

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького**

Шифр \_\_\_\_\_

Наказ ректора про  
затвердження теми

„До захисту допускається”  
завідувачка кафедри

\_\_\_\_\_ Г.О. Швіндіна

## **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему**

### **«Управління благоустроєм міста в аспекті культури здоров'я громади»**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,  
освітньо-професійна програма «Державна служба»

*Студентка гр. ДСмз-91*

\_\_\_\_\_ *Горева Є.Ю.*

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.  
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на  
відповідне джерело \_\_\_\_\_ Горева Є.Ю.

*Науковий керівник*

\_\_\_\_\_ *Деміхов О. І*  
*Старший викладач, к.н з державного управління*

**Суми 2020 р.**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

„\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА  
за спеціальністю  
281 Публічне управління та адміністрування (Державна служба)  
студентки групи ДСмз-91  
*Горевої Євгенії Юріївни*

---

1. Тема роботи: «Управління благоустроєм міста в аспекті культури здоров'я громади» затверджена наказом по СумДУ № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 року.
3. Мета кваліфікаційної роботи: обґрунтування сучасних підходів до розв'язання проблем, пов'язаних з управлінням в сфері благоустрою з урахуванням культури здоров'я громади на основі вивчення відповідного міжнародного досвіду.
4. Об'єкт дослідження: управління благоустроєм міста.
5. Предмет дослідження: оздоровлення міського середовища і громади за допомогою інструментарію управління благоустроєм.
6. Кваліфікаційна робота виконується в рамках НДР «Формування принципів, методів і механізмів державного управління в сфері науково-освітніх проектів та інфраструктурних програм житлового господарства в рамках інформаційно-комунікаційної адаптації до європейських стандартів» (ДР № 0117U003352, керівник – старший викладач кафедри управління, к.н. з держ.упр. Деміхов О.І.), а також по матеріалах Законів України та відповідних вітчизняних нормативно-правових актів, підручників, навчальних посібників, статей і тез конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурсів, Державних стандартів і технічних умов України (ДСТУ), щорічної статистичної звітності публічних органів влади і ОТГ.
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

| № пор. | Назва розділу   | Термін подання |
|--------|---|----------------|
| I      | Сучасний стан управління благоустроєм міста в країнах Європи з урахуванням оздоровлення урбанізованих територій | 10.11.2020     |
| II     | Культура здоров'я місцевої громади як нова політика управління містом   | 20.11.2020     |
| III    | Сучасні підходи до управління благоустроєм міста з огляду на культуру здоров'я місцевої громади в Україні       | 30.11.2020     |

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити сучасний стан управління благоустроєм міста в країнах Європи з урахуванням оздоровлення урбанізованих територій.

У розділі 2 студент має вивчити культуру здоров'я місцевих громад як нову політику управління містом.

У розділі 3 студент має обґрунтувати (запропонувати) сучасні підходи до управління благоустроєм міста з огляду на культуру здоров'я місцевої громади в Україні.

8. Консультації щодо виконання роботи:

| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата   |                  |
|--------|---|----------------|------------------|
|        |   | Завдання видав | Завдання прийняв |
| 1      |   |                |                  |
| 2      |   |                |                  |
| 3      |   |                |                  |

9. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

Керівник кваліфікаційної роботи

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Деміхов О. І

Завдання до виконання одержав

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Горева Є.Ю.

## АНОТАЦІЯ

У роботі здійснено аналіз особливостей управління благоустроєм міста в аспекті розвитку культури здоров'я громади. Проаналізовані відповідні практики країн ЄС та України.

Проведено комплексний аналіз процесів благоустрою міст в Україні.

Визначено особливості впровадження сучасних технологій управління в практику розвитку благоустрою міста з урахування оздоровлення довкілля, запропоновано рекомендації щодо їх покращення.

Кваліфікаційна робота магістра виконана в рамках НДР «Формування принципів, методів і механізмів державного управління в сфері науково-освітніх проектів та інфраструктурних програм житлового господарства в рамках інформаційно-комунікаційної адаптації до європейських стандартів» (ДР № 0117U003352, керівник – старший викладач кафедри управління, к.н. з держ.упр. Деміхов О.І.).

Ключові слова: благоустрій міста, управління, культура здоров'я громади, громадське здоров'я.

## РЕФЕРАТ

**Структура й обсяг роботи.** Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (включає 43 найменування), додатків. Загальний обсяг магістерської роботи становить 52 с., у тому числі 1 таблиця, список використаних джерел - 43 джерела.

**Актуальність.** Благоустрій в умовах урбанізації є незаперечною тенденцією сучасного етапу розвитку людства і відображає історичний процес підвищення ролі міст у розвитку суспільства, зміну соціально-економічних, демографічних, політичних, географічних й інших умов, кардинальні перетворення в територіальній організації суспільного життя. Благоустрій в сучасних умовах є одним з найважливіших питань охорони здоров'я у 21 столітті. В умовах урбанізації посилюються численні проблеми громадського здоров'я, які стосуються забезпечення харчуванням та питною водою; контролю і запобіганню забрудненню повітря, водних ресурсів, ґрунтів; утилізації та захоронення нагромаджених шкідливих виробничих і побутових відходів, інші соціальні проблеми. Неконтрольована урбанізація може поглибити існуючу гуманітарну кризу, мати негативні наслідки для якості життя, здоров'я і безпеки міських жителів.

Вказані аспекти зумовили **актуальність** теми нашого дослідження, його мету і завдання.

**Мета дослідження** полягає в обґрунтуванні сучасних підходів до розв'язання проблем, пов'язаних з управлінням в сфері благоустрою в контексті охорони здоров'я місцевої громади на основі вивчення відповідного міжнародного досвіду.

**Завданнями дослідження** були:

1. Вивчити стан проблеми управління благоустроєм та його вплив на здоров'я в Україні та інших країнах Європейського регіону.

2. Оцінити міжнародний досвід розв'язання проблем, пов'язаних з урбанізацією, у сфері благоустрою в країнах Європейського регіону. Обґрунтувати підходи до розв'язання проблем, пов'язаних з цим, в Україні.

Результати даного дослідження дозволять підвищити ефективність заходів, спрямованих на розв'язання проблем, пов'язаних з оздоровлення міського середовища та запровадження культури здоров'я городян.

*Об'єкт дослідження* - управління благоустроєм міста.

*Предмет дослідження* – оздоровлення міського середовища і громади за допомогою інструментарію управління благоустроєм.

*Методи дослідження.* Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання та системний підхід. У роботі було використано структурний аналіз, порівняльний аналіз, статистичні методи.

Кваліфікаційна робота магістра виконана в рамках НДР **«Формування принципів, методів і механізмів державного управління в сфері науково-освітніх проектів та інфраструктурних програм житлового господарства в рамках інформаційно-комунікаційної адаптації до європейських стандартів»** (ДР № 0117U003352, керівник – старший викладач кафедри управління, к.н. з держ.упр. Деміхов О.І.).

**Наукова новизна.** Результати, що відображають наукову новизну, полягають у такому:

*уперше:* визначено переваги впровадження управління благоустроєм міста в діяльність вітчизняних ОТГ;

*удосконалено:* аналіз технологій управління благоустроєм в контексті прищеплення культури здоров'я громади в Україні та світі;

*набули подальшого розвитку:* підходи до обґрунтування переваг використання управління благоустроєм міста в сучасних умовах.

*Ключові слова:* благоустрій міста, управління, культура здоров'я громади, громадське здоров'я.

## **ЗМІСТ**

|   |  |
|---|--|
| <b>ВСТУП.....</b>   |  |
| <b>РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН УПРАВЛІННЯ БЛАГОУСТРОЄМ МІСТА<br/>В КРАЇНАХ ЄВРОПИ З УРАХУВАННЯМ ОЗДОРОВЛЕННЯ<br/>УРБАНІЗОВАНИХ ТЕРИТОРІЙ.....</b> |  |
| <b>РОЗДІЛ 2. КУЛЬТУРА ЗДОРОВ'Я МІСЦЕВОЇ ГРОМАДИ ЯК НОВА<br/>ПОЛІТИКА УПРАВЛІННЯ МІСТОМ.....</b>   |  |
| <b>РОЗДІЛ 3. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ БЛАГОУСТРОЄМ<br/>МІСТА З ОГЛЯДУ НА КУЛЬТУРУ ЗДОРОВ'Я МІСЦЕВОЇ ГРОМАДИ В<br/>УКРАЇНІ.....</b>       |  |
| <b>ВИСНОВКИ.....</b>  |  |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>  |  |
| <b>ДОДАТКИ.....</b>   |  |

## ВСТУП

Урбанізація є незаперечною тенденцією сучасного етапу розвитку людства і відображає історичний процес підвищення ролі міст у розвитку суспільства, зміну соціально-економічних, демографічних, політичних, географічних й інших умов, кардинальні перетворення в територіальній організації суспільного життя.

Ефективний благоустрій міста на високоурбанізованих територіях в сучасних умовах є одним з найважливіших питань охорони здоров'я у 21 столітті. В умовах урбанізації посилюються численні проблеми громадського здоров'я, які стосуються забезпечення харчуванням та питною водою; контролю і запобіганню забрудненню повітря, водних ресурсів, ґрунтів; утилізації та захоронення нагромаджених шкідливих виробничих і побутових відходів, інші соціальні проблеми. Неконтрольована урбанізація може поглибити існуючу гуманітарну кризу, мати негативні наслідки для якості життя, здоров'я і безпеки міських жителів.



## РОЗДІЛ 1.

# СУЧАСНИЙ СТАН УПРАВЛІННЯ БЛАГОУСТРОЄМ МІСТА В КРАЇНАХ ЄВРОПИ З УРАХУВАННЯМ ОЗДОРОВЛЕННЯ УРБАНІЗОВАНИХ ТЕРИТОРІЙ

Однією з найважливіших сучасних демографічних тенденцій є швидке зростання міських поселень. У третьому тисячолітті більше половини населення світу живе у містах. Хоча ще на початку ХІХ ст. в міських поселеннях проживало лише 3% жителів планети, на початку ХХ ст. – близько 14%, в середині – 30%, на межі ХХІ ст. їх частка складала вже 47% [15; 22; 9].

