

УДК 614.2:35.072.1

*В. А. Довженко,**к. е. н., доцент, кафедра економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління, Житомирський національний агроекологічний університет, м. Житомир
ORCID ID: 0000-0001-7441-3535**Л. І. Симоненко,**к. е. н., доцент, кафедра економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління, Житомирський національний агроекологічний університет, м. Житомир
ORCID ID: 0000-0001-6924-3885**О. В. Іванюк,**к. е. н., старший викладач, кафедра економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління, Житомирський національний агроекологічний університет, м. Житомир
ORCID ID: 0000-0003-2089-0867*

DOI: 10.32702/2306-6814.2019.9.83

ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ПОЛІТИКИ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ВЛАДИ

V. Dovzhenko,

PhD in Economics, Associate Professor, Department of Economic Theory, Intellectual Property and Public Administration, Zhytomyr National Agroecological University, Zhytomyr

L. Symonenko,

PhD in Economics, Associate Professor, Department of Economic Theory, Intellectual Property and Public Administration, Zhytomyr National Agroecological University, Zhytomyr

O. Ivaniuk,

Ph.D., Associate Professor, Department of Economic Theory, Intellectual Property and Public Administration, Zhytomyr National Agroecological University, Zhytomyr

IMPACT OF DECENTRALIZATION ON HEALTH CARE SERVICES IN RURAL AREAS

Одними із найважливіших аспектів життєдіяльності сільського населення є здоров'я, освіта, добробут. Якість життя населення значною мірою визначається рівнем його здоров'я. Особливо важливими питання якості надання медичних послуг є для сільських жителів, що проживають на території радіоактивного забруднення.

У результаті дослідження встановлено, що для сільського населення радіоактивно забруднених територій найбільш доступними є послуги фельдшерсько-акушерських пунктів. Переважна більшість сільських жителів задоволені послугами медичних закладів, до яких вони звертались, проте відмічають високу вартість лікарських засобів та обмежений через це доступ до повноцінного лікування. Найбільш поширеними захворюваннями сільських жителів радіоактивно забруднених територій є хвороби вуха, горла, носа, головні болі, серцево-судинні захворювання та хвороби кісток і суглобів. Водночас слід зазначити, що серцево-судинні захворювання та захворювання кісток і суглобів найчастіше визначені як хронічні.

Реформування системи охорони здоров'я супроводжується закриттям невеликих міжсільських лікарень, що змушує сільських жителів вдаватись до самолікування та застосувати засоби народної медицини. Налагодження системи надання якісних та доступних медичних послуг у сільській місцевості пов'язано із вирішенням питання кадрового забезпечення первинної ланки медицини висококваліфікованими спеціалістами та фінансового забезпечення модернізації закладів медичного обслуговування в межах госпітальних округів.

Decentralization reform has been introduced to make civil services easily accessible to all the people. People's wellbeing in rural areas is based on healthcare, education and welfare systems. The quality of life is primarily predetermined by the quality of healthcare system. To this end, decentralization in healthcare system has been vividly discussed by both academia and governmental officials. The latter is of particular importance for rural area residents, incl. those inhabiting nuclear polluted areas.

The sociologic research proves that currently inhabitants of rural population of radioactively contaminated territories have vast access to rural health posts. In the meantime, inhabitants of rural areas constantly visit chemist's shops that indicates considerable and numerous health problems. The majority of urban area population are satisfied with the services of health posts, they have addressed so far, however they point out pricy pharmaceuticals and limited access to proper and comprehensive treatment. The most common diseases of inhabitants of rural population of radioactively contaminated are otorinolaryngologic diseases, headaches, cardiovascular diseases and arthronosos. Besides, cardiovascular diseases and arthronosos are mostly of deep long-lasting nature.

As the results of survey suggest, mostly inhabitants of rural nuclear polluted areas have to pay for health care services themselves. The Chernobyl Area State Fund hardly properly fulfills its welfare support functions, that include but are not limited to prvision of free health treatment, vacations, healthy food etc. Thus, it is of utmost importance to strengthen social and economic processes in rural nuclear polluted areas so as to increasewellbeing of its residents.

Reform of health care system entails closure of small rural hospitals servicing several villages, which forces inhabitants of rural areas to resort to self-treatment and use of traditional medicine and consequently limits access to health care services and leads to increase in number of diseases. Provision of high quality and affordable health care services in rural areas depend on proper staffing of rural health posts with well-qualified doctors and nurses as well as financing of modernization of health posts.

