

фінансову стабільність, нарешті, поліпшити якість і тривалість життя людей – цілком реальні, хоч і дуже амбітні завдання.

Замість того щоб «пливти за течією» та намагатись робити пасивні прогнози, ми можемо навчитись проєктувати економічну реальність. І не лише на рівні домогосподарств чи компаній, а й країни в цілому. Звучить парадоксально, але те, що неможливо достеменно спрогнозувати, інколи достатньо успішно можна сконструювати.

Україна вже знає приклади успішного (як цілеспрямованого, так і побічного) застосування економічної інженерії для залучення інвестицій, прискорення економічного розвитку та створення робочих місць. Так, лише за перший рік повноцінної дії мораторію на експорт лісу-кругляка інвестиції в українську деревообробку зросли понад удвічі. Експорт готової продукції збільшився більш ніж наполовину. А це мільярди додаткових капітальних вкладень та валютної виручки, сотні нових виробництв і тисячі робочих місць по всій країні. Чим не історія успіху?

Інший яскравий приклад – українська «зелена» енергетика. Завдяки високому «зеленому» тарифу Україні за п'ять років вдалося залучити понад \$5 млрд інвестицій у відновлювальну енергетику, зменшити енергозалежність та поліпшити екологічну перспективу.

#### ***Список використаних джерел:***

1. Елвін Е. Рот, 2002. "Економіст як інженер: теорія ігор, експерименти та обчислення як інструменти економіки дизайну" Економетрика, 70 (4), с. 1341–1378
2. Окенфельс А., Вамба А. Люди і ринки: економіка як технічна наука. Журнал європейської економіки. 2013. Т. 12, № 1. С. 109–119

**Тарас АНТОНІЧУК**

здобувач освітньо-професійної програми

«Менеджмент державних установ та організацій», ЗУНУ

Науковий керівник – д.е.н., професор, професор кафедри менеджменту,

публічного управління та персоналу ЗУНУ Григорій Монастирський

## **ДІАГНОСТИКА ПРОБЛЕМ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Сьогодні Національна служба здоров'я України фінансує заклади первинної медичної допомоги та незабаром у реформу увійдуть і медичні установи вторинного та третинного ланок. На жаль, досі залишається не

вирішеним питання соціально-економічного захисту медичних працівників, бо відсутні механізми та заходи щодо збереження існуючого змісту й обсягу трудових прав і гарантій спеціалістів. Також, сфера охорони здоров'я має ряд невирішених питань (кадрове забезпечення, якість та доступність медичних послуг тощо) і основною проблемою є недосконалість фінансово-економічних механізмів забезпечення діяльності медичної галузі, а саме:

1. Національна система охорони здоров'я фінансується із загальних бюджетних надходжень. Державні видатки при цьому хоча й з кожним роком зростають, але залишаються невеликими (у межах 3-3,7 % ВВП). Натомість слід наголосити, що даний показник має досить відносний характер, оскільки стосується суто державних видатків. Сукупні ж видатки, які складаються з видатків лікарняних кас, фінансування Світового банку й Глобального фонду, видатків населення на придбання ліків та виробів медичного призначення (лише біля 5 % витрат на лікарські засоби покривається за рахунок держави, всі інші витрати “ за рахунок пацієнтів, навіть при стаціонарному лікуванні понад 86 % вартості ліків сплачується пацієнтами) тощо становлять 5,5-6,5 % ВВП. Якщо врахувати також неформальні платежі (хабарі) за надання “безкоштовної” допомоги в державних/комунальних закладах охорони здоров'я (які, за окремими даними, становлять 3-3,5 % сукупних державних видатків на охорону здоров'я), показник реальних обсягів фінансування сфери охорони здоров'я, порівняно з суто державними видатками, значно збільшиться (з 3 до 8 % ВВП). Таким чином, сумарне зростання видатків на охорону здоров'я відбувається переважно за рахунок коштів пересічних громадян і не пов'язане зі зростанням якості послуг з охорони здоров'я.

2. Відсутній науково та економічно обґрунтований обсяг безоплатної медичної допомоги всім громадянам у державних закладах охорони здоров'я. Це, у свою чергу, на тлі недостатнього державного фінансування спричинює: зростання тіньового ринку медичних послуг; спонтанного розвитку платних медичних послуг і неконтрольованого ціноутворення на них (особливо в державних і комунальних закладах охорони здоров'я); утруднення розвитку багатоканального фінансування медичної галузі.

3. При формуванні об'єднаних територіальних громад в області спостерігається створення нових лікувальних закладів, утримання неспроможних медичних установ та дублювання управлінських функцій. Більшість громад на території утворили відділи охорони здоров'я та центри первинного медико-санітарної допомоги, що зобов'язало їх ще фінансувати адмінперсонал ( це + 10-15 осіб). Громади продовжують утримувати районні (дільничні) лікарні, при цьому не фінансуючи центральні районні лікарні, хоча їх жителі проходять лікування в центральному закладі. При акумуляції

вищезазначених витрат в центральну районну лікарню дозволило б оновити матеріально-технічну базу, забезпечити лікарськими засобами хворих, за допомогою закупівлі нової медичної техніки, покращити діагностичний та лікувальний процес.