Швидкий темп збільшення чисельності міського населення відбувається на тлі скорочення чисельності сільського населення. В основі урбанізованих процесів лежить розвиток різних галузей економіки, нарощування промислового потенціалу, створення нових виробництв, посилення інтеграційних зв'язків, формування розгалуженої транспортної мережі, який обумовлює підвищення ролі міст у суспільному житті, відтік робочої сили з сільської місцевості у міську, збільшення чисельності міського населення. Процес урбанізації з різною силою проявляються в усіх регіонах світу і характеризується значними відмінностями на окремих територіях, які пов'язані з соціально-економічними, політичними, історичними, культурними та іншими чинниками.

Масштаби і темпи урбанізації є об'єктом пильної уваги політиків, науковців, управлінців і підлягають глибокому аналізу з боку міжнародних, регіональних та національних організацій. Особливих масштабів збільшення міського населення набуває в Азії. У 2007 р. сукупна чисельність міського населення Європи, Латинської Америки і Океанії складала 1275 млн, тоді як чисельність міських жителів Азії досягла 1645 млн. Хоча Азія і Африка вважаються найменш урбанізованими регіонами світу. Згідно з прогнозом, до 2050 р. найбільшими темпами буде зростати чисельність населення Африки (в 9,3 разу), Азії (в 2,1 разу). Міське населення Європи збільшиться в 1,1 разу,

інших регіонів – в 1,5 разу. Серед окремих країн найбільшою чисельністю міського населення відрізняється Китай, Індія і США, де сконцентровано 35% усіх міських мешканців світу. В 2007 р. 75% жителів міст проживали у 25 країнах [25].

Поряд зі збільшенням абсолютної і відносної чисельності міського населення світу, окремих регіонів і країн, зростає його концентрація у великих і надвеликих агломераціях.

Переважає кількість міських жителів проживає у відносно невеликих містах, з населенням до 500 тис. Проте спостерігається тенденція до скорочення їх частки з 56,9% у 1975 р. до 52,0% у 2007 р. Прогнозні розрахунки вказують на її подальше зменшення до 51,3% у 2015 р.

Натомість, питома вага населення, концентрованого в великих містах – зростає. Число міст-мільйонерів зросло з 181 у 1975 р. до 431 – у 2007 р., і досягне за прогнозом до 2025 р. 599.

Характерною особливістю сучасних урбанізаційних процесів є швидке збільшення числа надвеликих міст і чисельності їх жителів. Число міст з населення більше 5 млн збільшилося з 18 в 1975 р. до 40 – в 2005 р. Прогнозується їх зростання до 2021 р. до 65.

Організація Об'єднаних Націй запропонувала термін «мегаполіс» для визначення міських агломерацій з чисельністю населення 8 млн осіб і більше, з 1990-х років – понад 10 млн осіб.

За оцінками експертів ООН, в 1950 р. в світі було всього два мегаполіси, а саме Нью-Йорк з 12,3 млн мешканців і Токіо з 11,3 млн. У 1975 р. їх стало три: Токіо (26,6 мільйона осіб), Нью-Йорк (15,9), і Мехіко (10,7), а в 2005 р. – 20. До 2021 р. кількість мегаполісів збільшиться до 25 за рахунок Стамбула і Гуанчжоу. Чисельність населення, яке сконцентровано в містах з числом жителів 10 млн і більше, зросла за 1975-2005 рр. з 53,2 до 292,6 млн осіб, а до 2021 р. зросте до 420 млн осіб [11].

У Європейському регіоні ВООЗ міста з числом жителів, що перевищує 10 мільйонів, є тільки у Східній Європі (м.Москва), а частка міського

населення, що проживає в поселеннях з числом жителів менше 500 тис., становить від 59,2% у Південній Європі до 72,8% у Північній Європі. Питома вага населення, що проживають в містах з населенням понад мільйон, складає 19,1% міського населення в Західній Європі, 20,2% у Східній Європі, 24,9% у Північній Європі та 28,9% у Південній Європі.

Відділ населення Департаменту з економічних і соціальних питань ООН кожні два роки переглядає і уточнює відповідно до наданої інформації оцінки та прогнозні розрахунки чисельності міського та сільського населення всіх країн світу, а також населення найбільших міських агломерацій. У 2008 р. світовій громадськості було представлено результати чергового перегляду, підготовленого на основі прогнозних розрахунків чисельності населення світу до 2050 р.

Доповідь "Перспективи світової урбанізації перегляду 2007 року" містить оцінки і прогнозні показники чисельності міського та сільського населення світу, що охоплюють столітній період з 1950 р. по 2050 р. Дані представлено за основними групами країн різного рівня розвитку, шести великими географічними регіонами і 229 країнами та територіями світу. Крім того, представлено ретроспективні і прогнозні оцінки чисельності населення всіх міських агломерацій в 2007 р. та на період з 1950 р. по 2025 р., а також про розподіл міського населення основних регіонів світу за міськими агломераціями різного розміру за той же період. Оцінки чисельності населення, що проживає на міських територіях і в містах, ґрунтуються на інформації, що надходить від національних статистичних органів відповідно до критеріїв, що використовуються в кожній окремій країні. Джерелом для них найчастіше слугують підсумки переписів населення. В деяких країнах використовуються дані реєстрів населення та адміністративного обліку. Оскільки країни використовують різні критерії виділення міського населення, в доповіді крім джерел інформації по кожній країні наведено коментарі і визначення міських поселень, до яких вони відносяться.

За міжнародними стандартами Україна вважається урбанізованою країною, де більшість населення проживає у містах. Протягом ХХ століття відбулося різке зростання чисельності міського населення з 18,5% у 1927 р. до 67,2% у 2001 р., про що свідчать дані переписів населення. У 2009 р. питома вага міських жителів досягла 68,1%.

Швидке зростання чисельності міст та міського населення в сучасних умовах є одним з найважливіших питань охорони здоров'я у 21 столітті. Це пов'язано з тим, що темпи урбанізації небагато перевищують можливості урядів окремих країн щодо розвитку відповідної інфраструктури. Неконтрольована урбанізація може поглибити існуючу гуманітарну кризу і мати негативні наслідки для якості життя, здоров'я і безпеки міських жителів.

Оскільки урбанізація має свої позитивні і негативні сторони, завданням владних структур є удосконалення міського планування, будівництва, розвитку з тим, щоб посилити переваги, надані урбанізацією, і попередити негативні її прояви, скоротити їх вплив на життя і здоров'я.

Міське середовище з високою концентрацією проживання, щільністю розташування виробництв, розгалуженою транспортною мережею тощо характеризується значним техногенним навантаженням, високими рівнями забруднення повітря, проблемами з постачанням якісної питної води, утилізації відходів. Екологічні детермінанти здоров'я формують значний тягар екологічно обумовленої патології, включаючи хронічні неспецифічні хвороби легень, бронхіальну астму, серцево-судинні захворювання, алергійні прояви, запальні захворювання органів дихання, порушення репродуктивної сфери, опорно-рухового апарату тощо.

Враховуючи, що майже третина населення України підпадає під вплив забруднювачів повітря, цей факт деякою мірою може пояснити зростання інфекційної захворюваності на дифтерію, туберкульоз і т.ін., а також відсутність належного ефекту від вакцинації. Зростає кількість випадків хронічного бронхіту, бронхіальної астми, новоутворень дихальної системи. Встановлено, що серед 19 міст з різним рівнем забруднення атмосферного

повітря найменша очікувана тривалість життя при народженні (як у чоловіків, так і у жінок) у містах з розвиненою металургійною і хімічною промисловістю, на противагу містам без такої промисловості з меншою забрудненістю повітря.

Слід зазначити, що сучасна міська людина проводить в житлових і громадських будівлях 60-85% часу на добу. Основна кількість приміщень як житлових, так і громадських погано ізольована від зовнішнього повітря. Тому в них широко представлені атмосферні забруднювачі. Крім того повітря житла забруднюється: продуктами неповного згоряння побутового газу; леткими виділеннями полімерних матеріалів; продуктами паління та життєдіяльності організму людей і тварин.

Робота вентиляційних систем в будівлях часто є незадовільною. Це стосується в першу чергу дитячих закладів, шкіл, лікарень. За рахунок підвищення кількості дітей у групах або класах, особливо в останні роки, якість повітря в цих установах різко погіршилась. В приміщеннях існують підвищені рівні електромагнітного поля радіочастот, електричного і магнітного полів 50 Гц, статичного електричного поля, віброакустичного забруднення і т.і. Житло впливає на здоров'я людини своєю площею, об'ємом, мікрокліматом, освітленням. Загальновідомий емоційний вплив таких показників житла як розмір і пропорції приміщень, колір, інсоляція тощо. На сьогодні близько 1/3 населення країни мешкає в незадовільних умовах: гуртожитках, старих будівлях, не має окремого житла.

Особливу загрозу для здоров'я становлять продукти паління. Діти, що зазнали впливу продуктів паління, мають погіршену функцію легень, частіше хворіють на респіраторні захворювання та бронхіальну астму. У дорослому віці у таких дітей підвищується ризик захворювання на лейкемію та лімфоми. Спеціальні дослідження з цього приводу в Україні не проводились, але, враховуючи міжнародний досвід, можна вважати, що продукти паління, накопичені в житлі, дають вагомий внесок у підвищення дитячої захворюваності. Відомо також, що паління є фактором ризику для виникнення

більш, ніж 25 хвороб, які складають майже 75% в структурі смерті нашого населення.

У викидах, які забруднюють атмосферне повітря, містяться канцерогенні речовини. Численними дослідженнями встановлено зв'язок між забрудненням атмосфери канцерогенами і підвищеним рівнем злоякісних новоутворень. Серед п'яти найбільш поширених видів раку у Європі рак легень становить 14% випадків захворювань і 20% смертей. Причинами захворювань на рак легень, крім тютюнопаління, є професійні канцерогени, такі як азбест, радіація, забруднення атмосферного повітря у містах [10].

В багатьох роботах показано зв'язок забруднень атмосферного повітря хімічними речовинами з ростом захворювань генетичної природи. При цьому рівень вроджених вад розвитку в умовах промислових міст залежить не лише від інтенсивності забруднення, але й від характеру атмосферних викидів [16; 42].

Ряд хімічних речовин має мутагенні властивості. Мутагенність може проявлятися у збільшенні частоти хромосомних аберацій в соматичних і статевих клітинах, що призводить до новоутворень, спонтанних абортів, перинатальної смерті плоду, аномалій розвитку, безпліддя [41].

Дія чинників навколишнього середовища проявляється, перш за все, в ураженні структури і погіршенні функціональної діяльності статевих залоз, порушенні функцій відтворення, внутрішньоутробному ураженні плоду і пов'язаному з цим збільшенні числа аномалій розвитку та хромосомних аберацій.