Ключові слова: якість життя, медичні послуги, реформа, децентралізація, сільська місцевість, радіоактивно забруднені території.

Key words: welfare, healthcare services, reform, decentralization, rural area, nuclear polluted area.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Реформа децентралізації, що активно реалізується в останні роки, передбачає передачу частини повноважень на місцевий рівень управління, гарантувати належне ресурсне забезпечення місцевих громад та, як наслідок, має на меті створити умови, за яких послуги наближаться до людей. В контексті концептуальних засад децентралізації в країні загалом, впроваджуються заходи децентралізації у сфері охорони здоров'я. Децентралізація у сфері охорони здоров'я передбачає чітке розмежування медичного обслуговування: на рівні громади — первинна та екстрена допомога, на рівні госпітального округу — основні медичні послуги та профілактика захворювань, на обласному рівні — спеціалізована медична допомога. Для людини найвищою цінністю вважається її здоров'я та самопочуття, тому

питання якісних, своєчасних та фінансово доступних медичних послуг є особливо актуальними в період реалізації реформ. Так, проблеми надання послуг закладами первинної та вторинної медицини для сільських жителів радіоактивно забруднених територій в умовах реалізації політики децентралізації наразі залишаються не до кінця вирішеними.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПУБЛІКАЦІЙ

Питанням нормативно-правового забезпечення реформ у медичній сфері, інституційного та фінансового забезпечення надання послуг з охорони здоров'я, гарантування доступу до якісних медичних послуг присвячені дослідження Н.Т. Гончарук [1], О.Р. Західної, Ю.І. Мидлик [4], К.В. Павлюк, О.В. Степанової [7],

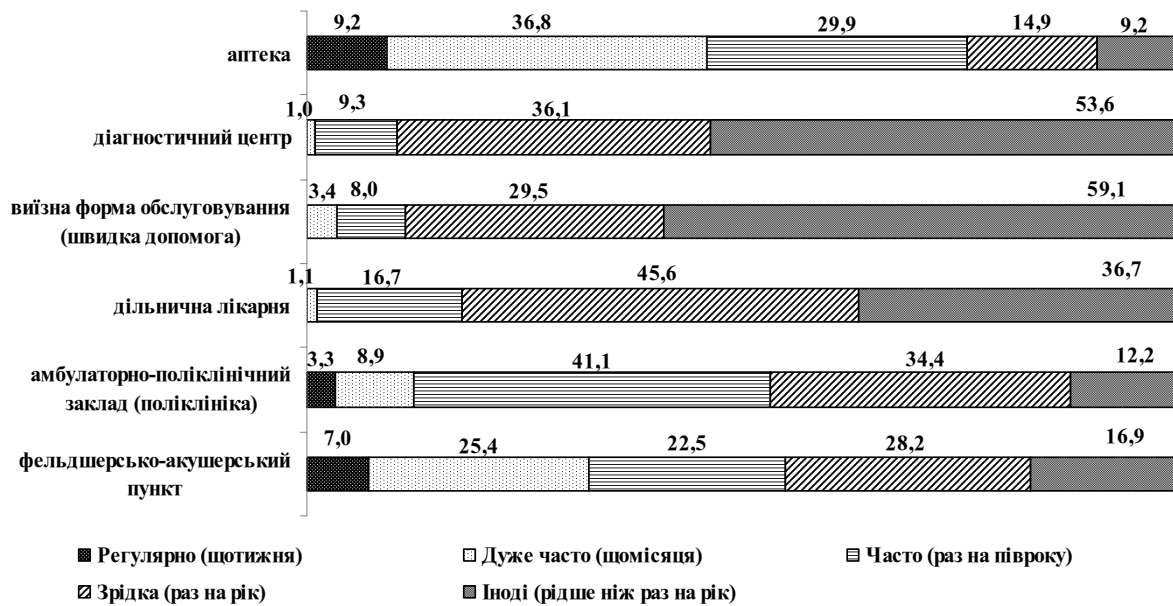


Рис. 1. Частота відвідувань закладів охорони здоров'я сільським населенням радіоактивно забруднених територій (розподіл відповідей респондентів у %)

Джерело: власні дослідження.

Ю.Б. Яценка, М.В. Шевченко [14] та ін. Міжнародний досвід децентралізації у сфері охорони здоров'я та її фінансового забезпечення вивчали Є.А. Кульгінський [5; 6], В.В. Чабан [12], О.В. Яремчук [13] та ін.

