

Державний торговельно-економічний університет  
Кафедра публічного управління та адміністрування

## ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

### «РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

Студента 4 курсу, 15 групи,  
спеціальності 281 «Публічне  
управління та адміністрування»  
спеціалізації «Публічне  
управління та адміністрування»

Довбенко  
Ігор  
Віталійович

(підпис студента)

Науковий керівник  
канд. екон. наук,  
доцент

Головня  
Юлія  
Ігорівна

(підпис керівника)

Гарант освітньої програми  
канд. екон. наук,  
доцент

Головня  
Юлія  
Ігорівна

(підпис гаранта)

Київ 2022

## Державний торговельно-економічний університет

Факультет економіки, менеджменту та психології

Кафедра публічного управління та адміністрування

Освітній ступінь: бакалавр

Спеціальність: публічне управління та адміністрування

Спеціалізація: публічне управління та адміністрування

Затверджую

Зав. кафедри \_\_\_\_\_

«01» грудня 2021 р.

### Завдання

#### на випускню кваліфікаційну роботу (проект) студентові

**Довбенко Ігор Віталійович**

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема випускної кваліфікаційної роботи (проекту): **«РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

Затверджена наказом ректора від «26» листопада 2021 р. № 3884

2. Строк здачі студентом закінченого роботи (проекту): 05.06.2022

3. Цільова установка та вихідні дані до роботи (проекту)

*Мета роботи (проекту):* розроблення системи заходів щодо удосконалення процесу реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у Баришівській територіальній громаді та обґрунтування їх ефективності.

*Об'єкт дослідження:* процес реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у Баришівській ОТГ.

*Предмет дослідження:* теоретичні та практичні засади реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

Зміст випускної кваліфікаційної роботи (проекту) (перелік питань за кожним розділом):

**ВСТУП**

**РОЗДІЛ 1. ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ РЕГІОНУ**

1.1 Оцінка сучасного стану охорони здоров'я у Баришівській ОТГ

1.2 Організаційно-правовий механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у Баришівській територіальній громаді

**РОЗДІЛ 2. УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РЕГІОНІ**



2.1 Успішні практики трансформаційних змін у сфері охорони здоров'я та можливості їх використання у Баришівській територіальній громаді

2.2 Розроблення системи заходів щодо удосконалення процесу реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у Баришівській територіальній громаді та обґрунтування їх ефективності

## ВИСНОВКИ

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

## ДОДАТКИ

### 4. Календарний план виконання роботи (проекту)

№ пор.	Назва етапів випускної кваліфікаційної роботи (проекту)	Строк виконання етапів роботи	
		за планом	фактично
1	2	3	4
1	Визначення напрямку дослідження та затвердження теми випускної кваліфікаційної роботи	До 20.11.2021	20.11.2021
2	Складання плану та підготовка індивідуального завдання для виконання випускної кваліфікаційної роботи	До 05.01.2022	05.01.2022
3	Представлення на рецензування науковому керівнику рукопису першого розділу випускної кваліфікаційної роботи	До 20.03.2022	20.03.2022
4	Представлення на рецензування науковому керівнику рукопису другого розділу випускної кваліфікаційної роботи	До 20.04.2022	20.04.2022
5	Представлення закінченої випускної кваліфікаційної роботи	До 23.05.2022	23.05.2022
6	Підготовка письмового відгуку на випускну кваліфікаційну роботу	До 01.06.2022	01.06.2022
7	Проведення попереднього захисту випускних кваліфікаційних робіт	01-05.06.2022	01-05.06.2022
10	Вирішення питання про допуск випускної кваліфікаційної роботи до захисту	До 10.06.2022	До 10.06.2022
11	Направлення випускної кваліфікаційної роботи із зовнішньою рецензією у ЕК для захисту	За графіком	За графіком

5. Дата видачі завдання « 01 » грудня 2022 р.

6. Науковий керівник випускної кваліфікаційної роботи (проекту)

Головня Юлія Ігорівна

(прізвище, ініціали, підпис)

7. Гарант освітньої програми Головня Ю.І.

(прізвище, ініціали, підпис)

8. Завдання прийняв до виконання студент Довбенко Ігор Віталійович

(прізвище, ініціали, підпис)

10. Відгук наукового керівника випускної кваліфікаційної роботи (проекту):

Випускна кваліфікаційна робота характеризується актуальністю та своєчасністю, оскільки присвячена питанням реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

У роботі досліджено сучасний стан охорони здоров'я у Баришівській ОТГ, проаналізовано організаційно-правовий механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у регіоні. Під час дослідження автором розглянуті успішні практики трансформаційних змін у сфері охорони здоров'я та можливості їх використання у Баришівській територіальній громаді та розроблена системи заходів щодо удосконалення процесу реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у Баришівській територіальній громаді та обґрунтування їх ефективності.

Висновки та пропозиції, що сформульовані в роботі, є цілком обґрунтованими.

У процесі дослідження здобувач продемонстрував достатній рівень володіння методологією наукових досліджень, вміння використовувати сучасні методи оброблення інформації.

Випускна кваліфікаційна робота є завершеним науковим дослідженням, виконана у повному обсязі, відповідає встановленим вимогам та рекомендується до захисту.

Науковий керівник випускної кваліфікаційної роботи (проекту)

Головня Юлія Ігорівна

*(прізвище, ініціали, підпис)*

*(підпис, дата)*

Відмітка про попередній захист Головня Юлія Ігорівна

Головня Юлія Ігорівна

*(ПІБ, підпис, дата)*

11. Висновок про випускну кваліфікаційну роботу (проект):

Випускна кваліфікаційна робота (проект) студента Довбенко І.В.

*(прізвище, ініціали)*

може бути допущена до захисту екзаменаційній комісії.

Гарант освітньої програми): Головня Юлія Ігорівна

*(прізвище, ініціали, підпис)*

Завідувач кафедри: Новікова Наталія Леонідівна

*(підпис, прізвище, ініціали)*

«10» червня 2022 р.



**ЗМІСТ**

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ РЕГІОНУ.....</b>	<b>5</b>
1.1 Оцінка сучасного стану охорони здоров'я у Баришівській ОТГ.....	5
1.2 Організаційно-правовий механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у Баришівській територіальній громаді.....	16
<b>РОЗДІЛ 2. УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РЕГІОНІ.....</b>	<b>31</b>
2.1 Успішні практики трансформаційних змін у сфері охорони здоров'я та можливості їх використання у Баришівській територіальній громаді.....	31
2.2 Розроблення системи заходів щодо удосконалення процесу реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у Баришівській територіальній громаді та обґрунтування їх ефективності.....	39
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>49</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>51</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>57</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Право на охорону здоров'я є одним з найважливіших соціальних прав людини, без реалізації якого неможливе її нормальне життя в сучасному суспільстві. Забезпечення цього права безпосередньо впливає на тривалість життя громадян і його якість, що визначається здоров'ям населення, яке передбачає не лише відсутність хвороб, а й повне соціальне благополуччя. Забезпечення права на охорону здоров'я є однією з найважливіших функцій держави та місцевого самоврядування й полягає у створенні належних умов правового та організаційного характеру для захисту, підтримки й збереження життя та здоров'я людини – найвищих соціальних цінностей держави.

За останні декілька років відбулися різкі зміни в системі фінансування галузі охорони здоров'я, на рівні первинної медичної допомоги відбувся перехід від утримання закладів охорони здоров'я за бюджетні кошти до публічних закупівель медичних послуг з метою забезпечення потреб населення в медичній допомозі. Прийнято нормативно-правові акти, що регламентують нову модель фінансування охорони здоров'я, основними серед яких є Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» та Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Теоретичні та практичні аспекти фінансового забезпечення соціальної сфери, в т. ч. охорони здоров'я, в період становлення ринкової системи господарювання висвітлені у наукових працях вітчизняних учених В. Андрущенко, Й. Бескида, О. Василика, О. Величко, В. Войцехівського, С. Кондратюка, В. Лехана, Д. Полозенка, Ю. Пасічника, Я. Радиш, І. Радь, О. Тулай, С. Юрія та ін.

Незважаючи на увагу до проблеми фінансування системи охорони здоров'я – це питання потребує подальшого вивчення, враховуючи відсутність комплексних досліджень питань фінансування галузі охорони здоров'я на



сучасному етапі фінансових реформ охорони здоров'я, що відбувалися протягом останніх кількох років і досі не є завершеними.

**Мета дослідження** – розроблення системи заходів щодо удосконалення процесу реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у Баришівській територіальній громаді та обґрунтування їх ефективності.

Поставлена мета зумовила необхідність вирішення таких дослідницьких завдань:

- оцінити сучасний стан охорони здоров'я у Баришівській ОТГ;
- дослідити організаційно-правовий механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у Баришівській територіальній громаді;
- проаналізувати успішні практики трансформаційних змін у сфері охорони здоров'я та можливості їх використання у Баришівській територіальній громаді;
- розробити дієву систему заходів щодо удосконалення процесу реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у Баришівській територіальній громаді та обґрунтування їх ефективності.

**Об'єкт дослідження:** процес реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у Баришівській ОТГ.

**Предмет дослідження:** теоретичні та практичні засади реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

**Методи дослідження:** Для вирішення визначених завдань, у процесі дослідження використано загальнонаукові та спеціальні методи дослідження.

Для

аналізу сучасного стану та чинників що впливають на реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я було використано такі методи, як: аналітичний, описовий, структурного аналізу, виокремлення статистичних даних. Для оцінки механізму формування та здійснення державної

політики в сфері охорони здоров'я, основними методами були – системний підхід, структурний аналіз, метод узагальнення даних,

синтез,

аналогія. Прогностичний метод, що передбачає прогнозування, узагальнення незалежних характеристик опрацьованих матеріалів для формулювання висновків, пропозицій щодо визначення напрямів удосконалення.

## **РОЗДІЛ 1. ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ РЕГІОНУ**

### **1.1 Оцінка сучасного стану охорони здоров'я у Баришівській ОТГ**

Концепція реформи охорони здоров'я на сучасному етапі повинна враховувати весь комплекс факторів, що визначають ефективність функціонування галузі у перспективі. До таких факторів слід зарахувати:

- Досвід організації та управління охорони здоров'я, накопичений за роки економічних реформ в РК та в економічно розвинених країнах.
- Потенціал охорони здоров'я, його організаційно-технічний рівень та наявні ресурси (кадрові, фінансові та ін.).
- Сформовані в країні соціально економічні умови та тенденції їх розвитку.
- Міжнародні стандарти в галузі якості медичної допомоги та рекомендації ВООЗ.
- Стан та тенденції розвитку здоров'я населення РК [1-2].

На основі аналізу факторів повинні бути виявлені пріоритетні проблеми підвищення рівня здоров'я населення. До таких проблем слід, в першу чергу, віднести ті проблеми, вирішення яких дозволить отримати максимальний соціально-економічний ефект та мінімізувати економічні втрати суспільства[2].



Зрештою ці проблеми повинні знайти своє відображення в цільових комплексних програмах розвитку охорони здоров'я, на вирішенні яких і необхідно в першу чергу сконцентрувати наявні фінансові ресурси галузі.

Станом на початок квітня 2021 р. в Україні налічується 1470 територіальних громад, із яких 27,9 % – міські (410 од.), 29,5 % – селищні (433 од.) та 42,6 % – сільські (627). Відповідно до постанови Верховної Ради України від 17 липня 2020 р. було ліквідовано 490 старих районів, натомість утворилося 136 районів (Monitoring local government reforms and territorial organization of government, 2021).

Межі районів устанавлювалися за зовнішньою межею територій сільських, селищних, міських територіальних громад, які входили до складу відповідного району. Кількість населення Київської області на 2021 р. становить 1853,8 тис. осіб (без урахування столиці України – міста Києва). За цим показником вона поступається Донецькій (4,13 млн осіб), Дніпропетровській (3,25 млн осіб), Харківській (2,79 млн осіб), Львівській (2,52 млн осіб), Одеській (2,41 млн осіб) та Луганській (2,13 млн осіб) областям. Площа – 28,12 тис. км<sup>2</sup> (State statistics service of Ukraine, 2020). За розмірами території Київська область посідає восьме місце серед інших регіонів України [3; 4; 5].

Аналіз фінансово-господарської діяльності медичних закладів України за 2019 рік вказав на те, що відбувається домінування джерела фінансування із НСЗУ над сукупним розміром субвенції за минулі роки. Крім того окремим власниками прийнято рішення щодо зменшення фінансування. Так, по Україні близько 35 % коштів на підтримку лікарень направлено із місцевих бюджетів і приблизно 65 % – з державного бюджету. Наразі відбувається ситуація пов'язана із зростанням місцевих бюджетів, в результаті адміністративно-територіальної реформи, із одночасним зменшенням обсягів фінансування з місцевих бюджетів.

Баришівська громада

Громада створена: 23.12.2018 р.

Адмін. центр: Баришівка

Українська назва: Баришівка

Населення громади: 32 180 чол.

У складі: Баришівка, Пасічна, Швачиха, Бзов, Веселинівка, Волошинівка, Борщів, Устинкова Веслування, Шовкове, Остролуччя, Дернівка, Хлопків, Коржі, Корніївка, Лук'янівка, Лукаші, Масківці, Морозівка, Паришків, Червоно, Рудницьке, Сезенків, Власівка, Селичівка, Селище

Код ЄДРПОУ: 04360623

КОАТУУ: 3220255100

Адреса: 07500, Київська обл., Баришівський р-н, смт. Баришівка, вул.

Центральна, будинок. 27

Укрупнений район: Броварський район

Голова (голова): Варениченко Олександр Павлович

Баришівська ОТГ є однією з найбільших територіальних громад у Київській області, має вигідне географічне та стратегічне положення відносно столиці України – м.Києва. До її складу увійшли: Баришівська селищна, Бзівська, Веселинівська, Волошинівська, Гостролуцька, Дернівська, Коржівська, Корніївська, Лукашівська, Лук'янівська, Масківецька, Морозівська, Паришківська, Перемозька, Подільська, Рудницька, Сезенківська, Селичівська, Селищанська сільські ради Баришівського району. Площанаселених пунктів Баришівської селищної ради (ОТГ) становить 687,85 км<sup>2</sup> (68 785 га), що становить 2,4% від площі Київської області. Кордони: на заході межує з Бориспільським та Броварським; на сході – з Яготинським районами; на півночі – зі Згурівським районом Київської області та Бобровицьким районом Чернігівської області; на півдні – з ПереяславХмельницьким районом Київської області [6; 7].