4. В Україні, зокрема і в регіоні використовувався постатейний метод оплати медичних послуг, який полягає у виділенні конкретної суми коштів для покриття конкретних статей витрат (заробітна плата медичних працівників, комунальні послуги, капітальні видатки, придбання ліків тощо) упродовж певного періоду часу та практично не враховує обсяг і якість надання медичних послуг населенню.

5. Відсутні технології розрахунку собівартості медичної послуги в державних і комунальних медичних закладах різного рівня у поєднанні з законодавчою неможливістю (Ст. 49 Конституції України) визначення гарантованого державою обов'язкового життєзберігаючого (профілактичний напрям медицини, первинну ланку) та життєзабезпечуючого (невідкладну медичну допомогу, медичну допомогу дітям, людям похилого віку тощо) обсягу медичної допомоги. Це ускладнює економічно обґрунтоване планування розміру бюджетного фінансування державних медичних закладів, а також державний контроль за використанням матеріальних, трудових та грошових ресурсів.

6. Суперечливість статистичних даних і відсутність обліку неофіційних витрат на потреби сфери охорони здоров'я, що створює труднощі з визначенням реальних потреб фінансування на охорону здоров'я.

Отже, реформування системи охорони здоров'я, яка характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю і деформованістю структури медичних послуг, повинне проводитись таким чином, щоб, з одного боку, забезпечити зростаючий попит населення на медичну допомогу, а з іншого – стримувати зростання витрат на охорону здоров'я.

Таким чином, соціально-економічні перетворення в регіоні потребують негайних дієвих кроків у напрямку реформування державного управління фінансування системи охорони здоров'я. Для цього необхідним є виконання ряду заходів:

1. Зміцнення фінансової основи сфери охорони здоров'я: перейти на нову модель фінансування закладів (укладання угод з Національною службою здоров'я) та створити механізм послідовного переходу на багатоканальну (з різних джерел), фінансування якої складалося б з трьох основних джерел: НЦЗУ, обов'язкове та добровільне медичне страхування. Для цього підготувати нормативно-правову базу запровадження бюджетно-страхової медицини в Україні; запровадити з метою збільшення обсягів фінансування сфери охорони здоров'я механізми інноваційного фінансування системи охорони здоров'я (система

взаємообумовлених і взаємопов'язаних за ресурсами, строками і виконавцями заходів, спрямованих на досягнення конкурентних цілей або завдань на пріоритетних напрямках розвитку галузі) шляхом уведення механізму цільового використання акцизних зборів на шкідливі для здоров'я продукти (алкоголь, тютюнові вироби, напої з великим вмістом цукру тощо) та цільового їх використання на забезпечення, наприклад, державної програми «Онкологія».

2. Удосконалення організаційно-правових механізмів діяльності сфери охорони здоров'я, які впливають на фінансовий стан системи охорони здоров'я, зокрема для раціонального використання коштів здійснити заходи в частині підготовки медичних кадрів: забезпечити формування державного замовлення на підготовку фахівців на підставі пропозицій обласних спеціалістів; сформувати механізми контролю за відпрацюванням молодими спеціалістами встановленого трирічного терміну та компенсаторні механізми при його порушенні;

Підсумовуючи викладене, можна констатувати, що на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я основним джерелом фінансування залишаються кошти державного й місцевих бюджетів (первинна ладанка із НЦЗУ), але вони поки не здатні забезпечити її належне функціонування.

***Список використаних джерел:***

1. Медичне страхування 2020. URL: <https://ukr.segodnya.ua/ukraine/s-kazhdogopo-400-grn-v-mesyac-v-ukraine-predlagayut-vvestimedicinskoe-strahovanie-1182586.html>

2. Мельник А.Ф. Розвиток регіональних ринків медичних послуг – виклик для менеджменту закладів охорони здоров'я. *Зб. наук.праць за матеріалами міжнародної науково-практичної конференції «Модернізація менеджменту охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Тернопіль Кам'янець-Подільський. 2018.*

**Катерина БАБІЙ**

Здобувач освітньо-професійної програми  
«Публічне управління та адміністрування»

Науковий керівник – к.е.н., доцент, доцент кафедри менеджменту,  
публічного управління та персоналу ЗУНУ Тамара ПОПОВИЧ

**ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ В ОРГАНАХ  
МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ**

Діяльність органів місцевого самоврядування потребує спеціально підготовлених фахівців. Відповідно, управління персоналом в органах місцевого самоврядування має свою специфіку. Запровадження самої служби в органах