Проте, незважаючи на певні напрацювання і здобутки вітчизняної науки, питання вивчення кількості та якості медичних послуг для жителів сільських населених пунктів та реалізації державної політики медичного обслуговування потребують додаткових досліджень.

МЕТА, ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕНЬ

Метою дослідження є вивчення показників якості надання медичних послуг сільському населенню на радіоактивно забруднених територіях та обґрунтування напрямів їх покращання в умовах реалізації політики децентралізації. Для досягнення мети було передбачено виконання таких завдань: проаналізовано стан сфери охорони здоров'я, зокрема наявність відповідних закладів у сільських населених пунктах на території радіоактивного забруднення; оцінено рівень задоволеності населення послугами, що надають заклади охорони здоров'я; вивчено рівень захворюваності сільського населення радіоактивно забруднених територій та фінансове забезпечення медичних послуг; обґрунтовано напрями політики децентралізації медичної сфери.

Відповідно до поставленої мети процес дослідження проводився із застосуванням абстрактно-логічного методу дослідження, методів індукції та дедукції, аналізу і синтезу, узагальнення, соціометричного.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Сутність категорії "якість життя" слід розглядати як комплексне поняття, що в порівнянні в просторі і часі формі відображає ступінь задоволення матеріальних, культурних і духовних потреб людини, яке оцінюється як за рівнем задоволеності людиною своїм життям за його власною суб'єктивною самооцінкою, так і вимірюється

компетентними й інформованими фахівцями з набору об'єктивних показників [10]. Висока якість життя населення неможлива без покращання здоров'я, забезпечення інтеграції в суспільство, формування сприятливого навколишнього середовища та досягнення мінімального рівня матеріального добробуту [16]. Отже, одним із синтетичних індикаторів якості життя є здоров'я людини. При цьому відповідно до подання ВООЗ категорія здоров'я містить у собі категорії фізичного, психічного, духовного та соціального здоров'я [11]. Рівень охорони здоров'я працівників, соціально-економічний розвиток країни, якість життя і добробут усього населення тісно пов'язані між собою [9]. Тому можна визначити, що якість життя — це сукупність природних і соціальних умов, що забезпечують (не забезпечують) комплекс здоров'я людини — особистого та громадського.

У віддалений від аварії на ЧАЕС період на території радіоактивно забруднених районів Житомирщини спостерігаються певні негативні зміни у економічному та соціальному середовищі їх життєдіяльності. Соціально-економічні наслідки катастрофи знайшли своє відображення у погіршенні стану здоров'я мільйонів постраждалих, соціально-психологічній напрузі серед населення та демографічних змінах. Для вивчення соціально-економічних параметрів якості життя сільського населення на території радіоактивного забруднення Полісся Житомирщини було проведено соціологічне дослідження, в якому взяли участь 210 респондентів (1 % генеральної сукупності) — сільських жителів критичних за радіоактивним забрудненням населених пунктів зони безумовного (обов'язкового) відселення та зони гарантованого добровільного відселення Житомирської області.

Якість життя сільського населення радіоактивно забруднених територій характеризує відповідність середовища проживання людини її потребам, що інтегрально відображають середню тривалість життя, міру здоров'я людей і рівень їхньої захворюваності (фізичної та психологічної), стандартизованого для групи на-

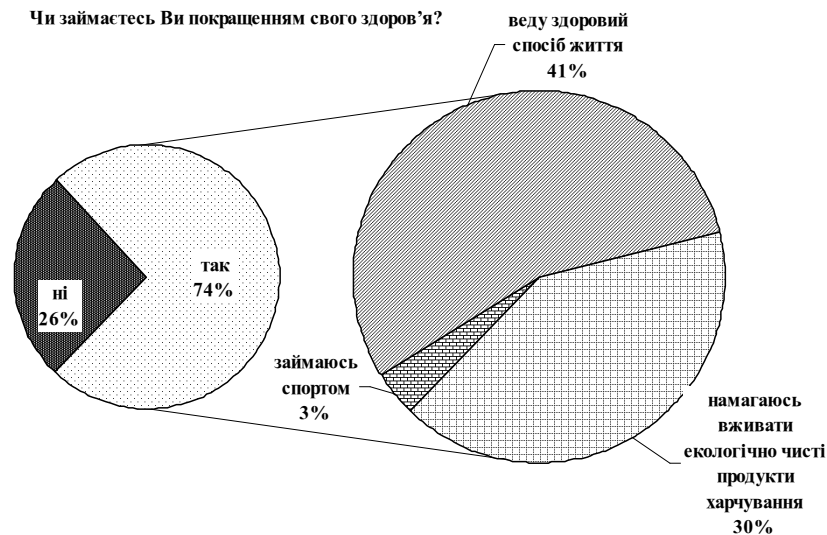


Рис. 2. Розподіл відповідей сільських жителів радіоактивно забруднених територій щодо способів покращення свого здоров'я