Висока чутливість жіночого організму до токсичних сполук пояснюється специфічним впливом на генеративну функцію. В забруднених районах частіше, ніж у відносно чистих, зустрічаються вагітність і пологи з несприятливим, ускладненим перебігом. Це пов'язано з впливом шкідливих факторів на функції таких життєво важливих органів, як печінка, нирки, кровотворні органи, до яких під час вагітності ставляться підвищені вимоги [Наукові дані свідчать, що діти, народжені після патологічних вагітностей та

пологів, у забруднених атмосферними викидами регіонах часто мають низьку масу тіла і рівень фізичного розвитку, функціональні відхилення серцево-судинної і дихальної систем [5; 17; 36].

Серед чинників навколишнього середовища у великих містах з розвиненою промисловістю та інтенсивним рухом автомобільного транспорту чільне місце посідає свинець. Дослідження впливу цього важкого металу в екологічно обумовлених дозах на здоров'я дітей свідчать про зміни в показниках фізичного розвитку, гематологічних, біохімічних показниках та показниках когнітивної сфери [4]. З покриттів підлоги, стін, перегородок, віконних блоків, дверей, які містять полімерні матеріали, в повітря можуть тривалий час мігрувати різні хімічні речовини. Неприємний аромат, що ними виділяється, може викликати у людей стан дискомфорту, серцево-судинні розлади, напади бронхіальної астми. Контакт з різними полімерами сприяє розвитку алергічних реакцій. При цьому причинами алергічних дерматитів і екзем є формальдегідні, епоксидні, поліефірні, поліамідні, поліхлорвінілові смоли, синтетичні каучуки і латекси. Відмічено, що у приміщеннях з більшою насиченістю полімерів захворюваність людей на простудні, алергічні захворювання і гіпертензію є вищою, ніж у приміщеннях з меншою кількістю полімерів.

Дослідження останніх років свідчать, що короткотермінові зміни в складі завислих частинок у повітрі асоціюються з негативними наслідками для здоров'я навіть при низьких рівнях експозиції. Відмічені ефекти проявляються в широкому діапазоні, який включає в себе незначні зміни функції дихання, підвищення рівня захворюваності на респіраторні і серцево-судинні хвороби та зростання показників смертності.

За даними досліджень, тривалий несприятливий вплив завислих частинок супроводжується зниженням очікуваної тривалості життя майже на 1–2 роки. Поширеність симптомів бронхіту у дітей і зниження параметрів функції легень у дітей і дорослих пов'язані з тривалою експозицією завислих частинок.

Загальний тягар нездоров'я через завислі частинки може перевищувати 100 тис. втрачених років життя щорічно [10].

Діюча у даний час система контролю за забрудненням атмосферного повітря спрямована на визначення стандартних речовин, які містяться у промислових викидах підприємств з урахуванням продуктів їх трансформації [38; 40]. Як екологічно небезпечний чинник відходи є одним з найбільш значимих факторів забруднення довкілля. Найбільш токсичні відходи потребують спеціальних заходів щодо їх знешкодження і повної ізоляції. На території України знаходиться 2754 полігони для зберігання промислових відходів - 63% з них з різних причин не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам. Викликають занепокоєння місця зберігання непридатних та заборонених до використання пестицидів. Відповідна інфраструктура щодо поводження з токсичними і радіоактивними відходами на сьогодні в Україні відсутня. За даними Європейської бази „Здоров'я для всіх” середня річна концентрація завислих речовин в столицях європейських країн коливається від 13,9 мкг/м<sup>3</sup> в Ірландії до 58 мкг/м<sup>3</sup> у Латвії, при рекомендованому рівні 10-20 мкг/м<sup>3</sup> згідно з новими „Керівними принципами ВООЗ з якості повітря”. Цей показник в атмосферному повітрі столиць країн Європейського Союзу збільшився протягом 2001-2003 рр. з 27,3 мкг/м<sup>3</sup> до 30,5 мкг/м<sup>3</sup>, або на 11,7%. У столиці Італії це збільшення в період 1998-2003 рр. становило 52,6%, Чеської Республіки – 41,0%, Великобританії – 39,5%, Бельгії – 34,5%.

В 2004 р. концентрація завислих речовин у столиці Боснії і Герцеговини складала 54,3 мкг/м<sup>3</sup>, Словенії – 43,8, Чеської Республіки – 40,9, Нідерландів – 36,9.

За викидами двоокису сірки в європейських країнах лідирують Сербія і Чорногорія, де показник становить 106,7 кг на душу населення, Болгарія та Ісландія з показниками 104,8 і 104,6 відповідно. Разом з тим, середня річна концентрація двоокису сірки в атмосферному повітрі в Нідерландах становить 3,1 мкг/м<sup>3</sup>, в Норвегії та Австрії не перевищує 5 мкг/м<sup>3</sup>. Згідно з оновленими у 1997 р. „Керівними принципами ВООЗ з якості повітря” рекомендований



показник становить 20 мг/м<sup>3</sup>. В період з 1991 по 1995 рр. середня річна концентрація двоокису сірки в столицях Європейських держав скоротилася з 10,9 до 7,3 мкг/м<sup>3</sup>. В країнах Європейського Союзу у 2002 р. вона становила 6,52 мкг/м<sup>3</sup>. В столицях країн СНД зареєстровано нижчі рівні концентрації двоокису сірки у повітрі (2,5 мкг/м<sup>3</sup>) порівняно з країнами Європейського Союзу. Найменші рівні забруднення спостерігаються в Центральнoазіатських країнах (1,4 мкг/м<sup>3</sup>). Поруч зі скороченням викидів двоокису сірки в країнах Європейського Союзу протягом 1990-2000 рр. в 3 рази, в Європейському регіоні в цілому – в 2,1 разу, цей показник збільшився в Сербії і Чорногорії в 2,2 разу, в Латвії – в 1,4 разу.

Рекомендований показник становить 40 мкг/м<sup>3</sup>. Протягом 2000-2002 рр. середня річна концентрація двоокису азоту в столиці Австрії збільшилася на 6,6%, Фінляндії – на 8,7%, Латвії – на 10%, Бельгії – на 10,5%, Німеччини – на 11,5%, Норвегії – на 43,3%. Зростання забруднення атмосферного повітря двоокисом азоту протягом 1998-2002 рр. було характерним для столиць Італії (на 7,7%), Норвегії (на 43,3%), Словачії (на 3,0%). У той же час, в цілому в Європейському Союзі показник дещо знизився (на 4,8%).

Забруднення атмосферного повітря негативно позначається на стані здоров'ї жителів Європи. Про це свідчить значна поширеність хвороб органів дихання, онкологічних хвороб, вроджених вад розвитку та висока смертність від цих причин. зокрема на показниках смертності від бронхіту, емфіземи, астми, захворюваності на рак, які мають негативну динаміку.

Смертність від бронхіту, емфіземи і астми в країнах Європейського регіону ВООЗ (ЄР) знижувалася протягом 1990-1998 рр. з 26,0 до 22,8 на 100 тис. Така ж тенденція спостерігалася в країнах Європейського Союзу (ЄС), де за вказаний термін показники зменшилися з 18,1 до 13,5 на 100 тис. Проте з 1999 р. почалося поступове зростання смертності від бронхіту, емфіземи і астми. У 2004 р. темп приросту склав 9,1% в цілому в Європі і 25,5% в Європейському Союзі. В країнах Співдружності незалежних держав (СНД) протягом 1990-1997 рр., навпаки спостерігалася зростання смертності від

вказаних причин, яке у 1998 р. змінилося поступовим скороченням. Проте і в 1990 р. і у 2004 р. смертність внаслідок захворювань на бронхіт, емфізему і астму в країнах СНД, у т.ч. в Україні, перевищувала аналогічні показники в ЄР та ЄС.

Встановлено, що показники смертності від екозалежної патології варіюють в значних межах в окремих країнах Європейського регіону. Загальний тягар нездоров'я від впливу завислих речовин в Європі перевищує 100 тис. років життя, які втрачаються щорічно. Екологічні чинники є причиною передчасної смерті 500 тис. осіб, а також – 4-5 млн. нових випадків захворювань на бронхіт.

Захворюваність на злоякісні новоутворення збільшилася в Європі протягом 1996-2005 рр. на 11,2% і досягла 378,9 випадку на 100 тис. Найвищі її рівні характерні для країн Європейського Союзу (466,2 на 100 тис.). В країнах СНД показник становить 268,3, в центральноазіатських країнах ЦАРК – 96,6 на 100 тис.

Лідирують за рівнями захворюваності на онкологічну патологію Швейцарія (1233,8 на 100 тис.), Угорщина (798,0), Чехія (661,6), Данія (633,8). Порівняно невисокі показники частоти появи захворювань виявлені в Андоррі (4,0 на 100 тис.), Таджикистані (30,2), Туркменістані (59,5), Узбекистані (60,2), Туреччині (71,5). Серед 53 країн Європейського регіону ВООЗ Україна посідає 32 місце за рівнем захворюваності, 29 – за рівнем смертності від онкологічної патології.

Питома вага осіб з онкологічними хворобами збільшилася в Європейському регіоні ВООЗ протягом 1990-2004 рр. з 1,0% до 1,5%. За вказаний період захворюваність на рак трахеї, бронхів, легень виросла в країнах Європейського Союзу на 5,5%, у т.ч. в Угорщині – в 2 рази, Румунії – в 1,6 разу, Болгарії – в 1,4 разу. Рівень захворюваності на вказану патологію в країнах ЄС є найвищим (53,7 на 100 тис.) порівняно з регіоном в цілому (45,9) та Україною (40,1 на 100 тис.) [13]. Недостатність фізичної активності разом з нерегулярним, незбалансованим, нездоровим харчуванням призводить до

значних темпів збільшення поширеності ожиріння у багатьох країнах Європи, у т.ч. в Україні. Надлишкова маса тіла і ожиріння є серйозною проблемою громадського здоров'я. Прогнозні дані свідчать, що до 2010 р. від ожиріння будуть страждати 150 млн дорослих і 15 млн дітей країн Європейського регіону ВООЗ. Серед дорослого населення в Європі внаслідок надлишкової маси тіла та діабету виникає 80% випадків діабету II типу, 35% випадків ішемічної хвороби серця, 55% гіпертонічної хвороби, а також понад 1 млн смертей і 12 млн років життя з поганим здоров'ям. Країни витрачають на вирішення проблем ожиріння близько 6% загальних випадків системи охорони здоров'я [35].