Рис. 1.1 Графічне зображення Баришівської ОТГ [8]

На території Баришівської громади проживає 27783 осіб, з них в с/т Баришівка - 10793 чол. – міське населення (39,2 %), 16754 чол. – сільське населення (60,8 %) За структурою населення: 51,5 % працездатне населення, 38 %- пенсіонери та інваліди, 16,5% - діти. Кількість зайнятого населення в бюджетних установах – 13,2 %, в приватному секторі – 86,8 %.

Основні показники економічного і соціального розвитку Баришівської селищної територіальної громади в 2020-2024 роках подано в Додаток А.

Усі мешканці громади можуть отримати первинну та невідкладну медичну допомогу в 25 закладах, в тому числі: Баришівська медична амбулаторія загальної практики сімейної медицини; 9 медичних амбулаторій по селах, 10 фельдшерсько-акушерських пунктів, 5 фельдшерських пунктів та в лікарських амбулаторіях загальної практики сімейної медицини. В центрі громади функціонує багатопрофільна центральна районна лікарня.

Таблиця 1.1

### Структура Комунального некомерційного підприємства «БАРИШІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ»

Генеральний директор КНП "Баришівська БЛ"	5-44-25
Головний бухгалтер	5-18-43
Відділ кадрів	
Приймальне відділення стаціонару	5-23-44
Дитяче відділення пост, старша сестра	5-23-44

Терапевтично-неврологічне відділення пост	<b>5-41-84</b>
Пологове відділення пост	<b>5-22-79</b>
Гінекологічне відділення пост	
Хірургічне відділення пост, старша сестра	<b>5-42-49</b>
Інфекційне відділення пост	<b>5-19-64</b>
Заступник головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності	<b>4-11-40</b>
Реєстратура доросла	<b>5-41-44</b>
Рентген	
Клініко-діагностична лабораторія	

Напрями використання бюджетних коштів у процесі фінансового забезпечення галузей охорони здоров'я різних країн мають свої особливості.

Досліджуючи систему, яка існувала варто зазначити, що за нею на охорону здоров'я витрачалася значна частка від ВВП (7,8% у 2013), але більшість медичної інфраструктури була застарілою, а медичні працівники — однією з найменш оплачуваних професій. Здоров'я громадян залишалося незахищеним, а послуги «безоплатної» медицини вони змушені оплачувати власним коштом, обсяг якого у 20120 році (згідно з даними компанії MedExpert) перевищив державні витрати на охорону здоров'я. З 2017 року держава змінила принципи фінансування для медичних закладів первинної ланки — поліклінік, амбулаторій, центрів первинної медико-санітарної допомоги [28].



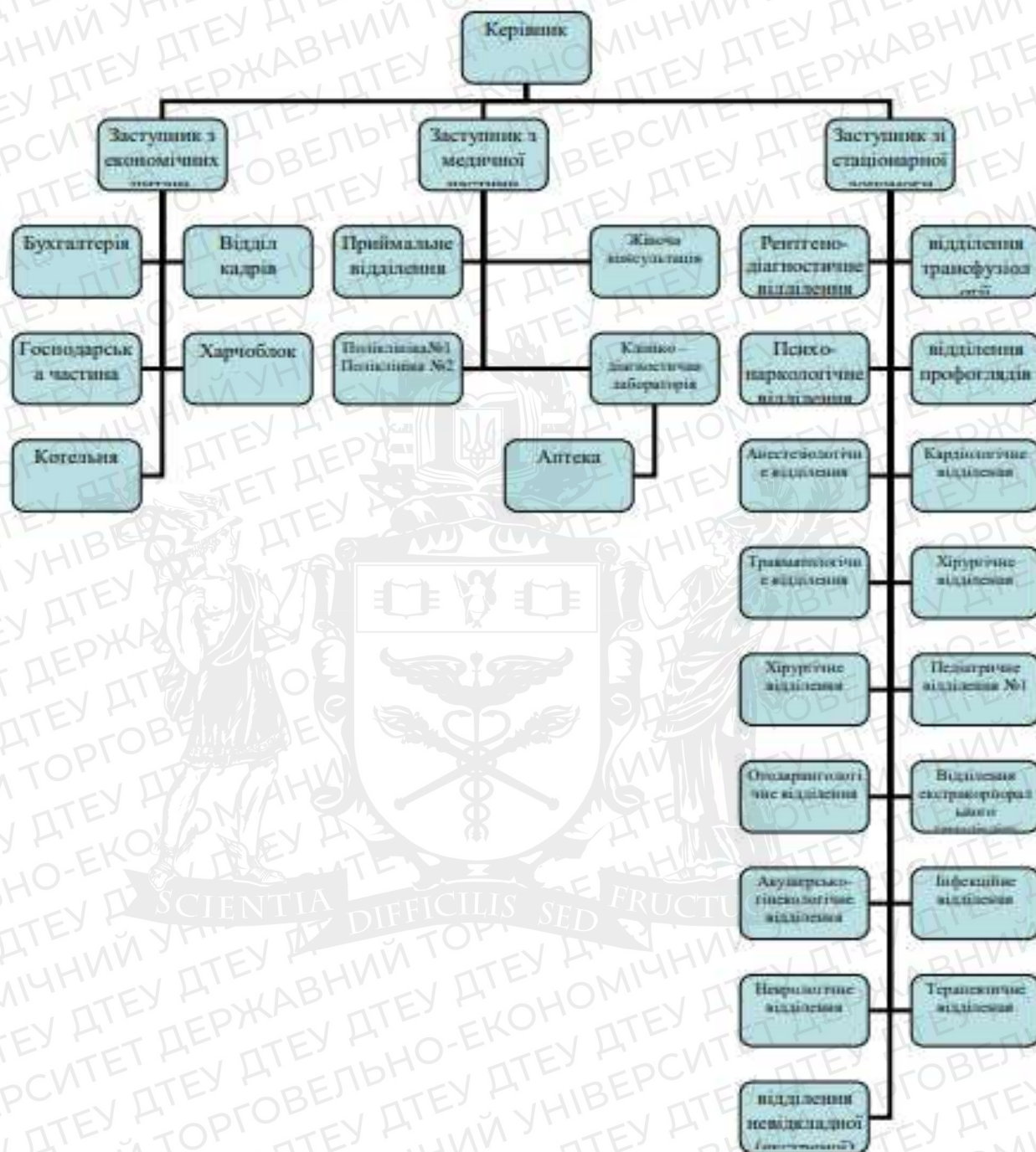


Рис. 1.2. Організаційна структура Комунального некомерційного підприємства «БАРИШІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ»  
Джерело: [9-10]

Первинна медична допомога сьогодні надається в сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини, центрах первинної медико-санітарної допомоги. Первинна лікарська медична допомога включає: експрес-діагностику, визначення маршрутів пацієнтів для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та

санаторнокурортного лікування, лікування основних найпоширеніших захворювань, травм і отруень, профілактичні заходи [25].

З 2018 року надавачі первинної медичної допомоги (ПМД) перейшли на нові принципи фінансування – оплату за одного пацієнта з використанням капітаційної ставки в рамках виконання договорів про медичне обслуговування населення між надавачами ПМД та Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Нова модель фінансування покладає на заклад низку зобов'язань щодо надання первинної медичної допомоги населенню, при цьому сама по собі капітаційна модель оплати не є основним стимулом для впровадження значних змін [9].

На сьогодні 1597 закладів, що надають первинну медичну допомогу, підписали договори з НСЗУ в нинішньому році. З них 1089 – комунальних, 323 – ФОП, 185 – приватних [27].

Статтею 143 Конституції України визначено, що «територіальні громади села, селища, міста безпосередньо або через утворені ними ОМС управляють майном, що є в комунальній власності; утворюють, реорганізують та ліквідовують комунальні підприємства, організації і установи, а також здійснюють контроль за їх діяльністю; вирішують інші питання місцевого значення, віднесені законом до їхньої компетенції». Відповідно до п. 30 ст. 26 та ст. 43 Закону про місцеве самоврядування прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідної територіальної громади є виключною компетенцією сільських, селищних, міських, районних, обласних рад [21]. Відбулася певного роду «централізація» госпітальних округів. Це було зроблено для того, щоб забезпечити на регіональному рівні розвиток закладів охорони здоров'я, мережі закладів відповідно до потреб населення, а також для того, щоб створити ефективні, дієві маршрути пацієнтів, зокрема і в зв'язку з тим, які договори про медичне обслуговування населення мають



заклади. Є чіткі обов'язки, які закладені в українському законодавстві. Власник лікарні відповідає за її матеріально-технічний стан.

Жодна інша інституція не має права напряду фінансувати цей заклад, окрім, наприклад, Національної служби здоров'я України, але лише через договір. Тобто тільки від власника залежить, в якому стані знаходиться лікарня. Обов'язок місцевої влади підтримувати і брати участь у житті закладів - закріплений у законі про місцеве самоврядування. Тобто, це є абсолютно чітка юридична норма, якої вони повинні дотримуватися. Загально в Україні близько 35% коштів на підтримку лікарень давали власники і приблизно 65% - лікарні отримували з державного бюджету» [27].

На сьогодні 1597 закладів, що надають первинну медичну допомогу, підписали договори з НСЗУ в нинішньому році. З них 1089 – комунальних, 323 – ФОП, 185 – приватних. З початку впровадження Реформи первинного рівня надання медичної допомоги у 2017-2018 роках, більшість органів місцевого самоврядування (ОМС) прийняли рішення про перетворення медичних закладів з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства, ставши їхніми засновниками [7].

До складу КНП «БАРИШІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ» входить 16 лікувальних відділень, 2 поліклініки, аптека, дві лабораторії, жіноча консультація. (рис.1.2). На початок 2021 року в лікарні працюють 580 працівників.

Задоволені медичною допомогою в ОТГ 43,8% опитаних і ще 33,2% – швидше задоволені. Тобто загальний відсоток рівня задоволеністю медичними послугами у Баришівській ОТГ складає біля 77%. Найбільш бажаним в ОТГ є правильність діагностування –76,2% Введення вузьких спеціалістів у Баришівській ОТГ вважають за необхідне – 23,6% респондентів відповідно. Тобто, в об'єднаній громаді гостро стоїть питання недостатнього технічного обладнання, та залучення вузьких спеціалістів.

Дослідження показало, що підписану декларацію із сімейним лікарем мають 74,0% опитаних, 26,0% – не мають підписаної декларації, а 64% з них і не намагалися її підписати, з чого можна зробити висновок про формальне ставлення до процедури підписання декларації, адже важко уявити, що пацієнт підписує декларацію і не знає свого лікаря. Під час вибору сімейного лікаря жінки керуються власним досвідом та відчуттям довіри («це має бути лікар, який мене лікував та якому я довіряю»), а також рівнем доступності, тоді як чоловіки – порадою від інших. Майже однаково чоловіки й жінки віддають перевагу своєму попередньому дільничному лікарю.

На фоні невисоких показників звернень до лікарів з профілактичною метою викликає занепокоєння тяжіння населення до різних форм самолікування. Так, менше ніж кожен другий опитаний (43,2%) у разі захворювання звертаються до сімейного лікаря. Інша половина опитаних або самостійно лікуються ліками (аж 37,4%), або також самостійно лікуються народними засобами (17,9%). До форм самолікування можна віднести позицію «прошу поради у провізора-фармацевта в аптеці» (9%).

Таким чином, самолікування є досить поширеною формою лікування серед населення ОТГ.



Рис. 1.3 Дії респондентів Барішівської ОТГ у разі хвороби.



Крім того, 13,7% опитаних схильні викликати швидку допомогу у разі хвороби, що може свідчити про відсутність взаємодії із своїм сімейним лікарем. Опитування показало, що 43,9% чоловіків не звертаються з профілактичною метою до закладів охорони здоров'я, тоді як жінки більше схильні уважніше ставитися до власного здоров'я.

Дослідження показало, що 46,5% опитаних лікуються у місцевій амбулаторії; 27,3% – Броварській ЦРЛ; 15,6% – інших лікарнях м. Бровари; 10,6% – приватних клініках (рис. 1.4)

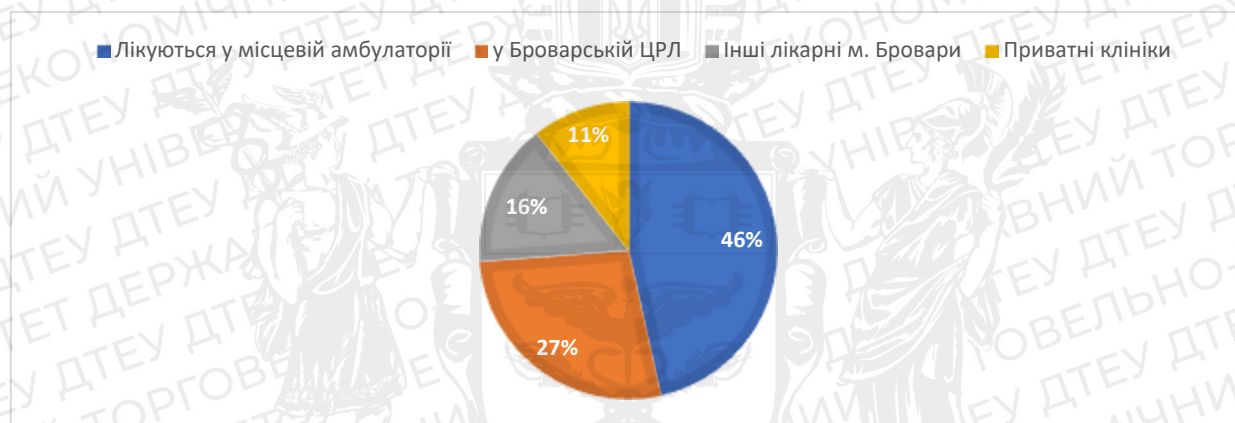


Рисунок 1.4 Кількість респондентів Баришівської ОТГ, які лікуються у відповідних медичних закладах

У 2019 р. відбували якісні зміни у закладах первинної допомоги. Усі заклади, що надають первинну медичну допомогу, будуть отримувати оплати за надання медичних послуг тільки за договорами з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» запровадили в усіх комунальних медзакладах, де працюють сімейні лікарі, терапевти і педіатри. [11]. У МОЗ України зазначають, що зарплати вже почали зростати у трансформованих закладах по всій країні. Наприклад, у Київській області зафіксований рекорд — лікарю первинної ланки нарахували 30 258 грн.