Джерело: власні дослідження.

селення [15]. В ході проведеного дослідження респонденти визначили, що найтісніше якість їхнього життя пов'язана зі станом здоров'я (5,2 бали із 6 можливих) та матеріальним становищем (4,6 бали). Така ситуація свідчить про те, що сільські жителі все ж сподіваються на власні сили у процесі задоволення потреб та формування належних умов життєдіяльності.

У результаті опитування було визначено, що соціальна захищеність (3,4 бали) та житлові умови (3,2 бали) також мають значний вплив на формування якості життя сільського населення радіоактивно забруднених територій. Інші критерії є менш важливими: положення у суспільстві (2,2 бали), умови роботи (2,1 бали). Тобто респонденти не вважають положення у суспільстві за основу якісних характеристик їхнього існування, що пояснюється міграцією людей з певним статусом в "умовно чисті" території.

Зважаючи на зазначені вище результати дослідження, проаналізуємо стан сфери охорони здоров'я та рівень захворюваності сільського населення радіоактивно забруднених територій. Слід зазначити, що для більшості сільського населення радіоактивно забруднених територій найбільш доступними є послуги фельдшерсько-акушерських пунктів, про наявність яких у своєму селі вказали 43,8% респондентів. Близько чверті сільського населення радіоактивно забруднених територій мають можливість користуватись послугами аптек (26,7 %) та амбулаторно-поліклінічного (22,9 %) закладу на території свого населеного пункту.

Найчастіше сільські жителі радіоактивно забруднених територій відвідують аптеку та фельдшерсько-акушерський пункт (рис. 1). Досить поширеними є послуги аптечних закладів, до яких 9,2 % опитаних сільських жителів звертається щотижня, 36,8 % — щомісяця, 29,9% — раз на півроку. Тобто серед опитаних три чверті хоча б один раз на півроку відвідують аптеку (75,9%) та половина — фельдшерсько-акушерський пункт (54,9 %). Досить часто жителі сільських населених пунктів користуються послугами амбулаторно-поліклінічних закладів, які 3,3 % відвідують щотижня, а 50% — не рідше одного разу на півроку.

Переважна більшість респондентів (82,1 %) задоволені послугами фельдшерсько-акушерських пунктів. Відмічається також високий рівень задоволеності послугами інших медичних закладів, зокрема амбулаторно-поліклінічних — 74,2 %, дільничних лікарень — 74,7%, діагностичних центрів — 85,9 % респондентів. Зовсім не задоволені послугами аптек 4,3 % респондентів, а скоріше не задоволені — 12 %. Ці відповіді переважно зумовлені високими цінами, що обмежують доступність ліків для сільських жителів. Близько чверті жителів сільських населених пунктів радіоактивно забруднених територій скоріше не задоволені послугами амбулаторно-поліклінічних закладів — 22,6 % та дільничних лікарень — 24,2 % відповідей. Найнижче сільські жителі оцінили доступність послуг вище зазначених закладів та рівень їх забезпеченості необхідним обладнанням, водночас професіоналізм медичних працівників респонденти оцінюють на достатньо високому рівні.