В Україні за статистичними даними 30% населення України у віці від 25-30 років страждає на вказану патологію і майже 50% – у віці 45-50 років. Найбільших значень показник досягає у старших вікових групах населення. особливу тривогу викликає зростання поширеності ожиріння серед дитячого населення. У 1995 р. частота ожиріння становила 7,1 на 1000 дітей у віці до 14 років, у 2005 р. – 8,7 відповідно. У 2008 р. в країні нараховувалося 98,8 тис. дітей з ожирінням [18].

Глобальною проблемою громадського здоров'я є поширеність шкідливих звичок, зокрема куріння і зловживання алкоголем, яке особливо виразно проявляється серед міського населення. Рівень споживання тютюну в містах може бути вищим через більшу доступність тютюнової продукції та цільового маркетингу, особливо в країнах, що розвиваються. Абсолютне число курців в містах може бути значним, навіть якщо показник поширеності є нижчим, ніж у сільській місцевості. За даними міжнародного дослідження здоров'я 2003 р., середній показник поширення вживання тютюну в містах перевищував 20% у всіх регіонах ВООЗ, крім Африки.

Розвинене транспортне сполучення на відносно невеликих територіях та значний парк транспортної техніки створюють ризик екологічного забруднення, високу імовірність дорожньо-транспортних пригод. Чинниками, що сприяють підвищенню ризику ДТП є висока концентрація

автотранспортних засобів, змішаний транспортний потік, різні категорії учасників дорожнього руху на єдиному дорожньому просторі, слабка інфраструктура і неадекватне міське планування. Більша частина забруднення повітря автотранспортними засобами також припадає на міста. ДТП залишаються важливою, постійно зростаючою проблемою громадської охорони здоров'я, пов'язаною з транспортом. У світі на дорогах гине щорічно 1,2 млн осіб, понад 50 млн травмуються, десятки мільйонів отримують каліцтва. Прогнозні дані свідчать про можливість збільшення цих цифр в наступні 20 років на 65%. В період 2000-2007 рр. показник числа дорожньо-транспортних пригод збільшився з 6,0 до 8,8 на 10 тис. населення [3; 19]. Майже половина загиблих у ДТП - це пішоходи, велосипедисти або користувачі моторизованих двоколісних транспортних засобів, які є більш вразливими учасниками дорожнього руху, ніж автомобілісти. Стандартизований показник смертності від дорожньо-транспортних пригод в Україні становить 16,0 на 100 тис., що в 1,5 разу вище, ніж в Європейському регіоні і в 2 рази, ніж в країнах ЄС.

Отже, вище вказаний аналіз підтверджує актуальність зв'язку і взаємозалежність благоустрою, екології і культури здоров'я населення в містах. Сучасне управління містом повинно будуватися на принципах єдиної екосистеми згідно концепції сталого розвитку.

## **РОЗДІЛ 2. КУЛЬТУРА ЗДОРОВ'Я МІСЦЕВОЇ ГРОМАДИ ЯК НОВА ПОЛІТИКА УПРАВЛІННЯ МІСТОМ**

Процеси урбанізації по всьому світу щороку набувають додаткової динаміки, роль міст в розвитку сучасного суспільства постійно зростає. Це стосується як економічної, соціо-культурної, так і медико-санітарної сфери людства. Розростання міст призводить в тому числі і до поширеності захворюваності міського населення, екологічних, демографічних і соціальних негараздів. Не контрольовані процеси урбанізації вже призводять до гуманітарних і економічних криз.

На основі публікацій [2; 6], виконаних в рамках НДР «Формування принципів, методів і механізмів державного управління в сфері науково-освітніх проектів та інфраструктурних програм житлового господарства в рамках інформаційно-комунікаційної адаптації до європейських стандартів» (ДР № 0117U003352, керівник – старший викладач кафедри управління, к.н. з держ.упр. Деміхов О.І.), проаналізуємо сучасні тенденції розвитку поняття «культура здоров'я» з прив'язкою до управління благоустроєм міста.

Зі слів колишнього керівника Всесвітньої організації охорони здоров'я М.Чен, загальновідомо, що в даний час майже половина всього людства живе в містах - і ця частка продовжує зростати. Міста, де сконцентровані культура, інфраструктура і організації, вже давно є двигуном прогресу цивілізації, центрами можливостей та процвітання. Для багатих і бідних, в розвинених і країнах, що розвиваються, міста пропонують унікальні можливості для своїх жителів щодо підвищення доходу, мобілізації політичних дій і надання більш широкого доступу до освіти, медичних і соціальних служб. Однак і перелік потенційних небезпек життя в місті і пов'язаних з ними ризиків для здоров'я теж є довгим: несприятливі житлові умови і скупченість проживання, проблеми з безпекою харчових продуктів і води, незадовільна робота санітарно-гігієнічних служб і служб видалення твердих відходів, забруднення повітря, перевантажений транспорт і багато іншого. Багато міст стикаються з

потрійною загрозою: швидке поширення інфекційних захворювань при скупченості проживання в антисанітарних умовах. Хронічні неінфекційні захворювання «процвітають» при глобалізації нездорового способу життя, який безпосередньо пов'язаний з життям у місті – куріння, неправильне харчування, сидячий спосіб життя і шкідливе вживання алкоголю. Додатковий тягар на здоров'я міських мешканців накладають нещасні випадки, травми, дорожньо-транспортні пригоди, акти насильства і злочини [37].

З урахуванням таких процесів, нині в світі запроваджується новий формат розвитку сфери охорони здоров'я, який можна назвати «Включенням питання здоров'я населення у всі публічні політики держави».

Саме вивчення аспектів впливу урбанізації на стан профілактики, моніторингу і оцінки захворюваності міського населення, якості його життя, можливості ведення здорового способу життя дозволить виробити нові підходи до формування і реалізації публічної політики в сфері громадського здоров'я в Україні. На нашу думку, аналіз та узагальнення зарубіжного досвіду публічної політики в сфері громадського здоров'я є актуальним і дозволить значно розширити уявлення про роль держави, органів місцевого самоврядування, громадськості і стейкхолдерів в цих процесах.

На думку дослідників В. Короленка і В. Ляшка, громадське здоров'я – це система наукових, політичних, економічних, медико-соціальних заходів, спрямованих на організацію зусиль суспільства, державних та недержавних інституцій, громад та окремих осіб щодо зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, продовження активного і працездатного віку шляхом забезпечення умов, за яких люди можуть бути здоровими, а також заохочення до здорового способу життя [26].

Вказані проблеми впливу урбанізації на здоров'я населення досліджували такі науковці як Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Галієнко Л.І. [19], а також Гнідой І.М. і Діхтярук І.І. [4].

Природне та перевлаштоване людиною під себе навколишнє середовище впливає на здоров'я городян через географію і клімат, якість житла, повітря,

транспорту систему та інфраструктуру. Соціальні та економічні умови, враховуючи доступність можливостей в сфері економіки та освіти, безпеки і правопорядку, соціального забезпечення та однострійності, гендерної рівності, здійснюють величезний вплив на здоров'я мешканців міст. Безпека і якість продуктів харчування впливає на здоров'я за рахунок нестачі харчів з причин посухи і переходу на насичені калоріями дієти з високим вмістом жиру, цукру і солі. Також на загальний стан здоров'я популяції міста впливають такі ключові аспекти як доступ до послуг первинної медико-соціальної допомоги високої якості і загальне охоплення та організація невідкладної меддопомоги. І нарешті, управління міським господарством нероздільно пов'язано зі здоров'ям і добробутом громадян за рахунок здатності муніципалітетом створити в місті платформу, яка дозволить мешканцям використати свої таланти для покращення власних соціальних і економічних умов життя [37].

Рівність в області здоров'я - це, перш за все, питання соціальної справедливості і показник здатності міст забезпечити своїх громадян необхідними умовами для здоров'я і благополуччя, а також допомогти їм у досягненні власних прагнень і реалізації потенційних можливостей. Такі честолюбні плани можуть бути реалізовані за рахунок переорієнтації наших традиційних підходів. Це має на увазі возз'єднання громадської охорони здоров'я і містобудування в рамках багаторівневої структури міського управління [37].

Поступово уряди провідних країн світу змінюють парадигму розвитку сфери охорони громадського здоров'я. Якщо раніше в ході побудови публічної політики в цій сфері акцентувалась увага саме на проблемах смертності і захворюваності, то зараз технократи вирішують завдання щодо покращення здоров'я і підвищення рівня добробуту. Тобто уряди почали аналізувати великі обсяги даних і дійшли до висновку, що рівень добробуту популяції є першопричиною формування рівня її захворюваності, і ця кореляція є зворотною.

За матеріалами доповіді ВООЗ 2018 року, послідовно міністерства охорони здоров'я розширюють доказову базу, використовуючи не лише кількісні і статистичні дані, але й відомості з сфери медичної культурології та суспільнознавства, а також описові дані, отримані від реальних людей (фокус-групи, інтерв'ювання) з їх суб'єктивним досвідом. Застосування такого комплексного підходу, заснованого на використанні змішаних методів, дозволило провести аналіз тенденцій в області охорони здоров'я, який дійсно враховує суспільні та культурні фактори, які впливають на стан охорони здоров'я та благополуччя, і доповнює відповіді на питання «що?» і «скільки?» поясненнями «чому». Це дозволило висунути на перший план нового порядку денного наукових досліджень громадського здоров'я низку надважливих цінностей, які покладені в основу глобальної політики «Здоров'я-2020» - забезпечення життєстійкості та розширення прав і можливостей локальних громад, а також підхід, який охоплює всі етапи життя людини профілактикою захворюваності і охороною здоров'я [8].

Аналізуючи статистичні дані вказаної Доповіді ВООЗ 2018 року в частині стану охорони здоров'я в Європі, [8], зазначимо, що уряди країн Європи стратегічно націлені на досягнення низки цільових орієнтирів в сфері охорони здоров'я згідно політики «Здоров'я-2020».

Так, наприклад, не дивлячись на те, що споживання алкоголю в Єврорегіоні в цілому знижується, рівні споживання серед повнолітнього населення в порівнянні з іншими регіонами залишаються найвищими в світі. Особливо вражаючою є різниця в рівнях споживання алкоголю в різних країнах: в 2014 р. вона складала від 1,1 до 15,2 літра на душу населення в рік (рис.1).