В сучасних умовах в ОТГ реалізуються такі програми:

**Програма «Безкоштовна діагностика».** Програма «Безкоштовна діагностика» у КНП «Баришівська багатопрофільна лікарня» — це забезпечення 80% потреб пацієнта з діагностики у сімейного лікаря, терапевта

і педіатра. Це найбільш необхідні діагностичні та лікувальні послуги (наприклад рентген, ультразвукове дослідження, ехокардіографія серця).

Крім того, у Державному бюджеті на 2022 рік на фінансування екстреної медичної допомоги через механізм субвенції в Баришівці передбачено 80 млн грн.

У 2020 р. у місцевому бюджеті на закупівлю лікарських засобів та медичних виробів передбаченалось 6 млн грн. — на 2 млн грн. більше, ніж у попередні роки. Це означає, що пацієнти отримали більше життєво необхідних дороговартісних препаратів, які зазвичай не можуть купити самостійно.

Завдяки оптимізації та ефективній організації закупівель через міжнародні організації вдалося вивільнити 11 млн грн., що дозволило на 10% збільшити фінансування за напрямками дорослої онкології, гемофілії, розсіяного склерозу, а також низки дитячих програм (муковісцидоз, нанізм, дитячий церебральний параліч, гепатит та ін.), закупівель ліків для громадян з орфанними захворюваннями (хвороба Гоше, легенева артеріальна гіпертензія, бульозний епідермоліз, муковісцидоз дорослих). Окрім того, у 2021 р. виділено додаткове фінансування на лікування пацієнтів за напрямом дитячої онкології у розмірі 2 млн грн., 15 млн грн. — для пацієнтів за напрямом дорослої онкології та 18 млн грн. — за напрямом серцево-судинних хвороб.

**Програма «Доступні ліки».** Програма «Доступні ліки» у Баришівській ОТГ продовжує бути пріоритетом Уряду. У 2021 р. українці й надалі отримуватимуть ліки від серцево-судинних захворювань, цукрового діабету 2-го типу та бронхіальної астми безоплатно або з незначною доплатою.

У бюджеті МОЗ України на 2019 р. вдалося закласти на відшкодування вартості препаратів інсуліну за кошти державного бюджету 21 млн 175 тис. грн. Ці гроші покривають 87% від загальної потреби. Лише 13% від потреби мають бути забезпечені з бюджету Баришівської ОТГ. Уже зараз завдяки електронному реєстру пацієнтів, які потребують інсулінотерапії, місцева



влада може дуже точно спланувати фінансування потреби в кожному регіоні, щоб не допускати перерв у забезпеченні пацієнтів [12].

Незважаючи на термінову необхідність прийняття закону про загальнообов'язкове медичне страхування, розгляд законопроектів призупинено. Основними суб'єктами, які зацікавлені в запровадженні такого виду страхування, є Міністерство охорони здоров'я, Комітет ВРУ з питань соціальної політики, зайнятості та пенсійного забезпечення, об'єднання страхових компаній висловлюють підтримку різним законопроектам.

Незважаючи на необхідність підтримки галузі охорони здоров'я, її фінансування в Баришівській ОТГ залишається на низькому рівні. Водночас ще одним фактором, на який варто звернути увагу, є аналіз співвідношення державних витрат на охорону здоров'я та витрат домогосподарств. За інформацією, що міститься в Національних рахунках системи охорони здоров'я, останніми роками спостерігається зростання приватних витрат на медичні послуги та лікарські засоби. Якщо у 2019 році частка державних витрат у загальному обсязі становила 56,2%, то у 2020 – вже 44,8%. Натомість частка витрат домогосподарств зростає, у 2019 році вона становила 41,1%, а у 2021 – 52,8% [13-15]. Таким чином, якщо у 2019 році обсяг державних витрат переважав приватні, то в останні роки ситуація змінилася на протилежну, а витрати домогосподарств мають більші обсяги. Наслідком такої тенденції є нерівність доступу до медичних послуг, корупційні прояви, адже населення здійснює оплату медичних послуг шляхом прямих виплат.

## **1.2 Організаційно-правовий механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у Баришівській територіальній громаді**

Бюджет розвитку. Показники бюджету розвитку за основними видами надходжень та орієнтовними обсягами витрат у середньостроковому періоді наведені у додатках 9, 10 до бюджету розвитку прогнозується

надходження від продажу землі несільськогосподарського призначення та від відчуження майна, що перебуває в комунальній власності. Упродовж середньострокового періоду планується продовжити комплекс робіт, спрямованих на розв'язання актуальних проблем соціально-економічного розвитку громади у галузях освіти, культури, охорони здоров'я, житлово-комунального господарства.

Взаємовідносини бюджету з іншими бюджетами. Міжбюджетні трансферти з державного бюджету до бюджету Баришівської селищної територіальної громади складають:

на 2022 рік освітня субвенція 100506,5 тис. грн.;

на 2023 рік освітня субвенція 110079,3 тис. грн.;

на 2024 рік освітня субвенція 117591,0 тис. грн.

Трансферти з інших бюджетів складають:

на 2022 рік тис. – 3539,5 тис. грн. в т. ч. - обласний бюджет:

дотація з місцевого бюджету на здійснення переданих з державного бюджету видатків з утримання закладів освіти та охорони здоров'я за рахунок відповідної додаткової дотації з державного бюджету – 1690,5 тис. грн; інші субвенції з місцевого бюджету – 1129,0 тис. грн.;

Калитянська селищна територіальна громада – 120,0 тис. грн.;

Калинівська селищна територіальна громада – 360,0 тис. грн.;

Великодимерська селищна територіальна громада – 240,0 тис. грн.

на 2023 рік - 3539,5 тис. грн.; в т. ч. - обласний бюджет:

дотація з місцевого бюджету на здійснення переданих з державного бюджету видатків з утримання закладів освіти та охорони здоров'я за рахунок відповідної додаткової дотації з державного бюджету – 1690,5 тис. грн; інші субвенції з місцевого бюджету – 1129,0 тис. грн.;

Калитянська селищна територіальна громада – 120,0 тис. грн.;

Калинівська селищна територіальна громада – 360,0 тис. грн.;

Великодимерська селищна територіальна громада – 240,0 тис. грн.

на 2024 рік – 3539,5 тис. грн. в т. ч. - обласний бюджет:



дотація з місцевого бюджету на здійснення переданих з державного бюджету видатків з утримання закладів освіти та охорони здоров'я за рахунок відповідної додаткової дотації з державного бюджету – 1690,5 тис. грн; інші субвенції з місцевого бюджету – 1129,0 тис. грн.;

Калитянська селищна територіальна громада – 120,0 тис. грн.; Калинівська селищна територіальна громада – 360,0 тис. грн.; Великодиммерська селищна територіальна громада – 240,0 тис. грн.

Міжбюджетні трансферти мають цільове спрямування і використовуються відповідно до порядків їх використання.

Передача міжбюджетних трансфертів із бюджету Баришівської територіальної громади до інших бюджетів не передбачена.

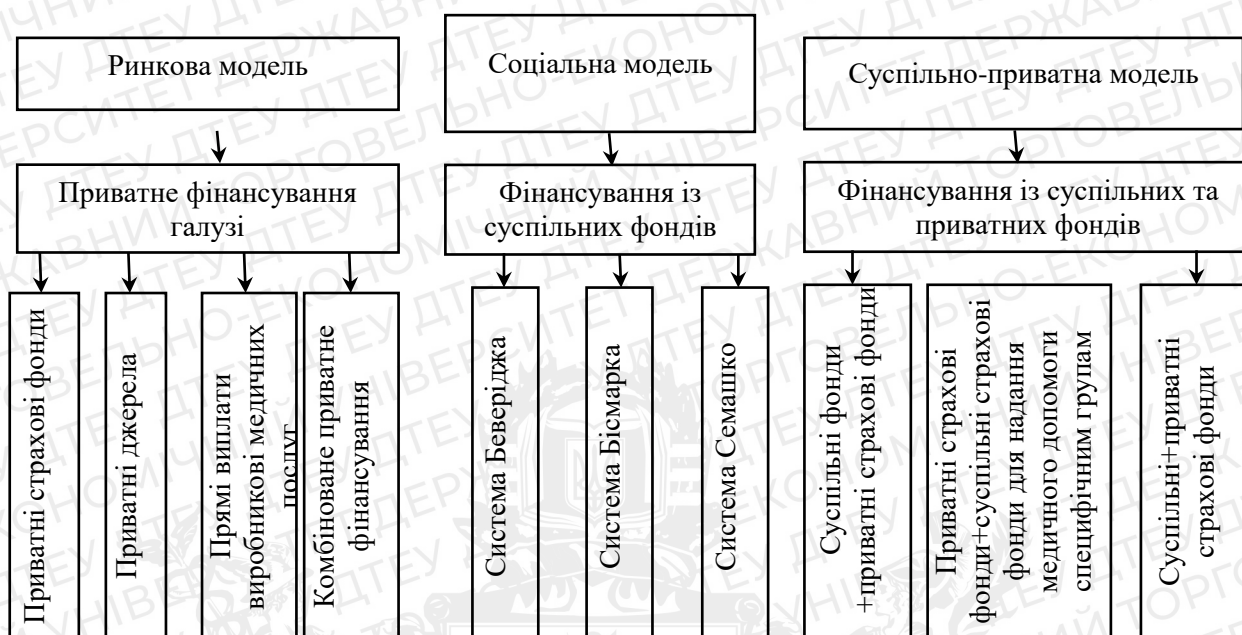
Показники міжбюджетних трансфертів відображені в додатках 11 та 12 цього прогнозу.

Наявність у тій або іншій країні відповідної системи охорони здоров'я визначається багатьма обставинами, проте при всіх відмінностях у системах охорони здоров'я різних країн економічні моделі формуються за визначенням ролі та функції держави в цих процесах.

Виходячи з міжнародного досвіду організації охорони здоров'я, можна виділити три основні економічні моделі галузі охорони здоров'я:

- платна медицина, сформована на ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування;
- державна медицина, що фінансується з державного бюджету [16];
- система охорони здоров'я, що ґрунтується на засадах соціального страхування та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування. Принципи регулювання видатків на охорону здоров'я постійно модифікуються та удосконалюються в усіх країнах. Основні існуючі моделі організації охорони здоров'я представлені на рис. 1.5.

Рис. 1.5. Моделі організації та фінансування галузі охорони здоров'я



Джерело: [17]

Фінансування охорони здоров'я в Україні регулюється та забезпечується багатьма кодексами, законами та іншими нормативно правовими документами.

- Конституція України (ст. 49)
- Бюджетний Кодекс України (ст. 22, 55, 68, 70, 89-91, 103-4)
- Кримінальний кодекс України (ст. 191, 210)
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ст. 18)
- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (ст. 3, 4)
- Закон України «Про додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів особам, які захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України в антитерористичній операції та забезпечують її проведення»
- Закон України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на первинну медичну допомогу»



- Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» (ст. 12)
- Закон України «Про екстрену медичну допомогу» (ст. 14)
- Закон України «Про лікарські засоби» (ст. 24)
- Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування»
- Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України
- Концепція реформування закупівель лікарських засобів та медичних виробів, допоміжних засобів, інших товарів медичного призначення
- Накази Міністерства охорони здоров'я України
- Постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України

А 30.03.18 р. було створено Національну службу здоров'я України (НЗСУ) – центральний орган виконавчої влади, який: оперує коштами держбюджету через програму медичних гарантій; координується через міністра охорони здоров'я; керує Програмою медичних гарантій (державним гарантованим пакетом), формує її та розробляє тарифи й коригувальні коефіцієнти на основі стратегічних напрямів і пріоритетних послуг, визначених МОЗ; укладає договори з надавачами медичних послуг будь-якої форми власності (державними, комунальними та приватними).

Розглянемо детальніше, основні документи та визначимо як саме держава гарантує та контролює фінансове забезпечення галузі охорони здоров'я.

Згідно зі статтею 49 Конституції України: Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [26].

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. [27-31]

У Бюджетному кодексі України чітко прописано на які саме медичні послуги та медичну допомогу виділяються видатки з державного бюджету. Детальніше це було розглянуто у попередньому питанні.

**Кримінальний кодекс України** урегулює та контролює цільове використання виділених коштів на охорону здоров'я. Якщо вони були використані не за цільовим призначенням то згідно зі статтею 191 Кримінального кодексу України «Привласнення, розтрата майна або заволодіння ним шляхом зловживання службовим становищем» та статті 210 «Нецільове використання бюджетних коштів, здійснення видатків бюджету чи надання кредитів з бюджету без встановлених бюджетних призначень або з їх перевищенням», особа яка вчинила таке правопорушення буде покарана штрафами або/та обмеженням волі, а також позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на визначений кодексом строк та з конфіскацією майна в залежності від розміру правопорушення [33].

Одним із основних нормативних документів у галузі охорони здоров'я є **Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»**.

У статті 18 цього закону сказано, що фінансове забезпечення охорони здоров'я може здійснюватися за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, коштів юридичних та фізичних осіб, а також з інших джерел, не заборонених законом. Рівень фінансового забезпечення охорони здоров'я розраховується на підставі науково обґрунтованих нормативів.

Кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів, призначені на охорону здоров'я, використовуються, зокрема, для забезпечення медичної допомоги населенню, фінансування державних цільових і місцевих програм



охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень у цій сфері. Фінансове забезпечення державних та комунальних закладів охорони здоров'я - бюджетних установ здійснюється відповідно до бюджетного законодавства [33-347].

Вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, порядок укладання таких договорів та типова форма договору затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Заклади охорони здоров'я можуть використовувати для підвищення рівня якості медичного обслуговування населення кошти, отримані від юридичних та фізичних осіб, якщо інше не встановлено законом. Заклади охорони здоров'я встановлюють плату за послуги з медичного обслуговування, що надаються поза договорами про медичне обслуговування населення, укладеними з головними розпорядниками бюджетних коштів, у порядку, встановленому законом.

Порядок укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та порядок визначення тарифів для оплати медичних послуг і лікарських засобів встановлюються Законом України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення".

Порядок призначення та надання медичних субсидій встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Відповідно до **Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»** держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій.

Також за рахунок Державного бюджету України окремо здійснюється фінансове забезпечення програм громадського здоров'я, заходів боротьби з епідеміями, проведення медико-соціальної експертизи, діяльності, пов'язаної з проведенням судово-медичної та судово-психіатричної експертизи, та інших

програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України.

Права та гарантії у сфері охорони здоров'я, що стосуються медичного обслуговування, забезпечення лікарськими засобами, передбачені іншими законами України для певних категорій осіб, фінансуються за окремими програмами за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, цільових страхових фондів та інших джерел, не заборонених законодавством.

Медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані з наданням інших видів медичної допомоги, оплачуються іноземцями та особами без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, за рахунок власних коштів, коштів добровільного медичного страхування чи інших джерел, не заборонених законодавством. Програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України [35].

Медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством.

Ця програма розробляється з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної фінансової і бюджетної політики.

Програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України на відповідний рік.



Обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету. Звуження програми медичних гарантій не допускається, крім випадків, встановлених законом.

Фінансове та матеріально-технічне забезпечення системи екстреної медичної допомоги регламентується статтею 14 **Закону України «Про екстрену медичну допомогу»**.

У **законі України «Про Лікарські засоби»** у статті 24 сказано що фінансування створення, доклінічного вивчення, клінічного випробування, виробництва, контролю якості лікарських засобів здійснюється за рахунок Державного бюджету України, місцевих бюджетів, позабюджетних фондів, коштів підприємств, установ, організацій та громадян, а також будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством.

Витрати на фінансування наукових робіт по створенню нових лікарських засобів відносяться на рахунок собівартості продукції в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

**Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»**. Фінансове забезпечення організації медичної допомоги із застосуванням трансплантації та/або здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією

Також є закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», в якому прописано про Фонд соціального страхування України, який фінансує медичні послуги застрахованих робітників після настання нещасного випадку, допомогу по тимчасовій непрацездатності (включаючи догляд за хворою дитиною) та допомогу по вагітності та пологах, що теж є послугами галузі охорони здоров'я.

Крім оглянутих законів є також «Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України» та «Концепція реформування закупівель лікарських засобів та медичних виробів, допоміжних засобів, інших товарів медичного призначення» в яких також прописані нюанси фінансування кожної ланки охорони здоров'я. Також окремі видатки та фінансування визначені у наказах Міністерства охорони здоров'я України та постановахі розпорядженнях Кабінету Міністрів України.

Отже, охорона здоров'я – галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Фінансування цієї галузі може бути різним, як чисто державними коштами, так і іншими видами фінансування [36].

Стосовно нового законодавства. Варто зазначити наступне, - медзаклади первинної допомоги, які підписали договір із НСЗУ, перейшли на нову систему фінансування: держава не утримує заклад, а оплачує медпослуги, надані цим закладом конкретному пацієнту. Лікарі медзакладу первинної допомоги укладають декларації з пацієнтами, а НСЗУ оплачує послуги згідно з капітаційним тарифом. Кошти переходять безпосередньо на рахунок медзакладу, відкритий у будь-якому банку країни. Так реалізується принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Пацієнт отримує гарантований та оплачуваний державою пакет медпослуг та лікарських засобів, визначений наказом МОЗ від 19.03.18 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». Заклад – гроші за договором із НСЗУ. За новою системою фінансування переважна більшість закладів отримали більше коштів, ніж за субвенцією. Завдяки збільшеному фінансуванню заклад може гарантувати гідну оплату праці медперсоналу, повне устаткування кожної лікарської практики за табелем оснащення, має змогу, приймаючи рішення самостійно, зробити ремонт приміщень, оновити матеріально-технічну базу, тобто зробити все, що потрібно для надання якісних медпослуг, щоб і надалі отримувати гідне фінансуванні від партнерства з НСЗУ.



Медичні заклади первинної медичної допомоги перейшли на нову систему фінансування тільки одночасно в рамках одного місцевого бюджету (районом, містом або об'єднаною територіальною громадою). Це зумовлено тим, що субвенція перераховується на місцевий бюджет і, відповідно, може бути замінена повністю для цього бюджету, а не окремого закладу. Головним розпорядником бюджетних коштів у рамках цієї програми стала Національна служба здоров'я України. Необхідними умовами для укладення договору між надавачем ПМД та НСЗУ стали: – отримання статусу неприбуткового комунального підприємства (автономізація); – інтегрування медичної інформаційної системи та перехід на електронний документообіг; підключення до національної електронної системи здоров'я; – оснащення установ ПМД згідно з Табелем матеріально-технічного оснащення первинної медичної допомоги ; – кадрове забезпечення установ ПМД (лікар ЗПСМ та середній медичний персонал); – забезпечення установ ПМД ліками невідкладної допомоги; – створення графіка надання невідкладної медичної допомоги 24/7 спільно з іншими закладами охорони здоров'я (ЗОЗ).

При роботі медичного закладу, діяльність якого пов'язана із надання первинної медичної допомоги, він несе витрати, серед них – оплата комунальних послуг, утримання службового автотранспорту, утримання та поточні ремонти приміщень, проведення догляду за прилеглою територією. Всі ці витрати мають покриватися за рахунок доходів, а саме переважно за рахунок коштів отриманих від НСЗУ згідно договору про медичне обслуговування населення. Але, в той же час медичний заклад може мати інші джерела грошових надходжень: проведення 32 оплати за енергоносії з бюджету об'єднаної територіальної громади; надання окремих платних послуг; гуманітарна допомога.

Закріплено базовий тариф на обслуговування пацієнта у 2018 році – 370 грн за пацієнта на рік. Для пацієнтів віком понад 65 років цей базовий тариф буде більшим вдвічі, для дітей до 5 років – буде більшим у 4 рази. В даний базовий тариф входять основні аналізи, обстеження та певний перелік

спостереження за пацієнтами. Консультування до вузьких спеціалістів буде фінансуватися окремо. В даному випадку власником медичних закладів є органи місцевого самоврядування – територіальна громада. Згідно законодавства, саме територіальна громада відповідає за надання первинної медичної допомоги, тобто має подбати про належний стан приміщень закладу для надання первинної медичної допомоги. Пацієнт має прийти до свого сімейного лікаря, щоб отримати базовий пакет послуг зручно, без черги та в комфортних умовах.

В особливий сектор слід виділити фактори, які можуть ускладнювати роботу з пацієнтами з груп ризику у відношенні та сприйнятті медичного закладу – надавача ПМД. На рис.1.6 представлені фактори, які безпосередньо пов'язані з особливостями функціонування системи охорони здоров'я та умовами праці лікарів у тому числі.



Рис. 1.6 –Фактори, які можуть ускладнювати роботу з представниками груп ризику у сприйнятті надавачів ПМД

Стратегія соціально-економічного розвитку Баришівської об'єднаної територіальної громади до 2025 року базується на врахуванні конкурентних переваг та обмежень, які представлені у вигляді SWOT-аналізу. На основі проаналізованої інформації щодо розвитку ОТГ, було проведено комплексний SWOT-аналіз основних складових просторової стратифікації Баришівської ОТГ, результати якого визначені в таблиці 1.2.



Таблиця 1.2

## Сильні та слабкі сторони Барішівської ОТГ

Сильні сторони	Слабкі сторони
<b>1. Адміністрація</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- прогресивна, дієва та цілеспрямована місцева влада;</li> <li>- інформування громади про роботу та прийняття рішення влади через наявні інформаційні ресурси;</li> <li>- створення Центру надання адміністративних послуг</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- недостатність власних фінансових ресурсів для забезпечення системного соціально-економічного розвитку громади;</li> <li>- недостатній зворотній зв'язок адміністрації громадою;</li> <li>- відсутність сучасних аналітичних систем збору, обробки та моніторингу даних для забезпечення більш ефективних процедур ухвалення управлінських рішень та використання ресурсів громади</li> </ul>
<b>2. Економіка</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- наявність великої кількості землі, що придатна для обробітки та вирощування екологічної с/г культур;</li> <li>- розвинена транспортна мережа;</li> <li>- наявність об'єктів нерухомості, доступних для інвестування;</li> <li>- значна частка працездатного населення;</li> <li>- налагоджена співпраця з фермерами та фермерськими господарствами</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- відтік молоді, висококваліфікованої робочої сили у великі міста та за кордон;</li> <li>- недостатня кількість робочих місць;</li> <li>- відсутність SMART-управління земельними ресурсами, зокрема відсутність інвентаризації земельних ресурсів.</li> </ul>
<b>3. Інфраструктура</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- наявність розгалуженої мережі електропостачання, міського водопостачання, газопостачання;</li> <li>- розвинена транспортна мережа: дві автомагістралі міжнародного значення, залізнична дорога ;</li> <li>- встановлення системи відеоспостереження в громаді.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- застаріла на 80% матеріально-технічна база комунальних підприємств;</li> <li>- зношеність на 85% переважної більшості інженерних мереж;</li> <li>- дорожнє покриття, зокрема, в сільській місцевості, потребує ремонту;</li> <li>- недостатньо розвинена інфраструктура безпеки;</li> <li>- недостатньо розвинена інфраструктура відпочинку та дозвілля мешканців сільських населених пунктів громад</li> </ul>

Сильні сторони	Слабкі сторони
<b>4. Освіта</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- наявність інфраструктури закладів освіти;</li> <li>- зміцнення матеріально-технічної бази освітніх закладів;</li> <li>- наявність висококваліфікованих педагогічних кадрів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- відсутність альтернативних видів освіти;</li> <li>- невідповідність потужностей, на які розраховані навчальні заклади в сільській місцевості;</li> <li>- відсутність закладів професійно-технічної освіти</li> </ul>
<b>5. Медицина</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- розвинута система медичних установ;</li> <li>- значна підтримка закладів охорони здоров'я місцевою владою</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- недостатній рівень медичного обслуговування через дефіцит кваліфікованих спеціалістів, забезпеченість становить 71%;</li> <li>- застаріле діагностичне та лікувальне обладнання медичних закладів;</li> <li>- відсутність механізму оплати за надані медичні послуги в закладах охорони здоров'я</li> </ul>
<b>6. Культура та спорт</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- збережена ефективна мережа закладів культури;</li> <li>- налагоджені міжкультурні зв'язки;</li> <li>- візитівка громади- колективи народної творчості, як об'єкт збереження місцевого фольклору;</li> <li>- вільний доступ до мистецької освіти та гурткової роботи.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 90% закладів культури потребують модернізації;</li> <li>- недостатня кількість культурно-мистецьких заходів в сільських населених пунктах;</li> <li>- 60% не забезпеченість молодих кваліфікованих кадрів;</li> <li>- недостатнє впровадження креативної культурної індустрії</li> </ul>
<b>7. Навколишнє середовище та туризм</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- наявність природних об'єктів, в т.ч. корисних копалин, лісових масивів, 7 дендропарків; водних ресурсів</li> <li>- наявність туристичних об'єктів, в т.ч. пам'яток архітектури;</li> <li>- наявність дитячих оздоровчих закладів;</li> <li>- розроблений туристичний маршрут обласного рівня « Стежками незвіданої Баришівщини»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- забруднюваність навколишнього середовища твердими побутовими відходами;</li> <li>- відсутній екологічний аудит</li> <li>- наявність промислових підприємств;</li> <li>- неналежна робота очисних споруд;</li> <li>- інфраструктура туризму не вдосконалена до сучасних вимог та законодавства</li> </ul>

*Джерело: розроблено автором*

Сильні та слабкі сторони Баришівської ОТГ визначаються можливостями (О) та загрозами (Т) її розвитку, що наведені в табл. 1.3



Таблиця 1.3

## Можливості та загрози Баришівської ОТГ

Можливості	Загрози
<b>Економіка</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- тенденція розвитку та популяризації використання альтернативної енергетики;</li> <li>- стійкий попит та тенденція розвитку вирощування екологічної сільськогосподарської продукції ;</li> <li>- популяризація створення технопарків, індустріальних парків;</li> <li>- доступність програм міжнародної технічної допомоги</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- військовий конфлікт на Сході;</li> <li>- відтік людських ресурсів через міграцію;</li> <li>- знецінення національної грошової одиниці;</li> <li>- зростання цін на енергоносії;</li> <li>- наслідки пандемії COVID-19</li> <li>- відкриття ринку землі</li> </ul>
<b>Регіональні та міжнародні контакти</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- розширення міжрегіональних зв'язків;</li> <li>- участь у державних проєктах та проєктах міжнародної фінансово-технічної допомоги</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- конкуренція з іншими містами та громадами.</li> </ul>
<b>Демографічна ситуація</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- запровадження нових державних та ринкових механізмів щодо підвищення рівня та якості життя;</li> <li>-забезпечення гідної праці та її відповідної оплати;</li> <li>- забезпечення якісного медичного обслуговування;</li> <li>- доступна та якісна освіта.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- погіршення демографічної ситуації: старіння громади, низька народжуваність</li> </ul>
<b>Навколишнє середовище та туризм</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Розвиток внутрішнього туристичного ринку</li> <li>- вдале природно-географічне місце розташування громади</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- забруднення навколишнього середовища, зокрема наближеність до зони ЧАЕС;</li> <li>- негативні наслідки зміни клімату</li> </ul>

*Джерело: розроблено автором*

Аналізуючи соціально-економічний розвиток Баришівської територіальної громади, можна зробити висновок, що головними напрямками (пріоритетами) її соціально-економічного розвитку мають стати: розвиток сучасної промислової індустрії на основі ІТ-технологій і SMART-управління; розвиток транспортної складової економіки; підвищення ресурсоефективності та екологізація; розвиток туризму та індустрії гостинних послуг; розвиток соціальної сфери, освіти, науки та культури. Підтримка визначених пріоритетів дасть змогу розв'язати соціально-економічні проблеми розвитку територіальних громад.