В умовах реформування системи охорони здоров'я протягом останніх років спостерігається закриття невеликих міжсільських лікарень. Така ситуація змушує сільських жителів вдаватись до самолікування, застосування засобів народної медицини, звернення до лікарських закладів у найближчих містах, що певною мірою обмежує отримання повноцінних медичних послуг, низький рівень діагностування захворювань на початкових стадіях та зростання рівня захворюваності. В ході дослідження було встановлено, що найбільш поширеними захворюваннями сільських жителів радіоактивно забруднених територій є хвороби вуха, горла, носа, головні болі, серцево-судинні захворювання та хвороби кісток і суглобів. Про наявність хронічних хвороб відзначили 14,3 % респондентів — серцево-судинні захворювання; 11,4 % — захворювання кісток і суглобів; 5,7 % — головні болі; 4,8 % — захворювання нервової системи. Найчастіше з Чорнобильською катастрофою сільські жителі радіоактивно забруднених територій пов'язують серцево-судинні хвороби та головні болі, а також захворювання кісток і суглобів та системи кровообігу й нервової. Слід також зазначити, що 41,9%

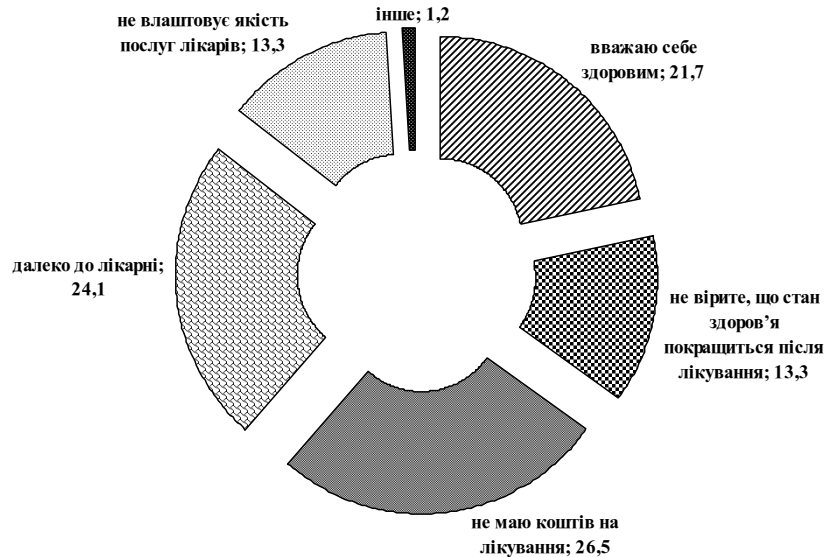


Рис. 3. Розподіл відповідей респондентів на запитання: "Чому Ви не користуєтесь послугами лікарень?", %

Джерело: власні дослідження.

опитаних респондентів щороку проходять медичний огляд, проте 20% респондентів не пам'ятають коли це було.

Найчастіше, згідно результатів опитування, сільські жителі радіоактивно забруднених територій отримують медичні послуги за власні кошти. Лише 7,5% респондентів відзначили довіру до фінансування медичних послуг через лікарняну касу. З результатів дослідження можна стверджувати, що держава не приділяє достатньої уваги медичному забезпеченню населення, що постраждало внаслідок аварії на ЧАЕС, тому що жоден із опитаних сільських жителів не користувався коштами Чорнобильського фонду для лікування. Підтвердженням цього є також те, що лише четверо осіб із опитаних оздоровлювались у 2016 р. за кошти Чорнобильського фонду.

Отже, на сьогодні існує потреба реформування управління соціальним захистом в тих державних структурах, які займаються проблемами Чорнобиля й інших радіаційних аварій і катастроф. Надання соціальної допомоги треба зберегти і в майбутньому, але державна соціальна політика має розширити свій діапазон і не зводитися лише до соціальної допомоги. В основу соціальної політики доцільно покласти принцип соціальної реабілітації активних індивідів і спільнот, а не тільки медичну й матеріальну допомогу [8].

Важливе значення для здоров'я мають власні зусилля. В ході дослідження було встановлено, що майже 70% респондентів не мають шкідливих звичок. При цьому 74% опитаних займаються покращенням свого здоров'я, зокрема, 41% — ведуть здоровий спосіб життя, 30% — намагаються вживати екологічно чисті продукти харчування, 3% — займаються спортом.

Значними перешкодами в покращенні рівня здоров'я населення є брак інформації щодо хронічного перебігу захворювань, нехтування та недбайливе ставлення до власного самопочуття і здоров'я, недоступність діагностичних медичних послуг для своєчасного виявлення хвороб. У результаті дослідження встановлено, що частина населення мають шкідливі звички, і це негативно позначається на їхньому здоров'ї, так, 10% — регулярно вживають спиртні напої, а 21% — палять. Також слід

значити, що 20% респондентів не пам'ятають, коли востаннє проходили медичний огляд, а 15,2% проходять його один раз на 5 років. Водночас 38% респондентів взагалі не користуються послугами лікарень, та основними причинами цього називають недовіру лікарям і брак фінансових ресурсів на лікування (рис. 3).

