

population, support of labor initiative, entrepreneurship, involvement of citizens in productive labor and innovation in priority spheres of the national economy.

Therefore, we agree that macroeconomic factors play a decisive role in creating incentives for the development of innovative labor in Ukraine, and we consider it necessary to state that not all reserves are used to activate the labor behavior of employees in the field of innovation, adaptation of the labor mentality to market conditions at the micro level. The presence of unresolved problems in the management of innovative labor in enterprises, unfulfilled labor expectations of staff engaged in innovative labor, reduces the economic and social efficiency of the labor for each worker, and the enterprise as a whole, affects adversely on the final results of innovative activity, competitiveness.

### *References*

1. Bohynia, D.P., & Semykina, M.V. (2002). Trudovyj mentalitet u systemi motyvatsii pratsi [Labor mentality in the system of labor motivation]. Kirovohrad : «Polihraf-Tertsiiia» [in Ukrainian].

2. Kolot, A.M. (2002). Motyvatsiia personalu : pidruchnyk [Personnel motivation: a textbook]. K. : KNEU [in Ukrainian].

---

**Кожемякіна Т. В.**

кандидат економічних наук, доцент

**Матукова-Ярига Д. Г.**

кандидат економічних наук, доцент

**Кожемякін М. О.**

магістр з міжнародної економіки

НМУ імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

## **МЕДИЧНА РЕФОРМА ЯК ЧИННИК ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ**

Охорона здоров'я – дуже важлива ланка національної безпеки кожної країни. Якість функціонування системи визначає наскільки населення країни є здоровим, працездатним і спроможним створювати корисний продукт.

За радянських часів цим питанням приділялося достатньо уваги, тому у спадок Україні дісталась розгалужена мережа лікарських закладів. З одного боку – це є великою перевагою для нашої країни, але з іншого – ця складна і дороговартісна система вимагає великих коштів на утримання в робочому стані, що не завжди є економічно виправданим. За підрахунками, близько 70% коштів, що спрямовуються в Україні на охорону здоров'я, у дореформений витрачалося на утримання та обслуговування стаціонарної допомоги [1, с. 158]. Брак коштів призвів до погіршення стану наявних основних засобів лікарських закладів. Будівлі медзакладів вимагають негайного ремонту, обладнання

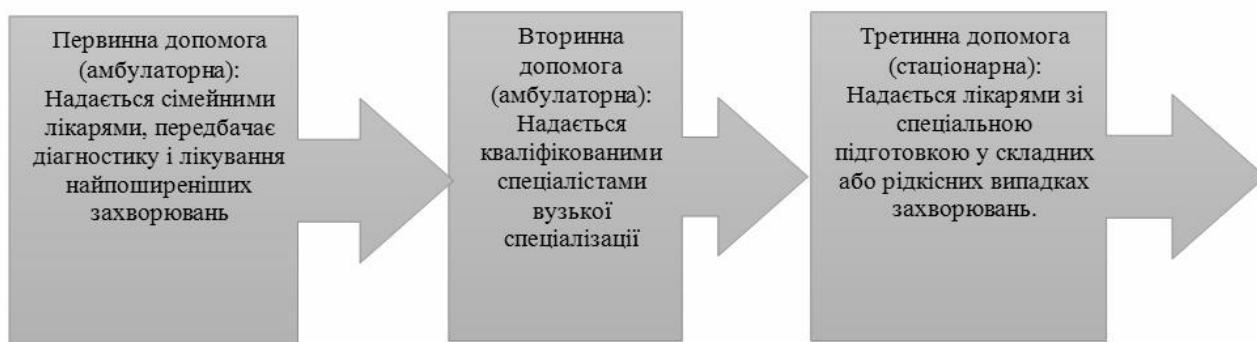
застаріле і не відповідає сучасному рівню розвитку діагностичної науки тощо, не виділяються кошти на медичні препарати – ці витрати перекладені на пацієнтів, бракує коштів на харчування пацієнтів у стаціонарах тощо.

При цьому немає можливості спрямовувати потрібні кошти для забезпечення гідного рівня оплати праці медичних працівників, яких станом на 2008 рік в системі працювало близько 1 млн. осіб. З них понад 190 тисяч – лікарів та 430 тисяч – середнього медичного персоналу [1, с. 160].

За десять наступних років ситуація із кількістю медичного персоналу практично не змінилася. При цьому рівень оплати праці ще погіршився у порівнянні із середнім рівнем оплати праці в Україні. Тривалий незадовільний стан в оплаті праці персоналу привів до значних викривлень у роботі системи охорони здоров'я України, що практично унеможливило отримання пацієнтами гарантованої Конституцією України безкоштовної медичної допомоги.

Саме цими міркуваннями пояснюється те, що запущена у липні 2018 року в Україні медична реформа стала конче необхідною і актуальною.

За рівнем складності розрізняють три рівні медичної допомоги (рис. 1).



**Рис. 1. Види лікувально-профілактичної допомоги за рівнем складності [2]**

Медична допомога на первинному рівні передбачає огляд пацієнта та його медичне обслуговування лікарем сімейної практики (сімейним лікарем). Передбачено, що первинна ланка може бути укомплектована такими лікарями як сімейний лікар, терапевт та педіатр. Якщо останні працюють, відповідно, із пацієнтами виключно старшими або молодшими за 18 років. То сімейний лікар має право працювати із пацієнтами будь-якого віку.

Реформування медичної галузі не передбачає значних змін в кількості обслуговуваних пацієнтів, що припадає на одного лікаря. Так, незмінною залишилась кількість дітей на педіатричній дільниці – 900. На терапевтичній дільниці встановлений норматив 2000 осіб (до реформи – 1700), норматив для сімейного лікаря визначено на рівні 1800 осіб.