## РОЗДІЛ 2. УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РЕГІОНІ

### 2.1 Успішні практики трансформаційних змін у сфері охорони здоров'я та можливості їх використання у Баришівській територіальній громаді

У США близько 46% грошей на охорону здоров'я виділяють федеральний уряд і уряди штатів. Роботодавці платять 27% витрат на охорону здоров'я. Для таких підприємств податкові пільги. Решта 27% платять приватні особи. На охорону здоров'я США витрачають 16.4% ВВП. Це найбільше в світі. Але велике фінансування не гарантує всім громадянам рівного доступу до медичних послуг. Більше 15 % громадян США взагалі є незастрахованими [38].

Для аналізу наводимо перші двадцять держав світу, в яких за версією всесвітньо відомого агентства «Блумберг», побудовано найефективніші системи охорони здоров'я: Гонконг, Сінгапур, Іспанія, Італія, Південна Корея, Ізраїль, Японія, Австралія, Тайвань, ОАЕ, Норвегія, Швейцарія, Ірландія, Греція, Нова Зеландія, Канада, Франція, Португалія, Фінляндія, Китай, Гонконг, Великобританія, Китай, Італія, Іспанія, Греція, Ірландія, ОАЕ, Фінляндія, Норвегія, Португалія, Австралія, Нова Зеландія здійснюють фінансування охорони здоров'я відповідно до бюджетної моделі фінансування охорони здоров'я (модель Беверіджа); Сінгапур, Ізраїль, Японія, Швейцарія, Франція, Канада, Південна Корея фінансують видатки на охорону здоров'я переважно за моделлю соціального страхування (модель Бісмарка).

Шведський фонд охорони здоров'я на 80% поповнюється за рахунок внесків роботодавців, громадян та державних дотацій. Решту 20% становлять оплата пацієнтів та продаж послуг. Кожен місцевий роботодавець сплачує 32,8%й податок із фонду оплати праці. Із них на медичну опіку йде лише 11,81%, решта з 20 із лишком відсотків потрапляють до пенсійного фонду, на страхування від нещасних випадків на виробництві та до інших обов'язкових фондів. Працівники вільних професій та люди, які є самі собі роботодавцями,



теж сплачують податок роботодавця, але при цьому користуються системою пільг, згідно з якою він знижується з 32,8% до 26% [37].

У Франції домінує система обов'язкового медичного страхування. Населення цієї країни, саме може вибирати лікарів, а вартість лікування майже повністю покривається за рахунок соціального страхування. Іншу частину оплачують завдяки соціальним гарантіям, передбаченим у колективних трудових угодах. Соціальне страхування здоров'я фінансується із внесків та спеціальних податків. До соцстраху відраховують 13,55% від загальної суми заробітної плати працівника, але це не означає, що гроші повністю вираховують з його зарплати. Робітник платить лише 0,75%, а решту покриває роботодавець. Натомість із заробітної плати працівника вираховують 6,2% на суспільний внесок та 0,5% – на повернення суспільного боргу. Окрім того, до фонду страхування здоров'я знімають фіксовану суму від кожної проданої пляшки міцного алкоголю та віднедавна з пачки цигарок.

Система охорони здоров'я Австрії рухається в напрямі профілактичної медицини. У 2005 р. Міністерство охорони здоров'я впровадило рекомендації превентивної медицини, ключовим пунктом яких стало проведення обстежень груп ризику. Такі щорічні медичні огляди оплачуються державними страховими фондами [39].

Соціальне страхування Австрії передбачає послуги у випадках: захворювання, інвалідності, вагітності і народження дитини, безробіття, похилого віку, смерті годувальника. Фінансування соціального страхування здійснюється через внески, які платять самі застраховані або їхні роботодавці. Розмір внесків залежить від річних доходів. Близько 2/3 населення самостійно оплачують страхування, а решта отримують послуги безкоштовно як члени сімей (наприклад, діти). 98% населення Австрії мають медичну соціальну страховку.

Вважається, що Бельгія має одну з найкращих систем охорони здоров'я у Європі. Медичне обслуговування тут є загальнодоступним та відносно дешевим для всіх громадян, але дуже дорогим для роботодавців та платників

податків. Бельгійську систему охорони здоров'я фінансують з централізованого Національного управління соціального страхування. Воно накопичує кошти головним чином за рахунок внесків роботодавців, робітників та пенсіонерів, а також бюджетних дотацій, частини прибутків від податку на додану вартість, 10% відрахування з приватного страхування автомобілів та внесків фармацевтичних фірм.

Та все ж найбільше коштів надходить завдяки медичному страхуванню. З приватних підприємств вираховують 37,94% від суми зарплати працівника, але сам робітник платить лише 13,07%, а решту – 24,87% – сплачує роботодавець. Відрахування із зарплатні держслужбовців значно менші – 7,35% від своєї зарплати платить сам чиновник, а 3,8% за нього доплачує держава [40].

Сполучені Штати не мають гарантованої державою системи загального страхування здоров'я, проте існує система приватного страхування, яка також забезпечує високий рівень медичного обслуговування. Федеральний уряд гарантує медичне страхування лише для літніх та найбільш вразливих людей. Пенсіонери користуються коштами з фонду Medicare («Медична опіка»), а бідні – з фонду Medicaid («Медична допомога»). Усі інші американці повинні покладатися на надзвичайно складну систему приватних страховок, які оплачують або роботодавці, або самі зацікавлені, якщо вони ні від кого не залежать і працюють лише на себе.

Проте і в Україні існує немало зразкових прикладів, коли запровадження дієвої системи охорони здоров'я в громадах дійсно може бути взята за приклад.

Так, слід зазначити, що **Тернопільська область** входить у п'ятірку регіонів, в яких у 2019 році було реалізовано пілотний проект щодо розвитку системи екстреної медичної допомоги, на який з державного бюджету було виділено 922,5 млн. гривень. У рамках проекту зокрема було здійснено закупівлю сучасного транспорту та обладнання, підвищення зарплатні



медикам, які пройшли нову програму підготовки інструкторів і покращення роботи диспетчерів.

У Чернігівській громаді Запорізької області у 2022 році реалізуються одразу кілька програм та проєктів, спрямованих на підтримку громадського здоров'я та підвищення обізнаності мешканців щодо профілактики, вакцинації та надання першої домедичної допомоги [34].

**У Запорізькій області, Чернігівська громада** стала однією з 12 громад України та єдиною в області, команда якої взяла участь в менторській програмі U-LEAD «Громадське здоров'я для громад», яку реалізовувала Школа охорони здоров'я Києво-Могилянської академії.

А по завершенню навчання громада успішно захистила перед менторами проєкт «Покращення охоплення скринінговими програмами первинної медичної допомоги жителів громади», який реалізовуватиме коштом місцевого бюджету.

- Сфера громадського здоров'я дотична до всіх напрямків життєдіяльності громади. Щоб вибудувати ефективну систему, наші фахівці долучаються до різних навчальних програм та курсів. Однією з таких програм була менторська програма U-LEAD, в результаті якої ми напрацювали проєкт і програму підтримки громадського здоров'я, - розповіла Людмила Веремій, заступниця голови Чернігівської селищної ради Запорізької області [34].

Чернігівська громада об'єднала 41 населений пункт, на території яких проживають 15,8 тисяч населення. У громаді є Центр ПМСД, який включає 4 амбулаторії загальної практики / сімейної медицини і 9 ФП, лікарня вторинного рівня (колишня районний заклад). При цьому спостерігається перенавантаження лікарів та невдоволення жителів громади медичним послугами та станом свого здоров'я.

Саме тому тут вирішили працювати на упередження хвороб та підвищення обізнаності мешканців щодо їх профілактики. Одним з основних завдань проєкту є інформаційно-роз'яснювальна робота щодо вчасних скринінгів, обстежень, вакцинації та попередження захворювань.

Завдання лікарів - налагодити інформаційно-роз'яснювальну роботу, напрацювати разом із активістами пам'ятки для пацієнтів відповідно до патологій, які вони мають, а також скласти інформаційні картки щодо вакцинацій, профілактики ускладнень.

Окремим блоком в проєкті йде робота із школярами.

- Учні 5-6 класів пілотного опорного закладу з вересня будемо вчити вимірювати тиск, температуру та розпізнавати ознаки серцевого нападу або загострення інших хвороб. Дитина має розуміти, що робити, коли в бабусі тиск 160 або підвищилася температура, і вчасно викликати швидку або подзвонити батькам, або дати пігулку і воду. Це для того, щоб у непередбачуваних ситуаціях дитина не панікувала, а мала чіткий план дій, - розповіла Людмила Веремій.

Заняття для школярів проводитимуть сімейна медсестра амбулаторії та лікар, а навчання будуть проходити на базі місцевої амбулаторії.

В рамках програми підтримки громадського здоров'я у 2022 році буде забезпечено фінансування фельдшерів, які будуть більше уваги приділяти профілактичній роботі, – передбачено 1,9 млн гривень з місцевого бюджету на зарплату.

Для лікарів, які будуть задіяні в «скринінговому проєкті», також передбачено стимулювання, в залежності від їх активності та залученості до роботи.

У **Станично-Луганській ВЦА** до 2025 року включно діятиме програма місцевих стимулів для медичних працівників. Громада передбачила більше 1,5 млн грн на заохочення та стимулювання виплат медикам та на замовлення навчання студентів контрактної форми у медичних закладах з подальшим працевлаштуванням та обов'язковим відпрацюванням 5 років.

Над розробкою програми працювали фахівці військово-цивільної адміністрації за експертної підтримки команди Регіонального офісу «U-LEAD з Європою» у Луганській області.



«Завдяки програмі місцевих стимулів «Станично-Луганська багатопрофільна лікарня» матиме змогу залучати та утримувати перспективних молодих лікарів. Програмою та її можливостями вже зацікавилися лікарі-інтерни, що готові повернутися після закінчення інтернатури та працювати у нашому медичному закладі», - йдеться у повідомленні офіційного сайту Станично-Луганської селищної військово-цивільної адміністрації.

Також, як зазначено у програмі, фінансуватиметься ініціатива з місцевого бюджету. Вона дозволить укомплектувати фахівцями лікарню громади, у першу чергу ті структурні підрозділи медичного закладу, де кадровий дефіцит набув критичним. Від виконання програми очікують покращення якості та доступності медичної допомоги населенню громади, покращення показників здоров'я та престижу медичного працівника.

**У Широківській громаді** значну кількість адміністративних функцій у медичних закладах виконують аутсорсингові компанії. Наприклад, це стосується харчування, прибирання території, обслуговування будівель, електромереж.

Таке нововведення діє з 2018-го року в закладах первинної медичної ланки. А з кінця 2021-го вдалося впровадити його й у вторинній. Так працюють усі без винятку медичні заклади громади.

Ми на власному досвіді переконалися, що старі традиції – не завжди добрі.

На моє переконання, кожен повинен займатися власною справою – тим, що в нього найкраще виходить. Медики мають лікувати, пекарі – пекти, сантехніки – ремонтувати.

Це – своєрідна передумова високої якості послуг. Водночас вона неможлива без достатньої оплати, а хороший спеціаліст на ринку коштує дорого. Комунальна установа не завжди може дозволити собі такого фахівця.

В ідеальному світі кожна лікарня, комунальне підприємство, установа чи заклад мають орієнтуватися на отримання прибутку. У реальному – вони принаймні не мають бути дотаційними для бюджету жодного рівня.

Саме тому ми в громаді віддали більшість процесів, які сприяють функціонуванню медичних закладів, на аутсорс. Компанії, які співпрацюють з нами, мають серйозну технічну базу та спеціалістів. Такі умови громада не могла б забезпечити собі самотужки.

Після передачі частини послуг на аутсорс у 98% випадків вони стали коштувати громаді дешевше, а їхня якість істотно покращилася.

Наприклад, послуга харчування медичним закладам стала коштувати менше на 40%, ніж це було раніше.

До нововведення Центральна районна лікарня, до прикладу, потребувала послуг кухарів та спеціалістів, які обслуговували склади та оснащення. На ці послуги громада закладала кошти.

Водночас ми чітко розуміємо, що в лікарні безоплатно харчувалися всі кухарі та члени їхніх родин. А закуплені продукти псувалися і їх доводилося викидати.

Зараз це працює інакше.

Аутсорсингова компанія щоденно отримує замовлення, розраховане на кількість людей, які перебувають у медзакладі на стаціонарі. Відповідно, постачається винятково та кількість їжі, яка потрібна. При цьому якість харчування покращилася, і це відзначили самі пацієнти.

На послугах охорони вдається зекономити близько 50% раніше витрачених грошей. Медичні заклади відмовилися від охоронників: значно практичніше виявилось користуватися сигналізацією.

Чи подобаються такі нововведення всім? Авжеж, ні.

Зміни, як правило, завжди болісні.

99% керівництва медзакладів після запровадження нововведень звільнилися. Однак це було очікувано. Людям некомфортно приймати зміни.



Але, як показує практика, через невеликий проміжок часу всі погодилися, що це рішення було правильним.

Аналіз та оцінювання реформи охорони здоров'я, в тому числі, роботу первинної ланки, можна побачити на зростанні показників якості здоров'я населення (збільшення тривалості життя, зниження смертності, захворюваності). До позитивних показників реформування також можна віднести фінансову захищеність населення при зверненні пацієнта за медичною допомогою (гарантований безкоштовний пакет медичних послуг).

На Харківщині проводяться ярмарки здоров'я, на меті яких – саме підвищити мотивацію людей вести здоровий спосіб життя і змусити їх стежити за власним станом здоров'я. У 2019 році в рамках зазначеного вище проекту Євросоюзу на Харківщині було проведено два такі заходи – у Пісочині та Золочеві, там свій стан здоров'я перевірили понад 1300 відвідувачів. На ярмарках жителі цих громад мали можливість поспілкуватися із сімейними лікарями, отримати консультації вузьких спеціалістів (онколога-мамолога, дерматолога-онколога, офтальмолога тощо), здати аналіз на визначення рівня цукру у крові, зробити кардіограму, виміряти тиск і дізнатися від експертів більше про медичну реформу.