З метою покращання якості медичних послуг для населення, зокрема й у сільській місцевості, в Україні започатковано політику децентралізації сфери охорони здоров'я. Реформування у сфері медицини в Україні проходить три основні етапи: створення базового рівня на рівні об'єднаних територіальних громад; створення мережі другого рівня, що полягає у формуванні госпітальних округів на рівні майбутніх укрупнених районів; створення єдиного медичного простору на рівні держави, де пацієнт може отримати послугу в будь-якому місті України [4]. В цьому напрямі вже є певні напруження, хоча ще залишається багато невирішених проблем.

На рівні регіонів і громад не до кінця зрозумілими залишаються наступні етапи реформи та їх планування, синхронізація реформ у сфері децентралізації, самоврядування і регіонального розвитку з іншими реформами (наприклад, медичного обслуговування) [2, с. 23]. Актуальними є проблеми медичного обслуговування в об'єднаних громадах на рівні первинної та вторинної медичної допомоги [2, с. 24]. З липня 2018 р. змінено механізм фінансування медичних закладів, що надають первинну медичну допомогу. Відтепер видатки на надання первинної медичної допомоги здійснюються з державного бюджету за окремою програмою, відповідно до моделі "гроші йдуть за пацієнтом" [3]. Розподіл повноважень згідно реформи у загальній системі охорони здоров'я передбачає, що держава страхує медичні послуги, лікар надає медичні послуги, а громадяни вільно обирають лікаря та методи лікування. Однак це дуже гарно працює в містах, де є можливість вибрати лікаря-спеціаліста, та не має практичного застосування в сільській місцевості, де цього вибору немає.

У сфері вторинної медичної допомоги поточним результатом впровадження реформи є формування 87

госпітальних округів та 47 госпітальних рад у 22 областях. Так, на території Житомирської області затверджено 4 госпітальні округи: Житомирський, Новоград-Волинський, Коростенський, Бердичівський. Переважна більшість районів, що зазнали радіоактивного забруднення (7 із 9) належать до компетенції Коростенського госпітального округу. Створення госпітальних округів є частиною механізму координації рішень місцевої влади на відповідній території. Проте джерела фінансових ресурсів на реконструкцію, поступову перебудову та модернізацію закладів охорони здоров'я наразі чітко не визначено.

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Отже, результати проведеного дослідження вказують на незадовільні соціально-економічні умови проживання населення на радіоактивно забруднених територіях Житомирської області у 30-ти річний період після аварії на Чорнобильській АЕС. Якість життя на думку сільських жителів радіоактивно забруднених територій насамперед пов'язана зі станом здоров'я (5,2 бали з можливих 6). При цьому найпоширенішими захворюваннями сільських жителів радіоактивно забруднених територій є хвороби вуха, горла, носа, головні болі, серцево-судинні захворювання та хвороби кісток і суглобів. Найбільш доступними у галузі медицини для населення радіоактивно забруднених територій є послуги фельдшерсько-акушерських пунктів, про наявність яких у своєму селі вказали 43,8% респондентів. Найчастіше, згідно з результатами опитування, сільські жителі радіоактивно забруднених територій отримують медичні послуги за власні кошти. Жоден із опитаних сільських жителів не користувався коштами Чорнобильського фонду для лікування та лише 4 осіб із опитаних оздоровлювались у минулому році за його кошти.

Лише 5,7 % респондентів отримували грошову допомогу у зв'язку з обмеженням споживання продуктів харчування громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, та 17 % респондентів отримують соціальну допомогу від Чорнобильського фонду. Тому 88,6 % опитаного населення не задоволені рівнем соціального захисту від наслідків аварії на ЧАЕС. Це зумовлює необхідність розробки дієвого механізму відновлення соціально-економічних процесів на території радіоактивного забруднення та його реалізація за участю держави з метою підвищення якості життя сільських жителів.

Реформування системи охорони здоров'я супроводжується закриттям невеликих міжсільських лікарень, що змушує сільських жителів вдаватись до самолікування та застосовувати засоби народної медицини, а отже, певною мірою обмежує отримання повноцінних медичних послуг та призводить до зростання рівня захворюваності. Налагодження системи надання якісних та доступних медичних послуг в сільській місцевості пов'язано із вирішенням питання кадрового забезпечення первинної ланки медицини висококваліфікованими спеціалістами та фінансового забезпечення модернізації закладів медичного обслуговування в межах госпітальних округів, що потребує додаткового вивчення.