Рис.1 Різниця в рівнях споживання чистого спирту на душу населення у віці старше 15 років в рік по Єврорегіону (2014 р.) [8]

Показники вживання тютюну серед дорослих в Європі – найвищі в світі: курцями є 29% громадян у віці 15 років і старше.

Показники надлишкової ваги тіла та ожиріння мають тенденцію до підвищення майже в усіх державах-членах ЄС. При цьому між країнами, серед підлітків і між чоловіками і жінками спостерігається істотний розрив. Показник надлишкової ваги тіла збільшився з 55,9% населення у 2010 році до 58,7% в 2016 р, а показник ожиріння - з 20,8% до 23,3%. У більшості країн показники надлишкової ваги тіла були вищими у чоловіків, а показники ожиріння - у жінок (рис.2).

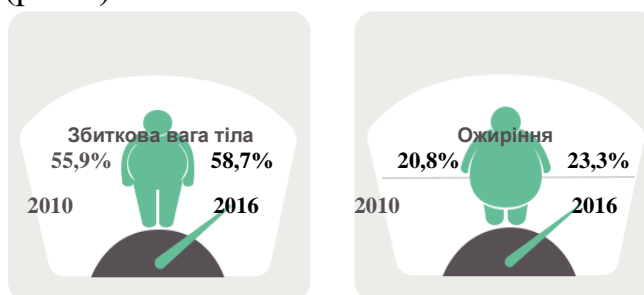


Рис.2 Зростання відсотку населення, яке страждає збитковою вагою тіла або ожирінням протягом 2010 – 2016 років [8]

Смертність від зовнішніх причин, пов'язаних з травмами та отруєннями, в Європі стабільно знижується - з 82 випадків на 100 тис. населення в 2000 р. до 57 випадків на 100 тис. населення у 2010 році та 50 випадків на 100 тис. населення в 2015 р. Однак, серйозне занепокоєння викликає той факт, що в 2015 році смертність від таких причин серед чоловіків як і раніше була в 3,3 рази вище, ніж серед жінок.

В цілому розрив між державами-членами за показниками, що належать до соціальних детермінант здоров'я (дитяча смертність, очікувана тривалість

життя, охоплення дітей початковою шкільною навчанням і рівень безробіття), скоротився. Обнадіює й те, що число країн регіону, які взяли стратегії по скороченню нерівностей, збільшилось з 29 з 53 країн у 2010 році до 42 країн в 2016 році. Незважаючи на ці позитивні тенденції, абсолютні відмінності між країнами залишаються на дуже високому рівні, вказуючи на необхідність прийняття в конкретних випадках більш рішучих заходів.

За об'єктивними параметрами рівень добробуту населення в різних країнах Європейського регіону істотно відрізняється. В цілому суб'єктивна оцінка задоволеності життям становить 6 балів (10 балів – абсолютно задоволений). Деякі країни дають відносно низьку загальну оцінку в 5 балів або нижче, тоді як в інших країнах оцінка задоволеності життям є найвищою в світі, досягаючи 7,6 бала. Рівень соціальної підтримки або соціальних зв'язків в Регіоні (об'єктивний параметр благополуччя) знизився, хоча і залишається щодо відносно високим. Так, якщо в 2013 році 86% населення у віці 50 років і старше відповіли, що у них є сім'я або друзі, на яких вони можуть покласти в скрутну хвилину, то до 2015 року цей показник впав до 81%.

Цікавим є зв'язок стану здоров'я, благоустрою і рівня захворюваності населення на COVID-19. Так, для країн з найвищими рівнями показників індексу людського розвитку справедливо, що із зростанням якості довкілля маємо кращий стан здоров'я населення та менший рівень смертності від COVID-19. Але такий висновок справедливий саме для країн найвищого розвитку людського потенціалу [2].

Також провідними країнами Європи був встановлений пріоритет забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я: створення таких систем, в рамках яких основні послуги доступні всьому населенню, а платежі за рахунок власних коштів пацієнтів залишаються на прийнятному рівні. У випадку з забезпеченням загального охоплення послугами охорони здоров'я та права на здоров'я як цільового орієнтиру, ситуація залишається неоднозначною: деякі індикатори обнадіюють, тоді як інші залишаються незмінними або змінюються в несприятливу сторону. Тут між країнами

Європи також спостерігаються суттєві відмінності. Можемо пояснити їх різним соціально-економічним станом в досліджуваних державах. Середні загальні витрати на охорону здоров'я в Єврорегіоні в 2014 р. склали 8,2% ВВП, практично не змінившись в порівнянні з 2010 р. (8,3%). Однак, між державами-членами існує значний розрив у витратах, що склали в 2014 р. 2,1-11,9% ВВП конкретної країни. Крім того, мали місце помітні регіональні відмінності: так, середні витрати на охорону здоров'я в пострадянських країнах склали 6,6% ВВП, тоді як в країнах Північної Європи (Данія, Ісландія, Норвегія, Фінляндія та Швеція) цей показник дорівнював 10,8% [8]

Поряд з цим, залишається не вирішеним питання нерівномірності застосування цих орієнтирів між країнами та регіонами країн, а також проблема гендерної і вікової нерівномірності [6].

Як пропозиції щодо покращення інструментів політики громадського здоров'я експертами пропонується створення єдиних та функціонально суміщених інформаційних систем для інтеграції і координації зусиль між країнами, а також подолання розриву між науковими дослідженнями і практикою застосування публічної політики в цій сфері [8].

### **РОЗДІЛ 3. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ БЛАГОУСТРОЄМ МІСТА З ОГЛЯДУ НА КУЛЬТУРУ ЗДОРОВ'Я МІСЦЕВОЇ ГРОМАДИ В УКРАЇНІ**

Сучасний менеджмент великих міст повинен постійно тримати у фокусі власної уваги цілий комплекс питань, пов'язаних з оздоровленням місцевих локацій і зі станом здоров'я самої громади.

За міжнародними стандартами Україна вважається урбанізованою країною, де більшість населення проживає у містах. Протягом ХХ століття відбулося різке зростання чисельності міського населення з 18,5% у 1927 р. до 67,2% у 2001 р., про що свідчать дані переписів населення.

Окремі адміністративні території України суттєво відрізняються за рівнем урбанізації. Найбільшою є частка міського населення в областях південно-східного регіону. За даними Всеукраїнського перепису населення 2001 р. питома вага міських жителів в Донецькій області становила 90%, Луганській – 86% [21].

Зростання чисельності міського населення відбувається, переважно, за рахунок переселення жителів сіл у міста.

Україна, як урбанізована країна, з потужним промисловим потенціалом, зазнає значного техногенного навантаження і деградації довкілля. Щорічно в повітряний басейн, водні та земельні ресурси країни потрапило 11,0 млн т небезпечних забруднювальних речовин, з яких 54% та 38% припадає відповідно на шкідливі викиди в атмосферу і поверхневі водойми, 8% – на небезпечні відходи, якими забруднюються земельні ресурси.

Основними забруднювачами повітря країни є підприємства переробної та добувної промисловості (відповідно 33% та 21% шкідливих викидів) та підприємства-виробники електроенергії, газу і води (37%).

Від пересувних джерел забруднення щорічно в повітря надійшло 2,7 млн т шкідливих речовин, переважна частина з яких (2420,3 тис. т, або 90,1%) – це викиди автомобільного транспорту.

В Україні негативні екологічні наслідки урбанізаційних процесів обумовили високі рівні екологічно залежної патології серед міського населення.

Захворюваність на бронхіальну астму міських жителів в 1,7 разу перевищує аналогічний показник у сільських мешканців. Частота появи злоякісних новоутворень серед міських мешканців є більшою, ніж у сільських. Специфічний спосіб життя міських жителів притаманним йому ритмом, інтенсивністю, недостатньою фізичною активністю, нездоровим харчуванням, шкідливими звичками тощо сприяє розвитку багатьох порушень здоров'я, у т.ч. соматичного, психічного, психологічного плану.

В цілому захворюваність міського населення України на 30,8%, а поширеність хвороб – на 24,0% перевищує аналогічний показник сільського населення. Вищі рівні захворюваності жителів міст порівняно з сільською місцевістю особливо виразно проявляються на прикладі інфекційної патології (в 2 рази), частоти новоутворень (в 1,7 разу), вроджених вад розвитку (в 1,6 разу), травм і отруєнь (в 1,6 разу), хвороб шкіри та підшкірної клітковини (в 1,5 разу).

Поряд з вищими рівнями захворюваності міського населення за більшістю класів хвороб, порівняно з сільським, особливу тривогу викликають значні рівні смертності.

Міський спосіб життя з розвиненим транспортним сполученням і недостатньою інфраструктурою активного дозвілля є головною причиною гіподинамії та чинником ризику багатьох хвороб, насамперед серцево-судинних, ожиріння, остеохондрозу. Парадоксальним є те, що при прискореному темпі життя, спосіб життя міських мешканців стає малорухливим.

В Україні більше третини (37%) чоловіків і майже половина (48%) жінок ведуть малорухливий спосіб життя. З віком поширеність гіподинамії дещо зростає. У молодому віці рівень фізичної активності кожного четвертого чоловіка і другої жінки характеризується як недостатній.

Розвинене транспортне сполучення на відносно невеликих територіях та значний парк транспортної техніки створюють ризик екологічного забруднення, високу імовірність дорожньо-транспортних пригод. Чинниками, що сприяють підвищенню ризику ДТП є висока концентрація автотранспортних засобів, змішаний транспортний потік, різні категорії учасників дорожнього руху на єдиному дорожньому просторі, слабка інфраструктура і неадекватне міське планування. Більша частина забруднення повітря автотранспортними засобами також припадає на міста. ДТП залишаються важливою, постійно зростаючою проблемою громадської охорони здоров'я, пов'язаною з транспортом. У світі на дорогах гине щорічно 1,2 млн осіб, понад 50 млн травмуються, десятки мільйонів отримують каліцтва. Прогнозні дані свідчать про можливість збільшення цих цифр в наступні 20 років на 65%. В Україні рівні дорожньо-транспортного травматизму мають тенденцію до зростання. Майже половина загиблих у ДТП - це пішоходи, велосипедисти або користувачі моторизованих двоколісних транспортних засобів, які є більш вразливими учасниками дорожнього руху, ніж автомобілісти. Стандартизований показник смертності від дорожньо-транспортних пригод в Україні становить 16,0 на 100 тис., що в 1,5 разу вище, ніж в Європейському регіоні і в 2 рази, ніж в країнах ЄС.