Під час проходження обстежень у деяких пацієнтів було виявлено проблеми зі здоров'ям: рак молочних залоз на ранній стадії, катаракту, початкову стадію глаукоми (підвищений внутрішньоочний тиск), короткозоркість, синдром сухого ока.

– Завдання змінити парадигму сприйняття – щоб люди зверталися до лікарів не тоді, коли вже припече, а ставили собі за правило звертатися до фахівця своєчасно. Бо це дуже впливає на якість життя і на бюджет лікування. Профілактика вигідніша, – наголошує Вікторія Мілютіна.

У рамках проекту «Ефективна первинна медицина в громаді» на Харківщині відбудеться ще 13 подібних ярмарків здоров'я в різних куточках області.

Під час проходження обстежень у деяких пацієнтів було виявлено проблеми зі здоров'ям: рак молочних залоз на ранній стадії, катаракту, початкову стадію глаукоми (підвищений внутрішньоочний тиск), короткозорність, синдром сухого ока.

– Завдання змінити парадигму сприйняття – щоб люди зверталися до лікарів не тоді, коли вже припече, а ставили собі за правило звертатися до фахівця своєчасно. Бо це дуже впливає на якість життя і на бюджет лікування.

Окрім ярмарків здоров'я, на Харківщині відбувся і ярмарок вакансій для студентів та випускників медичних закладів вищої освіти. На заході 25 медичних закладів презентували свої вакансії. Понад 800 студентів-медиків і молодих лікарів мали можливість безпосередньо поспілкуватися з роботодавцями й дізнатися про всі умови працевлаштування.

Серед учасників такого ярмарку був і молодий лікар Олександр Козаков. Він медик у четвертому поколінні, жив у Харкові, а інтернатуру проходив у Дергачівському районі. На заході поспілкувався з представниками селища П'ятигірське Балаклійського району і прийняв їх запрошення на роботу.

## **2.2 Розроблення системи заходів щодо удосконалення процесу реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у Баришівській територіальній громаді та обґрунтування їх ефективності**

Питання, які потребують першочергового вирішення:

1. Прийняття рішення щодо програми «місцевих стимулів» для залучення молодих спеціалістів та лікарів ЗПСМ (муніципальне житло, надбавки до зарплати, соціальний пакет, участь у державному замовленні тощо)
2. Налагодження системної роботи з підготовки проектно-кошторисної документації для розвитку мережі закладів/підрозділів ПМД за рахунок коштів Державного фонду регіонального розвитку, міжнародних донорських програм.



3. Підготовка до впровадження фінансування закладів ПМД за подушним (кавітаційним) методом і впровадження договірних відносин з головними розпорядниками коштів/закупівельником.

4. Поступове формування раціонального маршруту пацієнта для надання медичної допомоги на інших рівнях (зокрема визначення умов передачі медичної субвенції для надання ВМД та обсягів відповідних видів ВМД), а також у рамках соціальної допомоги (т.зв. соціальні ліжка тер центрів).

5. Запровадження локальної системи індикаторів якості медичних послуг, що надаються на первинному рівні медичної допомоги.

6. Створення системи «зворотного зв'язку» з пацієнтом, інструментів моніторингу доступності та якості ПМД.

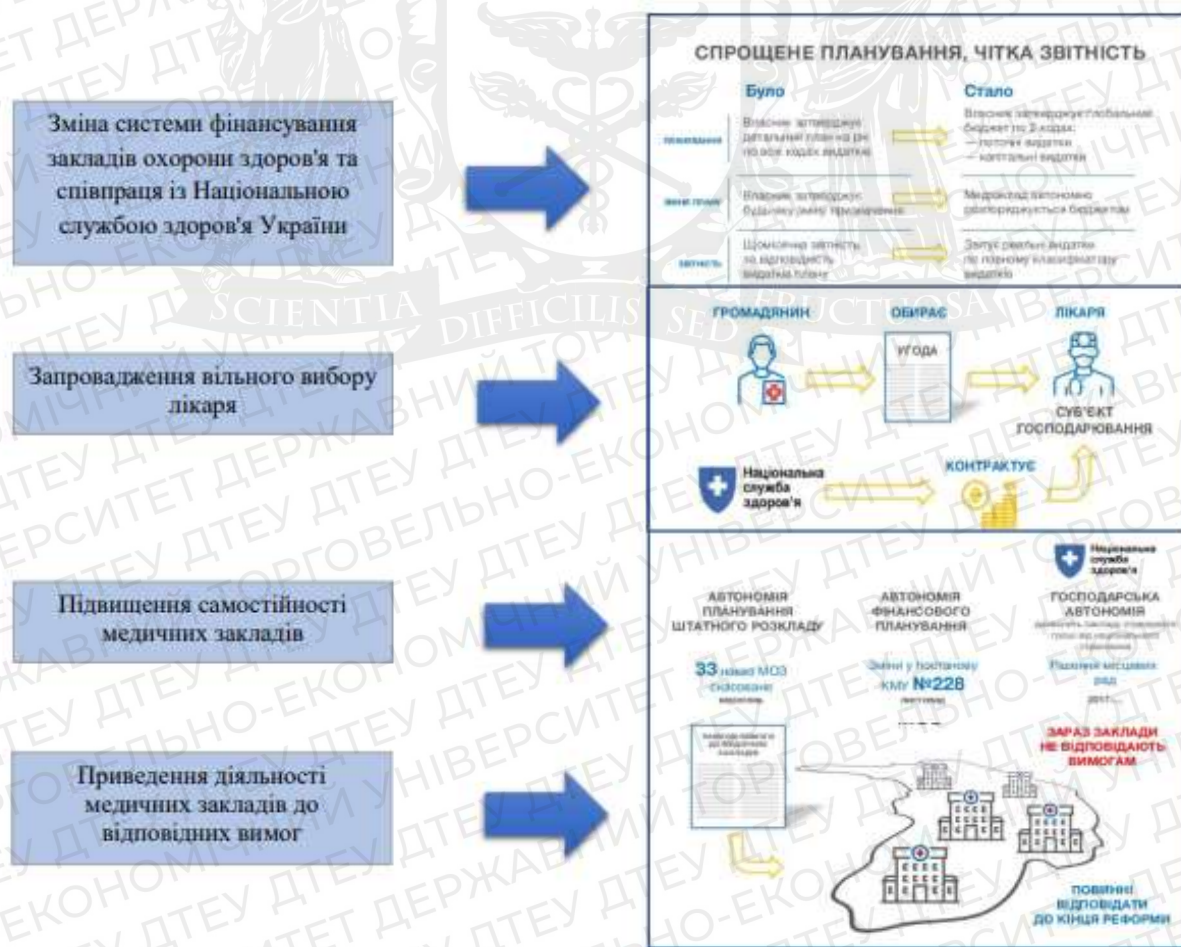


Рис. 2.1 Стратегічні перспективи реформування первинної медицини у Баришівській ОТГ

Більш докладно про етапи та кроки які необхідно впровадити для розробки стратегії. Підготовка. Спочатку потрібно оприділитись із складом робочої групи, яка буде відповідати за організацію процесу планування Стратегії, розробка та затвердження положень про робочу групу. Вона складає детальний план розроблення заходів Стратегії, перелік відповідальних осіб і терміни виконання. 2) Огляд навколишнього середовища включає збирання інформації для визначення стану здоров'я населення, стан сфери громадського здоров'я, проведення аналізу стану надання медичних послуг. Метою є визначення поточного стану речей, розуміння потреб населення та попиту на послуги, визначення пропозиції у сфері медичних послуг за географічним принципом і виявлення вузьких місць. 49



Рис. 2.2 Цикл прийняття рішень щодо розроблення стратегічного плану

3) Бачення напрямку руху збирає інформацію щоб визначити стан здоров'я населення, проаналізувати стан надання медичних послуг та стан сфери громадського здоров'я. 4) Проблеми та виклики. Метою є розгляд та аналіз проблем та викликів, які заважають рухатися в напрямку потрібного бачення. 5) Варіанти вирішення проблем. Пропонування варіантів для зацікавлених сторін, щоб досягти поставлених цілей. 6) Найкращі варіанти. Вибір найкращих варіантів вирішення проблем, визначених на третьому етапі.



7) Впровадження. На цьому етапі передбачається впровадження вибраних рішень і розпочинається з розробки планування ресурсів (фінансових, людських, інфраструктури тощо), операційного плану. 8) Оцінка. Регулює процес моніторингу й оцінювання результатів впровадження, для того щоб визначити, чи були ефективними дії для досягнення цілей

Крім того, необхідним є створення територіальних центрів медичної інформації (ТЦМІ) у складі департаментів охорони здоров'я, які акумулюють інформацію про роботу медичних установ на субнаціональному та субрегіональному рівнях, яка використовується для проведення бенчмаркінгу ефективності, у здійсненні якого зацікавлені не тільки керівники медичних підприємств та установ, але і владні структури з метою поліпшення рівня медичного обслуговування населення (рис. 2.3).

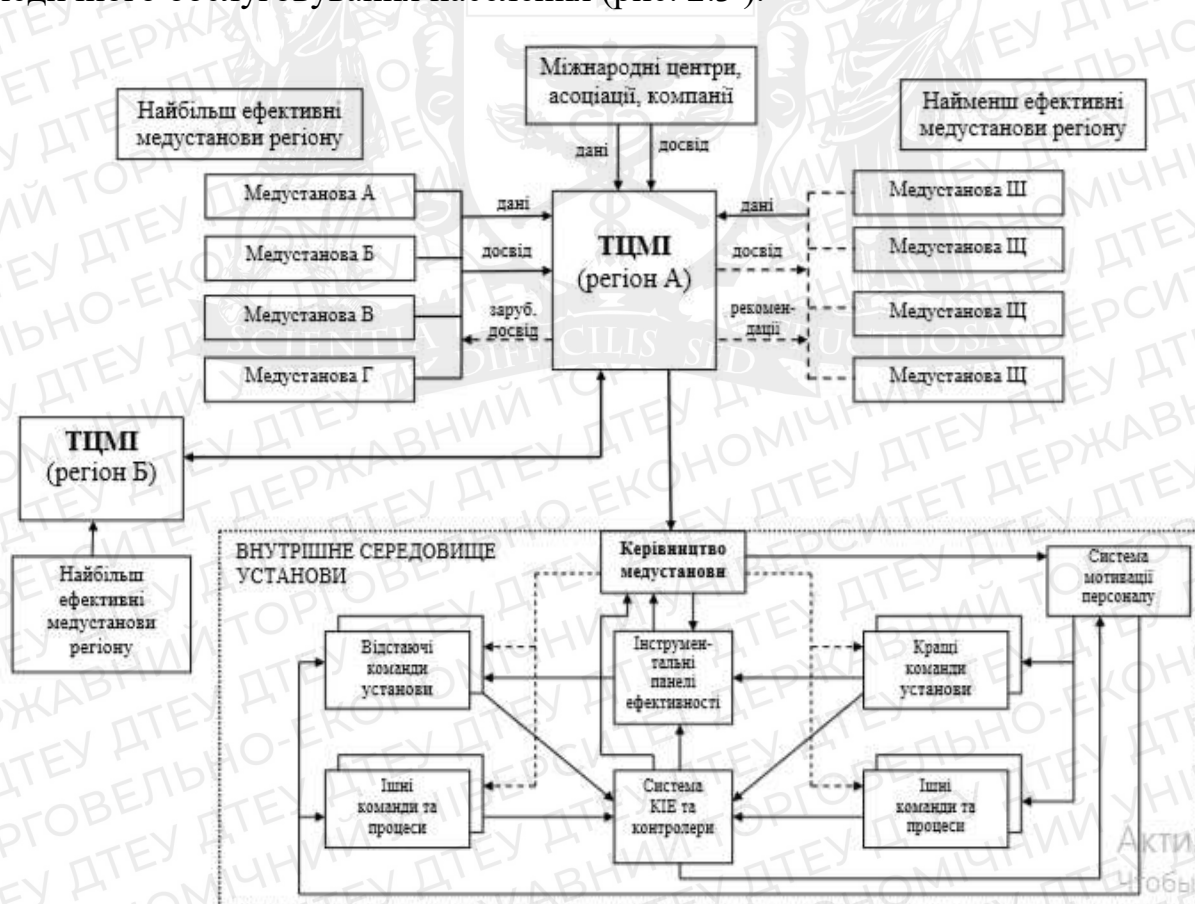


Рис. 2.3 Організаційний механізм забезпечення бенчмаркінгу ефективного функціонування медичних підприємств та установ

Джерело: [48]

Автором запропоновано модель організаційного механізму управління ефективністю діяльності медичного закладу, яка пов'язує такі центри між собою, а також із внутрішніми медзакладами різної організаційно-правової форми, а також із міжнародними центрами, асоціаціями та компаніями. На рівні медичних підприємств та установ, доцільно запровадити систему управління ефективністю їхньої діяльності, що передбачає етапність їх застосування від створення команд до реалізації управлінських рішень.

Для реалізації кожного із 12 етапів автором запропоновано певні методичні положення, серед яких: - систему мотивації персоналу, яка заснована на проведенню автором опитуванні медпрацівників; - критерії створення ефективних команд у медичних установах, що включає п'ять основних етапів і враховує специфіку роботи різних медустанов і психотипи людей; - методику проведення поглибленого аналізу економічної ефективності бюджетних установ і небюджетних медичних підприємств, що використовують різні моделі АСФ; - алгоритм прийняття управлінських рішень у контексті ефективності раціональних візії і цілей управління; - систему ключових індикаторів ефективності (КІЕ), яка включає 13 груп і 58 індикаторів, розрахованих на перманентність оцінювання, які в сукупності всебічно характеризують ефективність роботи медичного закладу; - підходи до формування оперативних КІЕ, які в режимі реального часу допомагають менеджменту постійно реагувати на зміни та приймати своєчасні управлінські рішення.