Література:

1. Гончарук Н.Т. Реформування соціально-гуманітарної сфери в процесі децентралізації влади в Україні // Аспекти публічного управління. — 2015. — № 5—6. — С. 31—39.
2. Децентралізація в Україні: досягнення, надії і побоювання. — International Alert / Український незалежний центр політичних досліджень, 2017. — 25 с.
3. Децентралізація влади: як зберегти успішність в умовах нових викликів? Аналітична доповідь / Авторський колектив: Жаліло Я.А., Макаров Г.В., Даниляк О.О., Руденко А.Ф., Романова В.В., Павленко І.А., Шевченко О.В. — К., 2018 р. — 21 с.
4. Західна О.Р., Мидлик Ю.І. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні // Молодий вчений. — 2017. — № 11. — С. 51.
5. Кульгінський Є.А. Польський досвід децентралізації державного управління системою охорони здоров'я для України // Молодий вчений. — 2016. — Т. 38. — № 11.
6. Кульгінський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід // Державне управління та місцеве самоврядування. — 2015. — № 2. — С. 147—159.
7. Павлюк К.В., Степанова О.В. Децентралізація в системі фінансування охорони здоров'я // Фінанси України. — 2015. — № 4. — С. 6785.
8. Прилипко В.А. Особливості соціально-психологічного стану населення постраждалого від наслідків аварії на ЧАЕС [Електронний ресурс] / В. А. Прилипко, Ю.Ю. Озерова // Людина і довкілля. Проблеми неоекології. — 2010. — № 2 (15). — Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/natural/Ltd/2010_2/Prulupko.pdf
9. Смик О. Вплив соціально-економічних умов на стан здоров'я населення [Електронний ресурс] / О. Смик // Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І.Вернадського. Серія "Географія". — Сімферополь. — Т. 10, Вип. 2. — 2014. — С. 239—242. — Режим доступу: <http://mediku.com.ua/оs-smik-vpliv-socialeno-ekonomichnih-umov-na-stan-zdorovya-na.html>
10. Ткачев А.Н. Качество жизни населения как интегральный критерий оценки эффективности деятельности региональной администрации [Електронний ресурс] / А.Н. Ткачев, Е.В. Луценко. — Режим доступу: <http://ej.kubagro.ru/2004/02/pdf/14.pdf>
11. Фармацевтична енциклопедія: Національний фармацевтичний університет [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.pharmacencyclopedia.com.ua/article/27/yakist-zhittya>
12. Чабан В.В. Международный опыт финансового обеспечения развития социальной сферы // Науковий вісник Одеського національного економічного університету. — 2015. — № 1. — С. 123—129.
13. Яремчук О.В. Генезис сімейної медицини та перспективи його розвитку на теренах України // Інвестиції: практика та досвід. — 2018. — № 24. — С. 130—134.
14. Яценко Ю.Б. Фінансова децентралізація в системі охорони здоров'я / Ю.Б. Яценко, М.В. Шевченко // Економіка і право охорони здоров'я. — 2016. — № 2 (4). — С. 39—43.

15. Dovzhenko V. Assessment of quality of life of the rural population in the territory of radioactive contamination // Technology audit and production reserves. — 2017. — Т. 5. — № 5 (37). — С. 9—13.

16. Radermacher W. Measuring prosperity and quality of life / Keynote Speech at the Austrian Federal Ministry of Finance in Vienna, May 2010 [Електронний ресурс] / W. Radermacher. — Режим доступу: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/gdp_and_beyond/documents/wr_speech.pdf

References:

1. Honcharuk, N.T. (2015), "Reforming the social and humanitarian sphere in the process of decentralization of power in Ukraine", *Aspekty publichnoho upravlinnia*, vol. 5—6, pp. 31—39.

2. Ukrainian Center for Independent Political Research (2017), *Detsentralizatsiia v Ukraini: dosiahnennia, nadii i poboiuvannia [Decentralization in Ukraine: achievements, hopes and fears]*, Ukrainian Center for Independent Political Research, Kyiv, Ukraine.