Згідно даних офіційного веб-сайту Міністерства розвитку громад та території України [27], аналіз стану виконання вимог, передбачених Законом України «Про благоустрій населених пунктів» свідчить, що не всі органи місцевого самоврядування дотримуються вимог цього Закону.

Так, лише 18,2% (5030 населений пункт) мають затверджені програми з благоустрою, у містах цей показник становить – 87,4 (383 міста). У місті Києві програма з благоустрою відсутня. Майже 30,7% (8491 населений пункт) мають затверджені плани заходів з благоустрою. В містах цей показник становить 91,8%. У місті Києві план заходів з благоустрою відсутній. Лише 5,7% (1577 населених пунктів) мають програми розвитку та збереження зелених зон населених пунктів. В містах цей показник становить 45,7% (200 міст). У місті

Києві така програма зовсім відсутня. Правила благоустрою затверджено у 44,8% (12395 населених пунктах). В містах цей показник становить 85,4% (374 міста). У 10065 населених пунктах (36,3%) розроблені та затверджені схеми санітарної очистки, зокрема в містах він становить майже 70% (306 міст).

Правила утримання домашніх тварин є майже у 14% (3803 населених пунктах), в містах правила затверджені у 56,2% (246 міст).

Загальна кількість об'єктів благоустрою в Україні становить понад 411,6 тис. одиниць, із них 210,3 тис. одиниць знаходяться в містах.

Інвентаризацію проведено на 70,8% (291,7 тис.) об'єктах благоустрою населених пунктів. В містах цей показник становить 45,7% (96,1 тис.).

Загалом в Україні паспортизовано 20,2% (83,1 тис.) об'єктів благоустрою населених пунктів, в містах цей показник становить 25,6% (53,9 тис.).

Профінансовано заходів з благоустрою населених пунктів на суму понад 25,8 млрд. грн., в тому числі на заходи з благоустрою в містах понад 11,7 млрд грн.

В Україні всього 15% (60,9 тис.) об'єктів благоустрою утримуються підприємствами, визначеними на конкурсних засадах, як це передбачено вимогами Закону України «Про благоустрій населених пунктів». Слід зазначити, що у м.Києві зовсім відсутні об'єкти благоустрою, які утримуються підприємствами, визначеними на конкурсних засадах.

В населених пунктах діє 225 інспекцій з благоустрою. В місті Києві інспекції взагалі не створені. Внаслідок здійснення перевірок інспекціями з благоустрою до відповідних бюджетів надійшло майже 10,0 млн. грн. Разом із тим в Україні діють понад 1,97 тис. громадських інспекторів, які здійснили майже 11,2 тис. рейдів та перевірок. В результаті їх діяльності було складено понад 2,85 тис. протоколів, а до місцевих бюджетів надійшло понад 1,22 млн. грн.

Створено 825 комісій з питань визначення суми збитків, завданих об'єктам благоустрою внаслідок порушення законодавства, стандартів, нормативів, норм, порядків і правил у сфері благоустрою населених пунктів. Кошти, що надійшли до відповідних бюджетів за результатами роботи комісій, складають понад 2,58 млн. грн.

Залучено громадськості, насамперед молоді, до здійснення заходів з благоустрою населених пунктів понад 2,66 млн. осіб, до здійснення заходів з благоустрою територій, прилеглих до населених пунктів – майже 972,6 тис. осіб. Також в Україні понад 18,75 тис. разів висвітлювалася в засобах масової інформації проведена робота з благоустрою населених пунктів [27].

Детальна інформація щодо виконання планів благоустрою міст України представлена в додатках [Додатки А, Б].

Отже, вказаний аналіз свідчить про лише початкові заходи з управління благоустроєм в Україні, тому вітчизняному менеджменту необхідно ретельно вивчати і застосовувати іноземний досвід.

В контексті взаємозв'язку стану здоров'я, освіти, культури, економіки і добробуту суспільства цікаво порівняти основні показники здоров'я міського населення в таких країнах як Болгарія, Україна і Фінляндія. Болгарія обрана для порівняння як країна Східної Європи, колишня радянська країна Варшавського договору, близька до України по економічному потенціалу і ментальності, однак прийнята нині в ЄС і НАТО. Фінляндія обрана як розвинута капіталістична країна, однак не настільки потужна як, наприклад, Німеччина, що дозволяє говорити про більш коректне порівняння по відношенню до України. Так, згідно щорічної статистичної публікації Європейського регіонального бюро ВООЗ – 2016 [23], нами складена така порівняльна таблиця (табл. 1). Відмітимо, що ці показники відносяться до маркерів політики «Здоров'я-2020» та Цілей сталого розвитку.

Дані, наведені в табл.1, були систематизовані, перевірені і оброблені у відповідності до стандартної методології, яка застосовується ЄВРОСТАТом, ВООЗ та іншими закладами системи ООН [23].



**Порівняльна таблиця основних показників  
здоров'я в Україні, Болгарії і Фінляндії\***

| <b>Показник здоров'я</b>   |          | <b>Україна</b> | <b>Болгарія</b> | <b>Фінляндія</b> |
|--|----------|----------------|-----------------|------------------|
| Рівень безробіття<br>(усереднений за 2008-2013рр.)   |          | 8,0            | 12,0            | 8,0              |
| Очікувана тривалість життя,<br>кількість років,<br>(станом на 2016 р.)   | чоловіки | 67,5           | 71,1            | 78,4             |
|  | жінки    | 77,3           | 78,1            | 84,2             |
| Кількість здорових років життя при<br>народженні,<br>(станом на 2016 р.)   |          | 64,0           | 66,4            | 71,7             |
| Коефіцієнт смертності в результаті вбивств і<br>нападів (на 100 тис населення),<br>(станом на 2016 р.)   |          | 4,6            | 1,2             | 1,5              |
| Коефіцієнт смертності в результаті самогубств<br>і навмисних самопошкоджень (на 100 тис<br>населення), (станом на 2016 р.)                               |          | 15,8           | 7,8             | 13,6             |
| Дитяча смертність на 1 тис живонароджень,<br>(станом на 2016 р.)   |          | 8,1            | 7,7             | 1,7              |
| Материнська смертність на 100 тис<br>живонароджень, (станом на 2016 р.)  |          | 14,8           | 12,0            | 8,0              |
| Витрати на послуги охорони здоров'я за<br>рахунок власних коштів як % загальних витрат<br>на охорону здоров'я, (станом на 2016 р.)                       |          | 54,3           | 48,0            | 20,4             |
| Загальні витрати на охорону здоров'я у % до<br>ВВП, (станом на 2014 р.)  |          | 7,1            | 8,4             | 9,7              |
| Державні витрати на охорону здоров'я у % до<br>загальних витрат на охорону здоров'я,<br>(станом на 2014 р.)  |          | 50,8           | 54,6            | 75,3             |
| Кількість лікарень на 100 тис населення,<br>(станом на 2014 р.)  |          | 4,0            | 4,9             | 4,7              |
| Стандартизоване по віку<br>розповсюдження вживання<br>тютюну (%) серед осіб у віці 15<br>років і старше<br>(станом на 2016 р.)                           | чоловіки | 47,0           | 44,0            | 23,0             |
|  | жінки    | 14,0           | 30,0            | 18,0             |
| Вживання алкоголю серед осіб у віці 15 років і<br>старше (літри) (станом на 2016 р.)   |          | 6,0            | 11,0            | 8,0              |
| Стандартизований по віку оціночний рівень<br>розповсюженості (%) ожиріння (ІМТ $\geq$ 30)<br>серед осіб у віці 20 років і старше,<br>(станом на 2016 р.) |          | 24,0           | 25,0            | 22,0             |
| Діти, вакциновані проти поліомієліту (%),<br>(станом на 2017 р.)   |          | 48,0           | 92,0            | 89,0             |
| Діти, вакциновані проти кору (%),<br>(станом на 2017 р.)   |          | 86,0           | 94,0            | 94,0             |

\*розроблено автором на основі джерела [23]

Аналізуючи табл.1, відмітимо, що рівень безробіття безпосередньо не корелює з іншими показниками здоров'я нації, оскільки в сучасних умовах багато незареєстрованих самозайнятих осіб, особливо на урбанізованих територіях, що дає можливість виживати офіційно безробітним. Усереднений рівень безробіття в Україні, Болгарії і Фінляндії приблизно однаковий. Очікувана тривалість життя в Україні менша ніж в Болгарії або Фінляндії, і це пояснюється високим рівнем смертності українців (від всіх вказаних в табл.1 причин), відповідно порівняно з двома іншими європейськими народами. Загальна кількість лікарень на 100 тис населення, державні і загальні витрати на охорону здоров'я в Україні менші за європейські, а відповідні витрати за рахунок власних коштів населення вище ніж в Болгарії та Фінляндії. Цікавою є статистика по шкідливих звичках – по тютюнопалінню українці-чоловіки випереджають вказані європейські народи, а по вживанню алкоголю – навпаки. При цьому європейки палять частіше українок. Напевне, це викликано вищим рівнем життя в Європі, що дозволяє частіше купувати алкоголь і тютюнові вироби. За рівнем вакцинації українці значно відстають від європейців, особливо це стосується поліомієліту. Такі тенденції не можуть не позначитись на зменшенні кількості в Україні здорових років життя.

З огляду на вказані вище нові виклики сучасного світу, Всесвітня організація охорони здоров'я і організація ООН-ХАБІТАТ розробили методичний посібник «Urban HEART» (Health Equity Assessment and Response Tool). Вказаний інструмент полегшує створення бази фактичних даних і призначається менеджменту міст для оцінки рівня несправедливості по відношенню до здоров'я і з метою вжиття відповідних заходів у відповідь в міських умовах. Створена ВООЗ методика оцінки та усунення несправедливості стосовно здоров'я в містах заохочує використання наявних даних, які розбиваються за такими критеріями, як соціально-економічна група і район проживання. Створена ООН-ХАБІТАТ програма UrbanInfo допомагає користувачам зберігати, представляти і аналізувати міські показники за допомогою цілого ряду механізмів [24].

Таким чином, аналізуючи глобальні світові тенденції, в сучасній Україні формується і реалізується публічна політика збереження здоров'я та повноцінного життя людей, як однієї із найважливіших цілей спільноти. Україна в своїх євроінтеграційних процесах орієнтується на політику «Здоров'я-2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» [14], а також на вимоги Угоди про асоціацію між Україною та ЄС [39]. Також основними документами, що визначають курс дій держави в цьому напрямі, є Європейський план дій по укріпленню потенціалу та послуг громадського здоров'я: EUR/RC62/12 [12], а також такі національні нормативно-правові акти як Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вибір» від 31 жовтня 2011 року № 1164-р [33], Стратегія сталого розвитку «Здоров'я-2020», затверджена Указом Президента України від 12.01.2015 №5 [32], Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні [34].