Нині, коли держава розпочала другий етап медичної реформи, коли в умовах обмеженості фінансових ресурсів на ринок надання послуг на конкурентних засадах виходять заклади, які надають стаціонарну медичну допомогу різних форм власності та організаційно-правової побудови. За цих обставин, на переконання автора, мають бути чітко розмежовані сфери та функції управління діяльністю медичних підприємств та установ на національному, територіальному рівнях та рівні людини, а також критерії ефективності їх функціонування (Додаток).



Особливої уваги ці процеси набувають в умовах реалізації нинішньої стратегії щодо децентралізації владних повноважень. Епідемічна ситуація в країні, продиктована пандемією коронавірусу переконливо засвідчила, що без координації управління соціогуманітарною сферою з боку місцевих органів виконавчої влади та ефективного функціонування інститутів громадянського суспільства бажаного ефекту досягти неможливо. Крім того Серед основних проектів цифрової трансформації як інноваційних трендів у сфері державних фінансів та управління виділяють:

цифрова медицина - створення національної системи Electronic Health Record (EHR), яка включає: Computerized Medical Record - систематична робота щодо оцифрування даних медичних карток, запровадження архівно-резервних функцій; Electronic Medical Record - медичні карти пацієнтів в електронній формі; Electronic Patient Record - уніфікована база даних пацієнта з різних медичних закладів; Electronic Identifiers - ідентифікація користувачів системи eHealth; ePrescription - електронний рецепт, який включає: eCapture – формування електронного рецепту лікарем медичного закладу; eTransfer – конфіденційна передача електронного рецепту до аптеки; eDispensation – передача даних із аптеки назад до медичного закладу, підтвердження [49]. У контексті епідемії, та зупинки економіки, борг України перед кредиторами не зменшується. Тому оцінки рівня боргової безпеки пропонуємо наступні шляхи та підходи до вдосконалення системи управління державним боргом:

- запровадити закон, який регламентує розмір державної заборгованості, структуру, джерела, цілі використання коштів, шляхи погашення тощо;
- сформувати та імплементувати середньо- та довгострокову ризикоорієнтовану стратегії управління державним боргом України та можливим використанням моделі «фінансового придушення», адже практика останніх років довела, що чітко сформульованої політики управління державним боргом в державі не існує, або, можна говорити, що вона недостатньо ефективна, реагує із запізненнями і не дозволяє оперативно вирішувати найбільш актуальні проблем, які виникають у фінансовій системі;

- сприяти розвитку фінансового ринку, що мінімізуватиме ризики та зменшить витрати на обслуговування боргу в середньо- і довгостроковій перспективі, зокрема, забезпечить розширення боргового портфелю;
- збільшити використання боргових коштів на інвестиційні цілі тощо [50-51];

Аналіз стану державного боргу показав, що Україні необхідно проводити більш ефективну політику щодо управління державним боргом, що призведе до поліпшення боргової безпеки. Неefективна боргова політика з боку

Станом на 29.04.2020 р. Українські громади - міста, селища, села - активно долучилися до протидії поширенню коронавірусу. Місьцеве самоврядування, крім запровадження карантинних заходів, виділяє кошти на підвищення зарплат медикам, закупівлю ліків, масок, тестів, обладнання, організовує підвіз медиків на роботу, доставляє продукти для літніх людей і соціально незахищених сімей.

Труднощі в інноватизації сфери медичних послуг багато в чому продиктовані нерозвиненістю та недосконалістю механізмів інвестиційної підтримки процесів впровадження інновацій.

Принципи організації фінансування інноваційного розвитку сфери медичних послуг в Баришівській ОТГ повинні бути орієнтовані на множинність джерел фінансування та передбачати швидке та ефективне впровадження інновацій з їхньою комерціалізацією, що забезпечує зростання фінансової віддачі від інноваційної діяльності. Проаналізувавши міжнародний досвід фінансування медичних інновацій, пропонуємо наступну модель інвестиційної підтримки інноваційного розвитку сфери медичних послуг в Баришівській ОТГ (рисунок 3.3)

.При цьому нами запроваджено розмежування за формами фінансування, залежно від виду медичної інновації. «Короткострокові» інновації, що не вимагають суттєвих капіталовкладень, або швидко комерціалізуються, можуть скористатися допомогою держави, як правило,



безоплатно отриманої через різні фонди, або отримати підтримку через венчурних інвесторів. Це найшвидший спосіб отримати необхідні ресурси для виведення медичної інновації ринку. У разі отримання підтримки від венчурних інвестицій необхідно розуміти, що бізнес закладає свої ризики.

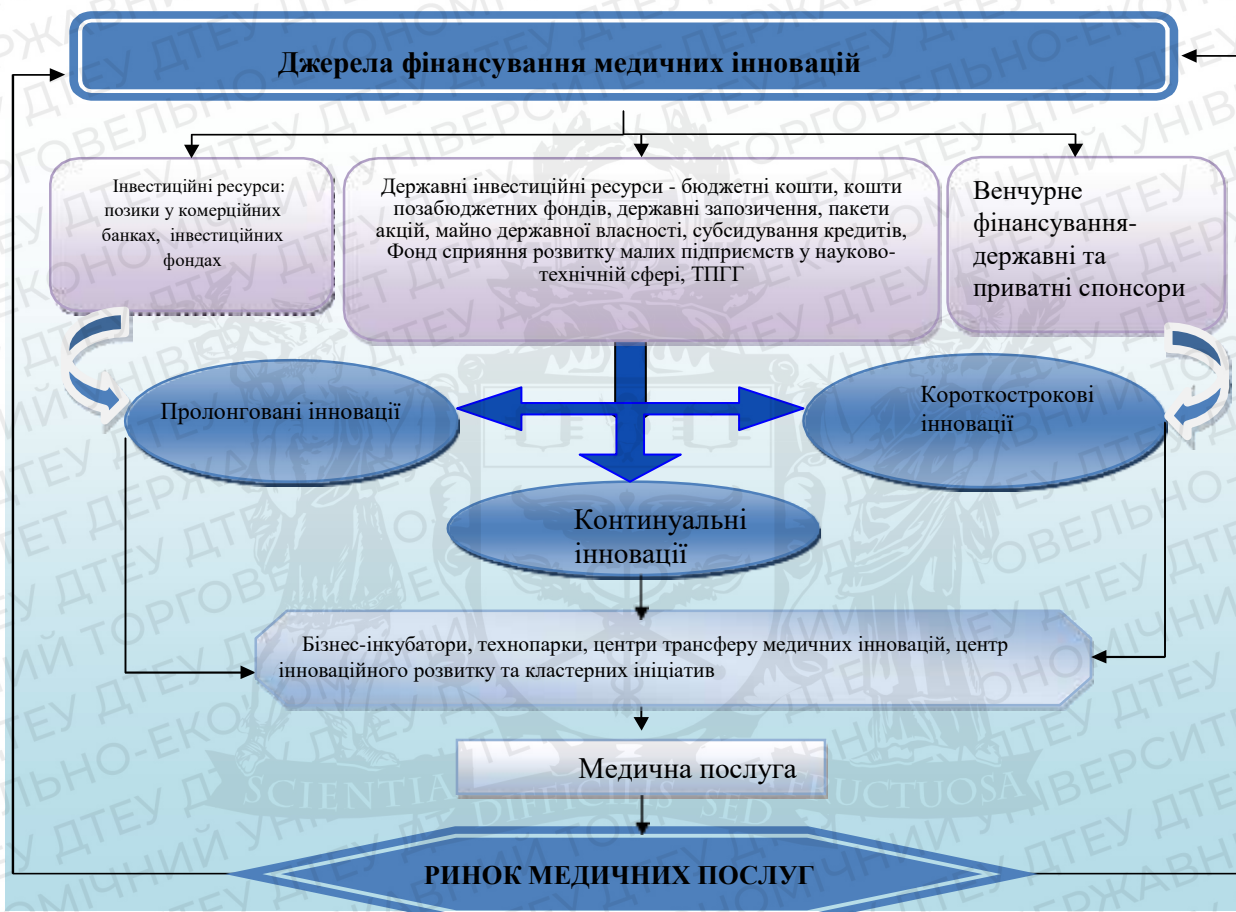


Рис. 3.3 Модель диференційованої фінансової підтримки інноваційного розвитку сфери медичних послуг в Баришівській ОТГ

"Пролонговані" інновації можуть розраховувати як на допомогу держави, так і на кредити та позики від комерційних компаній. Інновації даного класу характеризуються помірними ризиками для інвестора, осяжним горизонтом виходу на окупність.

Континуальні інновації практично завжди є прерогативою держави. Для реалізації їх і виведення на ринок потрібні значні фінансові вкладення, яких не має середній і малий бізнес. Через дорожнечу віддача від них може розтягнутися на десятки років, чого не може собі дозволити приватний бізнес. Пропонована нами модель має зворотний зв'язок ринку з інноваціями. Це

необхідно для підтримки конкуренції як у науковому середовищі, так і в бізнес-спільнотах. Уникнення монополізації в будь-якому із сегментів моделі дозволить забезпечити постійний приплив «свіжої крові» від студентства, професорсько-викладацького складу, надання гнучких умов фінансування інновацій.

Реалізація інноваційного сценарію розвитку сфери медичних послуг в Баришівській ОТГ дозволить за більш короткий час наблизити рівень медичної допомоги до загальносвітових стандартів, переорієнтувати систему управління для досягнення суспільно значущих результатів діяльності, запровадити ринкові механізми в ступеня, необхідної для ефективної роботи [52].

У зв'язку з цим необхідно сформувати інноваційний портфель, що дозволяє забезпечити інтенсивність розвитку галузі, стимулювати розвиток науки і виробництва, орієнтованих на медицину, розвивати фінансово-економічні та організаційно-управлінські технології, що найбільше відповідають технологічному розвитку сфери медичних послуг.

Реалізація нової концепції реформ управління охороною здоров'я повинна

завершити структурно-функціональні перетворення, що проводяться в галузі, та забезпечити умови для кардинального покращення якості медичної допомоги. Це означає, що акценти зі спеціалізованою допомогою мають бути перенесено на первинну медико-соціальну допомогу. Для цього необхідно вдосконалення правового, фінансового, матеріально-технічного та кадрового забезпечення інфраструктури. лікарської практики, включаючи підготовку лікарів загальної практики, сімейних лікарів; вдосконалення допомоги вдома, швидкої та невідкладної медичної допомоги, профілактики хвороб та розвитку принципів здорового способу життя Крім того, вдосконалення управління охороною здоров'я має забезпечувати перехід з екстенсивних принципів та методів розвитку галузі на інтенсивні. Це означає, що ефективність розвитку охорони здоров'я має бути забезпечена не за рахунок зростання чисельності



медичних працівників, а за рахунок поглиблення їхньої професійної підготовки, підвищення якості медичної допомоги та створення системи економічної та соціальної мотивації праці медичних та фармацевтичних працівників. Для цього необхідно, зберігши єдину галузеву систему управління та фінансів.

Крім того, на основі проведеного дослідження для удосконалення стану надання ПМСД жителям Баришівської ОТГ нами запропоновані пропозиції для суб'єктів різного рівня, що забезпечують якість надання медичної допомоги населенню та мають вплив на формування політики в галузі охорони здоров'я на рівні регіону та місцевому рівні.

Управлінню охорони здоров'я: 1. Провести навчання (семінари, круглі столи) з керівництвом ОТГ та сімейними лікарями щодо цілей, задач і перспектив реформи національної системи охорони здоров'я.

Керівнику ОТГ: 1. Розробити Програми щодо пріоритетності питань здоров'я населення громади, профілактики захворювань, промоції здорового способу життя та екологічного благополуччя. 2. При плануванні бюджетів громад приділяти особливу увагу покращенню матеріально-технічного забезпечення підпорядкованих закладів охорони здоров'я.

Керівництву Комунального некомерційного підприємства «БАРИШІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ»:

1. Забезпечити надання спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги мешканцям ОТГ Баришівка шляхом організації планових виїздів 38 комплексних бригад вузьких спеціалістів лікарні безпосередньо до лікарських амбулаторій. Лікарям загальної практики-сімейним лікарям: 1. Покращити інформаційно-комунікативну складову щодо змісту медичної реформи та проведення профілактичних заходів стосовно попередження поширення інфекційних та неінфекційних захворювань серед населення ОТГ.

## ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

На сьогодні пріоритетними напрямами державної політики в сфері охорони здоров'я в Баришівській ОТГ є:

- підвищення доступності медичних послуг;
- підвищення якості медичних послуг;
- поліпшення ефективності використання наявних ресурсів галузі;
- створення мережі сучасних перинатальних центрів;
- спрощення дозвільної системи;
- оптимізація адміністративних послуг;
- зміна підходів до здійснення державного нагляду;
- приведення системи санітарних та фітосанітарних стандартів у відповідність із законодавством ЄС;
- приведення у відповідність із потребами галузі організацію навчально-методичного процесу вищої медичної та фармацевтичної освіти;
- зниження кадрового дефіциту в галузі;
- удосконалення системи післядипломної освіти;
- здійснення заходів щодо профілактики і боротьби із захворюваннями, передусім соціально значущими, шляхом реалізації низки державних цільових програм;
- забезпечення профілактичного спрямування охорони здоров'я та посилення уваги до пропагування здорового способу життя.

Подальші напрями політики у сфері охорони здоров'я повинні бути спрямовані на:

- вдосконалення нормативно-правової бази і приведення її до норм та вимог Європейського Союзу;
- фінансову підтримку наукових досліджень у галузі охорони здоров'я;
- підвищення вимог до підготовки наукових кадрів;
- створення ефективної системи державного управління приватної медицини.



Упродовж 2014–2018 років спостерігалось постійне зростання видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я, однак їх рівень щодо ВВП значно нижчий за встановлені стандарти. Недостатність коштів, виділених державою на медичну сферу, спричинила зменшення обсягу безоплатного медичного обслуговування, «затягування» проведення капітального ремонту приміщень медичних закладів, оновлення обладнання, порівняно низьку заробітну плату медичного персоналу.

Неефективний захист населення від ризиків, пов'язаних з витратами на послуги охорони здоров'я, і неефективність фінансування охорони здоров'я являють собою ключові проблеми розвитку медичного сектору в Україні. Ці проблеми обумовлені дезінтеграцією закладів охорони здоров'я та відсутністю мотивації постачальників медичних послуг до оптимізації ефективності своєї роботи.