3. Zhalilo, Ya.A. Makarov, H.V. Danyliak, O.O. Rudenko, A.F. Romanova, V.V. Pavlenko, I.A. and Shevchenko, O.V. (2018), *Detsentralizatsiia vlady: iak zberehty uspishnist' v umovakh novykh vyklykiv? [Decentralization of power: how to maintain success in the face of new challenges?: An analytical report]*, Kyiv, Ukraine.

4. Zakhidna, O.R. and Mydlyk, Yu.I. (2017), "Medical reform in conditions of decentralization of power in Ukraine", *Molodyj vchenyj*, vol. 11, pp. 51.

5. Kul'hins'kyj, Ye.A. (2016), "Polish experience of decentralization of public administration in the health care system for Ukraine", *Molodyj vchenyj*, vol. 38, no. 11.

6. Kul'hins'kyj, Ye. (2015), "Mechanisms of decentralization of public administration by health care system: European experience", *Derzhavne upravlinnia ta mistseve samovriaduvannia*, vol. 2, pp. 147—159.

7. Pavliuk, K.V. and Stepanova, O.V. (2015), "Decentralization in the health financing system", *Finansy Ukrainy*, vol. 4, pp. 67—85.

8. Prylypko, V.A. (2010), "Features of the socio-psychological state of the population of the victim from the consequences of the Chernobyl accident", *Liudyna i dovkillia. Problemy neokolohii*, vol. 2 (15), available at: http://www.nbu.gov.ua/old_jrn/natural/Ltd/2010_2/Prulupko.pdf (Accessed 10 April 2019).

9. Smyk, O. (2014), "Impact of socio-economic conditions on the health of the population", *Vcheni zapysky Tavrijs'koho natsional'noho universytetu imeni V.I. Vernads'koho. Serii "Heohrafiia"*, vol. 10, no. 2, pp. 239—242, available at: <http://mediku.com.ua/o-s-smik-vpliv-socialeno-ekonomichnih-umov-na-stan-zdorovya-na.html> (Accessed 10 April 2019).

10. Tkachev, A.N. (2004), "Quality of life of the population as an integral criterion for evaluating the effectiveness of the activities of the regional administration", available at: <http://ej.kubagro.ru/2004/02/pdf/14.pdf> (Accessed 10 April 2019).

11. Natsional'nyj farmatsevychnyj universytet (2019), "Quality of life", *Farmatsevychna entsyklopediia*, available at: <http://www.pharmacyclopedia.com.ua/article/27/yakist-zhittya> (Accessed 10 April 2019).

12. Chaban, V.V. (2015), "International experience in financial support of social development", *Naukovyj visnyk Odes'koho natsional'noho ekonomichnoho universytetu*, vol. 1, pp. 123—129.

13. Yaremchuk, O.V. (2018), "Genesis of family medicine and prospects of its development on the territory of Ukraine", *Investytsii: praktyka ta dosvid*, vol. 24, pp. 130—134.

14. Yaschenko, Yu.B. (2016), "Financial decentralization in the health care system", *Ekonomika i pravo okhorony zdorov'ia*, vol. 2 (4), pp. 39—43.

15. Dovzhenko, V. (2017), "Assessment of quality of life of the rural population in the territory of radioactive contamination", *Technology audit and production reserves*, vol. 5, no. 5 (37), pp. 9—13.

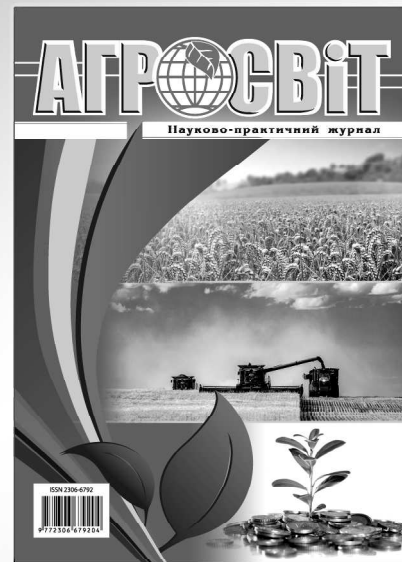
16. Radermacher, W. (2010), "Measuring prosperity and quality of life", *Keynote Speech at the Austrian Federal Ministry of Finance in Vienna*, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/gdp_and_beyond/documents/wr_speech.pdf

Стаття надійшла до редакції 12.04.2019 р.

АГРОСВІТ

www.agrosvit.info

Передплатний індекс: 23847



Виходить 24 рази на рік

Видання включено до переліку наукових фахових видань України з ЕКОНОМІКИ