Зосереджуючись на останньому документі, необхідно вказати, що Концепція розвитку системи громадського здоров'я запроваджує в Україні процес стратегічного планування розвитку системи із залученням зацікавлених сторін. Концепція закладає засади переорієнтації фокусу системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я і запобігання захворювань. Для зменшення впливу неінфекційних захворювань впроваджується підхід, який дасть можливість людям самим зробити вибір заходів, спрямованих на зміцнення їхнього здоров'я. Це також дозволить очікувати і вимагати, і від органів місцевого самоврядування зокрема, прийняття відповідних рішень. Впровадження Концепції дасть поштовх для розбудови системи сфери громадського здоров'я в Україні, у тому числі для комплексної реформи системи охорони здоров'я.

Кабінет Міністрів України в 2017 році затвердив План заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я [31]. Цей документ передбачає:

- посилення контактів із суспільством з метою промоції діяльності органів громадського здоров'я;
- розвиток кадрових ресурсів у системі громадського здоров'я, внесення змін до національного класифікатора професій за напрямом “громадське здоров'я”;
- впровадження електронної системи управління інформацією в лабораторній мережі системи громадського здоров'я;
- організацію пілотних проектів по створенню регіональних центрів громадського здоров'я (сьогодні вже діють 13 таких центрів: у м.Київ, Кіровоградській, Житомирській, Львівській, Рівненській, Волинській, Сумській, Тернопільській, Херсонській, Київській, Хмельницькій, Черкаській та Полтавській областях. Також розпочато утворення ще п'яти центрів — у Запорізькій, Луганській, Вінницькій, Чернівецькій і Закарпатській областях. А до кінця 2020 р. центри громадського здоров'я будуть функціонувати у кожному регіоні України [29];
- розроблення регіональних планів комплексних заходів та програм з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив.

Окремо необхідно відмітити заходи з усунення перешкод у сфері розвитку громадського здоров'я в Україні в умовах урбанізації:

1. покращення комунікації в сфері громадського здоров'я. Мається на увазі техніка інформування та впливу на мотивацію населення щодо збереження здоров'я.

2. запровадження адвокації в сфері громадського здоров'я — діяльність з представництва та захисту інтересів людини в сфері охорони здоров'я.

Як бачимо, законодавець створює інструменти міждисциплінарного, взаємопов'язаного впливу різних публічних політик, які стосуються якості життя людини та її здоров'я. [6].

Отже, запропонований нами для вивчення досвід розвитку інструментів публічної політики в сфері громадського здоров'я в умовах стрімкої урбанізації в перспективі може бути застосований в сучасних умовах вітчизняного управління благоустроєм. Комплексне використання суб'єктами української публічної політики вказаних практик в майбутньому дадуть позитивні результати.

Для міського населення, як і населення планети в цілому, характерними є значні прояви нерівності. Прошарки з низьким рівнем доходів мають гірші умови проживання, менші можливості для здорових умов і способу життя, високі рівні захворюваності і смертності.

Міське населення набагато частіше наражається на ризики насилля, у т.ч. на вбивства, напади, сексуальні домагання тощо.

При збереженні існуючого рівня урбанізації зростатимуть загрози посилення її нездорового впливу на громадське здоров'я і збільшення численних проблем соціальної сфери. Враховуючи це, високою є потреба в розробці нового підходу до проблем урбанізації та нової парадигми суспільного охорони здоров'я.

Сучасні стратегії вирішення проблеми урбанізації і здоров'я передбачають вплив на чотири ключові галузі, що вимагають вживання заходів, включають міське планування, поліпшення умов життя в місті, міське управління за активної участі громадськості, створення рівних можливостей для життя людей усіх вікових груп [1].

Науково обгрунтоване міське планування сприяє здоровому способу життя і безпеці. Органи місцевого самоврядування та громадянське суспільство можуть спроектувати майданчики в місті для заохочення підвищення фізичної активності, вкладати кошти у активні транспортні засоби; сприяти здоровому харчуванню шляхом забезпечення наявності та доступу до свіжих продуктів харчування, і знизити кількість випадків насильства та злочинів шляхом правильного природоохоронного проектування

та заходів регулювання і контролю, включаючи контроль кількості пунктів продажу спиртних напоїв.

Поліпшення умов міського життя вимагає застосовувати принципи міського планування, що сприяють зміцненню здоров'я населення, зі зручним доступом до основних зручностей і послуг, цільовим використанням комерційних та некомерційних ділянок землі. При цьому існує нагальна потреба у відведенні ділянок землі під парки та заповідники, місця відпочинку та розваг.

Забезпечення належних житлових умов для всіх громадян є однією з найбільших міських проблем. Якість житла і адекватний доступ до комунальних послуг, таких як водопостачання і каналізація, є важливими детермінантами здоров'я.

У світлі сучасних стратегій, спрямованих на вирішення існуючих проблем, вимагає удосконалення міське управління за активної участі громадськості. Слід розробити місцеві механізми управління містом за активної участі всього населення, що дозволить місцевим громадам та органам місцевого самоврядування спільно створювати більш здорові і безпечні міста.

Розвиток міст з рівними можливостями для всіх людей різного віку є важливим аспектом вирішення проблем урбанізації. Люди з обмеженими можливостями становлять не менше 10% населення, і відсутність рівних можливостей закриває їм доступ до освіти, зайнятості та суспільного життя. В цілому йде процес швидкого старіння населення планети, росте число людей похилого віку, багато з яких ледве пересуваються, мають поганий зір і слух. Такі заходи, як зручний громадський транспорт, спеціальні з'їзди з тротуарів, безпечні пішохідні переходи, наприклад, сенсорне дорожнє покриття, перехрестя, регульовані за допомогою сигналів, підвищать безпеку і рівень участі в житті міста людей з обмеженими можливостями та похилого віку.

Скорочення нерівності є провідною стратегією поліпшення здоров'я населення. Усі міські жителі виграють від будівництва міст «з рівними можливостями для всіх», які доступні і прихильні до жителів різного віку. Такі

заходи не обов'язково вимагають великих вкладень, скоріше потребують прийняття зобов'язань з перерозподілу ресурсів з пріоритетом рівних можливостей, що сприятиме підвищенню ефективності.

З огляду на правові аспекти охорони здоров'я та відповідальність урядів, суспільства і приватних осіб за реалізацію права на здоров'я, потребує заохочення об'єднання зусиль муніципальної влади, громадянського суспільства та окремих громадян з метою захисту права на здоров'я нинішнього і майбутніх поколінь міських жителів. Шляхом згуртування різних верств суспільства для активної участі в розробці політики можна домогтися стійких результатів у сфері охорони здоров'я.

У документах ВООЗ вказано «Ми переживаємо переломний момент, рухаючись в бік все більшої урбанізації світу і, разом з цим, до необхідності прийняти всі наслідки, які дана ситуація може мати для нашого здоров'я, як сприятливі, так і несприятливі. Замість того, щоб через п'ятдесят років думати, що могло б бути зроблено, ми можемо вжити необхідних заходів зараз з тим, щоб зростаючі міста стали містами здоров'я».

## ВИСНОВКИ

За результатами дослідження вітчизняної та європейської практики місцевого управління в сфері благоустрою населених пунктів з урахуванням аспектів оздоровлення локацій та громад, які їх населяють, можна сформулювати такі основні висновки:

1. Розгляд сфери благоустрою населених пунктів України засвідчив про незадовільний стан справ у ній та необхідність удосконалення регулювання на рівні держави і ОТГ цієї сфери. До основних чинників, що призводять до цього, є невиконання, насамперед, через ресурсні обмеження, центральними органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування вимог, визначених профільними законами України у сфері благоустрою населених пунктів, недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази, незабезпеченість державними стандартами, недостатнє залучення новітніх технологій до утримання об'єктів благоустрою, встановлення економічно не обґрунтованих тарифів на надання послуг в цій сфері, незадовільна дозвільна система, неефективна система контролю, механізми притягнення до відповідальності порушників законодавства, недостатній рівень застосування фінансово-економічних механізмів у цій сфері тощо;

2. Установлено, що результативність державного регулювання сфери благоустрою населених пунктів тісно пов'язана з реалізацією державної політики у сфері благоустрою населених пунктів. Відповідно, запропоновано розробити модель формування державної та місцевої політики у сфері благоустрою населених пунктів, яка покликана сприяти гармонізації дій на державному і місцевому рівнях.

3. Аналіз європейського досвіду управління в сфері благоустрою населених пунктів засвідчив, що на її розвиток впливає розвиток будівництва та реконструкції нерухомості (житлової, комерційної, промислової), містобудівні аспекти та потреби населення. Встановлено, що в процесі



формуванні та реалізації державної політики у сфері благоустрою населених пунктів найбільш доцільно використовувати досвід східноєвропейських країн, який характеризується децентралізацією, міжмуніципальною співпрацею, запровадженням “обов’язкових” послуг, обов’язковістю проведення конкурсних змагань між виконавцями, новими формами управління, тарифним регулюванням та удосконаленням системи контролю і відповідальності. Визначена важливість адаптації вітчизняного законодавства в сфері благоустрою населених пунктів до вимог Ландшафтної конвенції.

4. З урахуванням європейського досвіду, слід запропонувати такі важливі напрями удосконалення сучасного управління сфери благоустрою населених пунктів в Україні:

- продовження ефективної політики децентралізації повноважень у сфері благоустрою населених пунктів з правом встановлення спеціальних місцевих податків, необхідних для наповнення відповідних спецфондів місцевих бюджетів;
- демократизація систем управління сферою благоустрою, залучення громадських і волонтерських неприбуткових організацій;
- стимулювання постійних поліпшуючих нововведень – як в управлінні сферою благоустрою населених пунктів, так і розвитку системи відповідних об’єктів та їх технічному забезпеченні;
- формування спеціальних державних та місцевих фондів для організації конкурсів на отримання інвестицій в розвиток сфери благоустрою населених пунктів; запровадження обов’язковості проведення конкурсних змагань у сфері благоустрою населених пунктів між виконавцями та вдосконалення правовідносин з ними, зокрема партнерських і взаємодоповнюючих - на договірній основі;
- розвиток співпраці, у тому числі державно-самоврядної, публічно-приватної та міжмуніципальної; удосконалення законодавства щодо вимог до співпраці та концесій комунального майна у сфері благоустрою населених

пунктів;

– підвищення відповідальності перед органами державної влади і ОТГ за порушення правил благоустрою, які призвели до погіршення екології та умов оздоровлення територій і локальних громад, які там мешкають [43].