Стрімке поширення цієї інфекції COVID-19 не дає часу на роздуми і потребує від закладів охорони здоров'я бути у постійній готовності до своєчасного виявлення гострої респіраторної хвороби, спричиненої коронавірусом 2019-пCoУ, та прийому хворих на це захворювання. Насамперед повинні бути у великій кількості в наявності необхідні лікарські засоби, дезінфекційні засоби, засоби індивідуального захисту та спеціальне медичне обладнання. Крім того, потрібно забезпечити осіб, які залучені до розслідування випадків захворювання, діагностики та надання допомоги хворим та особам з підозрою на гостру респіраторну хворобу, спричинену коронавірусом, засобами індивідуального захисту, а саме: ізоляційними халатами або костюмами біозахисту, респіраторами класу захисту не нижче RPP2, захисними окулярами або щитками, рукавичками медичними нітриловими та масками медичними (хірургічними).

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України «Про основні засади здійснення державного фінансового контролю в Україні» від 26.01.1993 р. № 2939-XII (у редакції від 16.10.2012 № 5463-VI). URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2939-12>
2. Про захист прав споживачів: Закон України № 1023-XII від 12 трав. 1991 р. // Відомості Верховної Ради УРСР від 23 лип. 1991 р. – № 30. – Ст. 379.
3. Про Стратегію сталого розвитку «Україна–2020»: указ Президента України від 12 січ. 2015 р. № 5/2015. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.
4. Указ Президента України «Про Положення про Державну фінансову інспекцію України» від 23.04.2011 р. № 499/2011. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/499/2011>
5. Постанова Верховної Ради України «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні» від 21.04.2016 р. № 1338-VIM. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1338-19>
6. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку проведення Державною фінансовою інспекцією, її територіальними органами державного фінансового аудиту виконання бюджетних програм» від 10.08.2004 р. № 1017 (у редакції від 17.12.2016 р.). URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1017-2004-п>
7. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм» від 31.01.2007 № 106: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/106-2007->
8. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції застосування програмно-цільового методу в бюджетному процесі» від 14.09.2002 р. № 538-р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/538-2002-р>



9. Наказ Міністерства фінансів України «Про паспорти бюджетних програм» від 29.12.2002 р. № 1098. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0047>
10. Наказ Міністерства фінансів України «Про затвердження Інструкції про статус відповідальних виконавців бюджетних програм та особливості їх участі у бюджетному процесі» від 14.12.2001 р. № 574 (у редакції від 01.01.2011 р.). URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0003-02>
11. Favre G, Pomar L, Musso D, Baud D. 2019-nCoV epidemic: what about pregnancies? *Lancet*. 2020;395(10224):e40. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30311-1.
12. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednicky JA, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol*. 2020. doi: 10.1016/j.ajog.2020.02.017.
13. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet*. 2020;395(10228):922. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30644-9.
14. Lazerini M, Putoto G. COVID-19 in Italy: momentous decisions and many uncertainties. *The Lancet Global Health*. 2020. doi:10.1016/s2214-109x(20)30110-8.
15. Coronavirus (COVID-19) infection and pregnancy. Information for healthcare professionals. Version 4.1: updated Thursday 26 March 2020. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-03-26-covid19-pregnancy-guidance.pdf>.
16. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020. doi: 10.1056/NEJMc2004973.
17. Бюджетний менеджмент: Підручник / В. Федосов, В. Опарін, Л. Сафонова та ін.; за заг. ред. В. Федосова. – К.:КНЕУ, 2004. – 864 с.
18. Безмен Н. Реформа вторичного рівня: очікування, перспективи, прогнози. URL: <https://trigger.in.ua/analitika/reforma-vtorychnogo-urovnya-ozhydanyua-perspektyvy-prognozy.html>

19. Бойко С. Г. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. URL:<https://www.niss.gov.ua/doslidzhennya/analitichni-materiali/socialnapolitika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya>
20. Бойко Д. І., Коковіхіна О. О., Лисьонкова Н. М. Визначення сутності боргової безпеки держави та ідентифікація її загроз. Приазовський економічний вісник. 2018. Вип. 4. С. 134–139.
21. Бондар А. В. Фінансування сфери охорони здоров'я у зарубіжних країнах – URL: <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/16620/1/344-587-588.pdf>
22. Бородін Є. І. Управління соціально-гуманітарною сферою в процесі добровільного об'єднання територіальних громад: теоретичний та практичний аспекти / Є. І. Бородін, І. І. Хожило, Т. М. Тарасенко // Аспекти публічного управління. – 2015. – № 5-6. – С. 65-75.
23. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2019. – 312 с.
24. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>
25. Драгунов Д.М. Особливості фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні//Причорноморські економічні студії. 2019 № 38. с. 88-92
26. Диха М. В. Інтелектуальний капітал у системі забезпечення інноваційного розвитку країни / М. В. Диха // Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. – 2019. – № 6. – С. 45–49.
29. Диха М. В. Сталий розвиток України в глобалізаційному вимірі / М. В. Диха // Стратегічний потенціал державного та територіального розвитку : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конференції (9–10 жовтня 2019 року). – Маріуполь, 2019. – С. 57–59.
30. Економічна правда. Медична, пенсійна та освітня реформи: чи є у них шанс у рік виборів. – Режим доступу: <https://www.epravda.com.ua/publications/2018/11/8/642447/>.



31. Логвиненко Б.О. Громадське здоров'я як пріоритет державної політики

України у сфері національної безпеки// Міжнародна та національна безпека: теоретичні і прикладні аспекти Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (ДДУВС, 13.03.2020. С. 208-209).

32. Лютий І. О., Боринець С. Я., Варналій З. С., та ін. Фінанси. Підручник ; за ред. д.е.н., проф. І. О. Лютого. Київ : Видавництво Ліра-К. 2017. - 720 с.

33. Молень І. Основні напрямки реформування законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні. Актуальні проблеми правознавства. 2017. Випуск 3 (11). С. 80–85.

34. Найкраща медицина у світі у Сінгапурі та Гонконзі, – Bloomberg. URL: <https://www.volynnews.com/news/all/naykrashcha-medytyna-u-sviti-u-sinhapuri-ta-honkonhu-Bloomberg/>

35. Офіційний портал «Децентралізація» URL : [Каталог успішних практик - Децентралізація \(decentralization.gov.ua\)](http://decentralization.gov.ua)»

36. Омеляновский В. В., Максимова А. В., Татаринев А. П.. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения.

37. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 лист. 1992 р. № 2801-ХІІ // Відом. Верховної Ради. – 1993. – № 4. – Ст. 19.

38. Проневич О.М. Охорона здоров'я населення як сфера адаптації законодавства України до актів *acquis communautaire*. Вісник ХНУВС. 2017. № 2 (77). С. 155–164.

39. Павлюк О. Спад економіки, закриті кордони та ксенофобія: як спалах коронавірусу впливає на світ [Електронний ресурс] / О. Павлюк // *Hromadske*. –2020. – Режим доступу: <https://hromadske.ua/posts/spad-ekonomiki-zakriti-kordonita-ksenofobiya-yak-spalah-koronavirusu-vplivaye-na-svit>

40. Прокопенко Л. Л. Здійснення державного управління суспільними відносинами в умовах соціальних змін / Л. Л. Прокопенко // Аспекти публічного управління. – 2018. – № 2. – С. 22-27.

41. Резнікова Н. В. Глобальні проблеми світового господарства і міжна-  
родних економічних відносин / Н. В. Резнікова. – К.: ТОВ «Видавництво «Консультант», 2017. – 540 с.

42. Радиш Я. Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр.: у 2 ч. / Я. Ф. Радиш, М. М. Білинська. – К. : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396

43. Радиш Я. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження державного регулювання медичної діяльності в Україні (категорійно-понятійний апарат медичного права) / Я. Ф. Радиш. – Режим доступу: [www.nbuv.gov.ua/e-journals/DeBu/2006-1/doc/1/03.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/DeBu/2006-1/doc/1/03.pdf).

44. Серьогін С. М. Концептуальні засади реформування місцевого самоврядування в Україні / С. М. Серьогін, Н. Т. Гончарук // Аспекти публічного управління. – 2014. - № 5-6. – С. 71-80.

45. Устимчук О.В. Аналіз нормативно-правових засад регулювання сфери надання медичних послуг в Україні // Аспекти публічного управління. – 6(10). – С. 5-13.

46. Федорова Н.О. Стан фінансування системи медичного страхування в Україні// Держава та регіони. 2019. №1. С. 110-115.

47. Чеберяко О.В. Бюджетна політика України у сфері видатків як базис перспективного економічного розвитку. В і с н и к Київського національного університету імені Тараса Шевченка. 2019. № 5. – с. 47-52

47. Височан О.С., Височан О.О., Ясінська А.І. Особливості бухгалтерського обліку цільового фінансування у небюджетних неприбуткових організаціях. Облік і фінанси АПК. 2017. № 1. С. 17–24. URL: [https://Oif\\_apk\\_2017\\_1\\_4.pdf](https://Oif_apk_2017_1_4.pdf).).

48. Гура Н. Методика бухгалтерського обліку в неприбуткових не бюджетних організаціях. Бухгалтерський облік і аудит. 2019. № 12. С.3-8. 3



49. Кононенко Л.В., Юрченко О.В., Гай О.М. Теорія бухгалтерського обліку в умовах становлення глобальної економіки та інформатизації суспільства. Економічний простір: Збірник наукових праць. № 170. Дніпро: ПДАБА, 2021. С. 83-87 URL: <http://prostir.pdaba.dp.ua/index.php/journal/article/view/911>

50. Савченко В. М., Кононенко Л.В., Пальчук О.В. Сучасний стан, проблеми та перспективи обліку розрахунків за податками та платежами некомерційних комунальних підприємств - закладів охорони здоров'я. Економічний простір: Збірник наукових праць. № 171. Дніпро: ПДАБА, 2021. С. 99-105 URL: <http://prostir.pdaba.dp.ua/index.php/journal/article/view/928>



## Додаток А

**Основні показники економічного і соціального розвитку Баришівської  
селищної територіальної громади в 2020-2024 роках**

№ з/п	Назва показника	Одиниця виміру	2020 рік (звіт)	2021 рік (затверджено)	2022 (план)	2023 (план)	2024 (план)
1	Кількість малих і середніх підприємств	од.	2276	2088	2097	2115	2127
2	Кількість зареєстрованих фізичних осіб-підприємців	осіб	1329	1219	1226	1242	1248
3	Кількість зареєстрованих юридичних осіб-підприємців	осіб	947	869	871	873	879
4	Кількість найманих працівників на малих і середніх підприємствах	осіб	6318	6297	6325	6415	6517
5	Заборгованість із виплати заробітної працівникам економічно активних підприємств громади	тис. грн.	458,2	-	-	-	-
6	Кількість закладів загальної середньої освіти	од.	16	16	16	16	16
6.1	- у них учнів	осіб	3277	3240	3245	3252	3248
7	Кількість закладів ДНЗ та НВК з дошкільними підрозділами	од.	6/13	6/12	6/12	6/12	6/12
7.1	- у них дітей	осіб	886	891	895	898	901
8	Кількість лікарняних закладів	од.	26	22	22	22	22
9	Кількість лікарняних ліжок	ліжок	160	160	160	160	160



№ з/п	Назва показника	Одиниця виміру	2020 рік (звіт)	2021 рік (затверджено)	2022 (план)	2023 (план)	2024 (план)
10	Кількість спортивних споруд усіх типів	од.	99	100	100	100	100
11	Середньорічна чисельність наявного населення	осіб	27547	27438	27495	27359	27308
12	Чисельність пенсіонерів	осіб	9680	9710	9725	9731	9742
13	Середній розмір пенсійної виплати цивільних пенсіонерів	грн.	2996,98	3100,0	3215,0	3425,0	3495,0
14	Кількість безробітного населення працездатного віку, які скористалися послугами служби зайнятості	осіб	1679	1681	1683	1681	1680
15	Кількість безробітного населення працездатного віку, які отримали статус безробітного	осіб	913	915	916	913	911
16	Кількість працевлаштованих незайнятих громадян, які скористалися послугами державної служби зайнятості	осіб	442	455	462	468	471
17	Середньомісячна номінальна заробітна плата одного штатного працівника	грн.	11177,0	13050,0	13175,0	13852,0	14152,0
18	Доходи місцевих бюджетів	тис. грн.	262996,5	275479,6	291362,5	311189,1	329557,0
19	Видатки місцевих бюджетів	тис. грн.	261775,2	289768,7	291362,5	311890,8	329557,0

Завідувачу кафедри публічного  
управління та адміністрування  
Новіковій Н.Л.



Заява

Я, \_\_\_\_\_

(ПІБ), повідомляю, що за результатами проведення самостійної перевірки з використанням програмно-технічних засобів у наданій випускній кваліфікаційній роботі на тему: «Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я (за матеріалами Баширівської селищної ради смт. Баришівка, Київської області)» не міститься елементів академічного плагіату. У випадках використання прямих запозичень з друкованих та електронних джерел, вказані відповідні посилання.

Робота для перевірки надається у друкованому та електронному варіантах. Електронна версія моєї роботи ідентична з друкованою.

« » \_\_\_\_\_ 2022 року

\_\_\_\_\_ (підпис)



### Згода

Я, Довбенко Ігор Віталійович, цим засвідчую, що є автором випускної кваліфікаційної роботи на тему: «Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я (за матеріалами Баширівської селищної ради смт. Баришівка, Київської області)» несу повну відповідальність за достовірність, точність та повноту поданої у роботі інформації, жодна частина роботи не була скопійована, за винятком випадків, коли робиться належне підтвердження в присвоєнні. Я підтверджую, що у роботі не міститься державної таємниці або інформації для службового користування.

Цим засвідчую, що жодна частина цієї роботи не була опублікована мною раніше.

Я даю дозвіл на те, що моя робота буде направлена в інституційний депозитарій Державного торговельно-економічного університету і збережена в базі даних для майбутньої перевірки плагіату.

« » \_\_\_\_\_ 2022 року

(Довбенко І.В.)

Підпис

Прізвище, ініціали