Першим етапом реформування медицини на усіх трьох ланках передбачає зміну правового статусу лікарні на комунальне некомерційне підприємство (КНП).

КНП утворюється місцевим органом самоврядування на основі відокремлення частки комунальної власності. Майно переходить у підпорядкування лікарського закладу на праві оперативного управління. Таким

чином, місцева влада залишається власником цього майна і, відповідно, – має забезпечувати його належний рівень.

Держава встановлює мінімальні вимоги щодо комплектації лікарського закладу, дотримання яких є передумовою для укладання договору з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) щодо фінансування діяльності лікарні.[3]

Для лікарського (медичного) закладу, це відкриває широке «вікно» можливостей.

Тепер такий лікарський заклад буде свою діяльність не на основі затвердженого кошторису, а керуючись самостійно розробленим фінансовим планом. Отже, самостійно розпоряджається отриманими коштами, маючи обмеження лише з боку законодавства щодо публічних закупівель. Кількість отриманих коштів напряму прив'язана до кількості обслугованих пацієнтів, тому від якості обслуговування залежить фінансовий результат діяльності лікарні і, звісно, розмір витрат, що можуть бути спрямовані на заробітні плати лікарів.

Для можливості забезпечення якісного результату керівник медичного закладу має можливість проводити кадрову політику на свій розсуд, формувати і втілювати в життя стратегічні плани розвитку.

Держава забезпечує прозору і зрозумілу систему оплати медичної допомоги, що надається пацієнтам.

Перехід на нову систему оплати на первинній ланці медичної допомоги дозволив підняти заробітні плати лікарям до рівня 16-20 тисяч гривень на місяць в залежності від кількості підписаних лікарем декларацій.

Самостійність в управлінні та передача фінансування матеріально-технічного забезпечення лікарні на рівень місцевого самоврядування зробила їх діяльність більш зрозумілою громаді і залежною від рішень саме громади, яка зацікавлена в тому, що отримувати якісні медичні послуги в пристойних умовах.

Станом на 10 квітня 2020 року НСЗУ уклала контракти із 1546 закладами охорони здоров'я для надання первинної медико-санітарної допомоги. З них 1072 мають форму КНП, 295 – ФОП і 179 приватних медичних закладів. На первинній ланці працює 22870 лікарів.

Всього українцями підписано 29,796 млн. декларацій [4].

Наступним кроком реалізації реформи на первинній ланці стане впровадження системи оцінки якості роботи лікарні для покращення надання медичних послуг пацієнтам і впровадження «пацієнтоорієнтованого підходу».

Отже, є сподівання, що впровадження такої форми роботи буде спонукати медичні заклади до пошуку нових, не стандартних, інноваційних рішень для розв'язання традиційних питань для покращення як медичної, так і економічної складової діяльності. Бо українське суспільство давно вже цього зачекалося.

На макроекономічному рівні варто очікувати подвійного ефекту від впровадження реформи.

По-перше, «вивільнені» від оплати медичних послуг кошти населення будуть спрямовані в інших напрямках і стимулюватиме сукупний попит, що призведе до зростання ВВП.

По-друге, покращення здоров'я населення неминуче призведе до зростання продуктивності праці і, знову ж таки, – до зростання ВВП країни.

### *Література*

1. Москаленко В.Ф., Гульчій О.П., Литвинова Л.О. та інші / За ред. проф. В.Ф. Москаленка / Соціальна медицина і організація охорони здоров'я. – К.: Книга плюс, 2010. – 328 с.
2. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузева та ін. – Вінниця: Нова Книга, 2011. – 560 с.
3. Брагінський П. Автономізація медичних закладів. Вебінар 1. Адреса доступу: [https://moz.gov.ua/uploads/0/4138-autonomization\\_march\\_pb\\_1.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/4138-autonomization_march_pb_1.pdf)
4. Офіційний сайт НСЗУ. Адреса доступу: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/elektronna-karta-misc-nadannya-pervinnoyi-mediko-sanitarnoyi>

---

**Красножон Н. С.**

кандидат економічних наук, доцент

Центральноукраїнський національний технічний університет

м. Кропивницький, Україна

## **ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ЕКОНОМІКИ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ ІННОВАЦІЙНИХ ЗРУШЕНЬ**

Розвиток цифрової економіки та високотехнологічного сектору економіки, ІТ-сфери залучає все більше країн світового співтовариства. Зокрема, цифрові технології відкривають унікальні можливості для розвитку нашої економіки та підвищення якості життя громадян.

Частка цифрової економіки в Україні поступово збільшується, але темпи її розвитку – невисокі. Щоб не відстати від провідних економік світу назавжди, слід якнайшвидше розпочати масштабну цифровізацію всіх галузей, максимально інвестуючи в розвиток цифрових інфраструктур, інновації та сучасні технології. Тим більше, що потенціал у країні є, особливо в ІТ-сфері, де позиція України доволі непогана. проте на заваді її розвитку стоять безліч моментів, зокрема, неефективна фіскальна політика, проблеми захисту інтелектуальної власності, низький рівень інноваційної діяльності тощо[4].

Проблемним та дискусійним питаннями, що стосуються цифровізації економіки присвячено багато наукових праць. Практично цінними є дослідження В.Гейця, В.Гройсмана, Т.Єфименка, Н.Крауса, О.Левченка, В.Ляшенка, О.Москаленко та ін. Разом з тим, багатогранність розвитку цифрової економіки та її вплив на конкурентоспроможність національних економічних системобумовлює пошук якісно нових шляхів подолання «цифрового розриву».