Таким чином, урбанізація є незаперечною тенденцією сучасного етапу розвитку суспільства. Вона відображає історичний процес підвищення ролі міст у розвитку суспільства, зміну соціально-економічних, демографічних, політичних, етнокультурних і географічних умов, кардинальні перетворення в територіальній організації суспільного життя.

В умовах урбанізації посилюються численні проблеми громадського здоров'я, які стосуються забезпечення харчуванням та питною водою; контролю і запобіганню забрудненню повітря, водних ресурсів, ґрунтів; утилізації та захоронення нагромаджених шкідливих виробничих і побутових відходів, а також інші соціальні проблеми.

Урбанізацію не можна оцінювати однобоко, як позитивне або негативне явище, її прояви можуть мати різну оцінку в залежності від впливу на якість навколишнього середовища, спосіб життя і здоров'я мешканців міст. В сучасних умовах урбанізація асоціюється в багатьох країнах світу з проблемами популяційного здоров'я, у т.ч. з поширеністю хронічних неінфекційних хвороб, алергійних проявів, нездоровим способом життя, низькою фізичною активністю, високими рівнями травматизму тощо. Це вимагає пріоритетної уваги до проблеми урбанізації і здоров'я з боку міжнародних, регіональних, національних і місцевих органів управління, ділових кіл, недержавних організацій, громадського суспільства.

Сучасні стратегії та підходи до вирішення проблем зі здоров'ям у містах стосуються удосконалення міського планування, міського управління, поліпшення умов життя, створення рівних можливостей для усіх мешканців. Поліпшення умов життя жителів міст, пом'якшення та усунення негативних проявів урбанізації можливе за умови вжиття спільних зусиль усіх секторів

суспільства, удосконалення і реалізації активної політики розвитку міських поселень.

Особливої актуальності набувають питання підвищення поінформованості фахівців, керівників, населення з питань урбанізації і здоров'я, спонукання до ефективних дій та демонстрація місцевим органам необхідності взяття відповідальності і вжиття заходів з оздоровлення міст, створення більш сприятливих екологічних і соціальних умов з метою забезпечення стійкого розвитку.

Важливим завданням є інтеграція проблеми урбанізації і здоров'я в чітку стратегію громадського здоров'я шляхом регулярних заходів на різних рівнях, забезпечення стійкої прихильності справі широкого включення питань здоров'я в політику розвитку міст, сприяння поліпшенню якості життя та здоров'я міських жителів.

### Список використаних джерел:

1. 1000 городов 1000 жизней. Здоровье городов – это важно / Практическое руководство для организаторов мероприятий. – ВОЗ, 2010. – 37 с.
2. Белова І.В., Д'яконова І.І., Таранюк Л.М., Деміхов О.І. Аналіз факторів впливу на смертність, спричинену захворюванням на COVID-19 // Вісник СумДУ, серія «Економіка», вип.№3 – Суми, 2020. – С.164-173.
3. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортных происшествий: резюме. – ВОЗ, Женева, 2004. – 54 с.
4. Гнідой І.М., Діхтярук І.І. Здоров'я школярів в умовах екологічного свинцевого пресингу //Матеріали наук.-практ. конф. Українського науково-дослідного інституту охорони здоров'я дітей та підлітків «Здоров'я школярів на межі тисячоліть», Харків, 17–19 травня, 2000 р. – Харків, 2000. – С.16-19.
5. Горобец П.Ю., Ильченко И.Н., Ляпунов С.М., Шугаева Е.Н. Распространенность экологически зависимых нарушений нервно-психического развития у детей в возрасте 4-7 лет при хроническом воздействии тяжелых металлов в малых дозах // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения. – 2005. – №1. – С.14-20.
6. Деміхов О.І. Взаємозв'язок урбанізації з формуванням і реалізацією публічної політики громадського здоров'я в Україні/О.І. Деміхов //Аспекти публічного управління.-Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2019. - №12, ТОМ 7, С. 59-69. DOI: 10.15421/15196.
7. Довкілля України 2008 / Аналітична доповідь Держкомстату України. – К., 2009. – 11 с.
8. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе 2018. Больше, чем просто цифры: фактические данные для всех. Основные положения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018, 15 с.

9. Доклад о развитии человека 2009. Преодоление барьеров: человеческая мобильность и развитие / Пер с англ.; ПРООН – М.: Издательство «Весь Мир», 2009. – 232 с.
10. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ. – Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, №97. – 156 с.
11. Доклад ООН «Перспективы мировой урбанизации». – Нью-Йорк, 2008.
12. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения: EUR/RC62/12: Европ. регион. комитет, 62-я сессия, Мальта, 10–13 сент. 2012 г. / Всемир. орг. здравоохранения, Епроп. регион. бюро. Копенгаген: Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро, 2013. 47, [3] с. // Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро: офиц. сайт. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/171773/RC62wd12rev1-Rus-updated.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/171773/RC62wd12rev1-Rus-updated.pdf) (дата звернення: 17.09.2020)
13. Європейська база даних «Здоров'я для всіх» (<http://www.euro.who.int/?language=Russian>).
14. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия/Всемир. орг. здравоохранения. Копенгаген: Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро, 2013. VI, 16 с. // Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро: офиц. сайт. URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf) (дата обращения: 09.10.2020)
15. Зубченко Л. Огляд зарубіжних періодичних друкованих видань за статистикою і демографії // Питання статистики. – М., 2003 р.
16. Минайчева Л.И., Назаренко Л.П., Шапран Н.В., Фадюшина С.В., Светлова Н.В., Жураева Г.Т. Мониторинг врожденных пороков развития в Томской области // Здравоохранение Российской Федерации. – 2005. – №4. – С.47-49.

17. Михайлова Е.В. Здоровье детей школьного возраста на территориях с разным уровнем загрязнения атмосферного воздуха // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2004. – №6. – С.25-27.
18. Москаленко В.Ф. Концептуальні підходи до формування профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної. – К.: ВБ «Авіцена», 2009. – 240 с.
19. Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С., Галієнко Л.І. Передчасна смертність населення як глобальна соціально-медична проблема // *Охорона здоров'я України*. – 2008. – №2 (30). – С.9-19.
20. Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С., Галієнко Л.І. Передчасна смертність населення як глобальна соціально-медична проблема // *Охорона здоров'я України*. – 2008. – №2 (30). – С.9-19.
21. Населення України, 2003 рік / (демографічний щорічник). – К.: Державний комітет статистики України, 2004. – 364 с.
22. Новиков В.Н. Экология, урбанизация, жизнь. – М., 2000. – 328 с.
23. Основні показники здоров'я в Європейському регіоні–2019. Щорічна статистична публікація Європейського регіонального бюро ВООЗ, Копенгаген, 2016, 8 с.
24. Офіційний веб-портал Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я: Публікація двох великих докладів. Електронний ресурс: <http://www.euro.who.int/ru/media-centre/sections/press-releases/2010/11/who-releases-two-major-reports> (дата відвідування: 11.09.20р.)
25. Офіційний сайт «Demoscope.ru» / URL: <http://demoscope.ru/weekly/gb/gbshow.php> (дата звернення: 09.10.2020)
26. Офіційний сайт В.Короленка / URL: [http://estetmed.org/?page\\_id=42](http://estetmed.org/?page_id=42) (дата звернення: 09.10.2020)
27. Офіційний сайт Міністерства розвитку громад та територій України / <https://www.minregion.gov.ua/napryamki-diyalnosti/zkh/terretory/analiz-stanu-vykonannya-vymog-zakonu-u> (дата звернення: 13.11.2020).

- 28.Офіційний сайт Української служби статистики / URL: <http://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 01.11.2020)
- 29.Офіційний сайт Центру громадського здоров'я МОЗ України / URL:<https://phc.org.ua/regionalni-cgz> (дата звернення: 02.12.2020)
- 30.Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я за 2007-2008 роки . – К.:ЦМС МОЗ України. – 327 с.
- 31.Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 18.08.2017 № 560-р // БД «Законодавство України» / ВР України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/560-2017-%D1%80> (дата звернення: 06.11.2020)
- 32.Про Стратегію сталого розвитку «Здоров'я-2020»: Указ Президента України від 12.01.2015 № 5 // БД «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015> (дата звернення: 18.10.2020)
- 33.Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вибір»: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164-р // База даних (БД) «Законодавство України» / Верховна Рада (ВР) України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-п> (дата звернення: 01.11.2020)
- 34.Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р // БД «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-р> (дата звернення: 10.10.2020)
- 35.Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения. Резюме. – ВОЗ, Копенгаген, 2007. – 77 с.
- 36.Скачков М.А. Бронхолегочная патология у детей в промышленном городе//Российский педиатрический журнал. – 2003. – №2. – С.31-35.

- 37.Скрытые города: выявление и устранение несправедливости в отношении здоровья в городах // Доклад ВОЗ и Программы ООН по населенным пунктам. - WHO Kobe Centre-UN-НАВИТАТ, 2010. - 20 с.
- 38.Смагулов Н.К., Крашановская Т.Р., Узбеков В.А. Гигиеническая оценка загрязнения воздуха ароматическими углеводами с учетом процессов их трансформации в атмосфере промышленного региона //Гигиена и санитария. – 1997. – №4. – С. 12-13.
- 39.Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони: від 27.06.2014, ратиф. із заявою законом України від 16.09.2014 № 1678-VII // БД «Законодавство України» / ВР України. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984\\_011](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011) (дата звернення: 07.11.2020).
- 40.Узбеков В.А., Крашановская Т.Р., Стиплина Е.С. и др. //Пробл. медицинской экологии. – Караганда, 1995. – Т.2. – С.83-87.
- 41.Чащин В.П., Сивочалова О.В., Денисов Э.И. Экологические и этические проблемы охраны репродуктивного здоровья населения // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2003. – №3. – С.13-17.
- 42.Шутов Д.В., Коновалов О.Е. Влияние природно-географических и антропогенных факторов на заболеваемость и смертность от врожденных аномалий кровообращения и болезней системы кровообращения у детей // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. – № 1. – С.47-52.
- 43.Ігнатенко, О. П. "Державне регулювання сфери благоустрою населених пунктів." Дис. доктора наук з держ. управл 25 (2016).