 | 235 | 225 | 210 | -55 |
| Черновецький | 285 | 245 | 245 | 220 | 220 | 205 | 183 | 183 | 183 | 183 | 132 | -153 |
| Шепетівський | 420 | 400 | 390 | 370 | 370 | 475 | 400 | 395 | 395 | 370 | 370 | -50 |
| Ярмолинецький | 175 | 175 | 165 | 155 | 145 | 145 | 123 | 115 | 115 | 115 | 115 | -60 |
| Всього по районах | 5 407 | 5 005 | 4 822 | 4 630 | 4 587 | 4 640 | 4 025 | 3 940 | 3 901 | 3 815 | 3 643 | -1 764 |
| Всього по області | 11 652 | 11 060 | 10 902 | 10 610 | 10 447 | 10 465 | 9 615 | 9 445 | 9 341 | 9 230 | 8 596 | -3 056 |
| + , - до попереднього періоду | | -592 | -158 | -292 | -163 | 18 | -850 | -170 | -104 | -111 | -634 | |