

КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ВОШКО ІННА ВАСИЛІВНА

УДК 351.77:614/618](477)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

25.00.02– Механізми державного управління

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ І. В. Вошко

Науковий керівник – **Попов Сергій Афанасійович**, доктор наук з державного управління, професор

Запоріжжя – 2021

АНОТАЦІЯ

Бошко І. В. Формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я України. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. – Класичний приватний університет, Запоріжжя, Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2021.

Дисертаційна робота присвячена науково-теоретичному обґрунтуванню формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я України і визначенню напрямів удосконалення публічного управління розвитком її основ.

В дисертації актуалізовано значущість державної політики охорони здоров'я в Україні як один із найвагоміших способів забезпечення належного збереження, функціонування і розвитку суспільства; актуального напрямку досліджень в галузі знань «Публічного управління та адміністрування». Наголошено на проблемах медичної реформи в Україні, якими передусім є застарілість чинної державної політики і відсутність нової політики у цій сфері. Цю проблему актуалізують експерти української медичної спільноти. Їх думку підтвердили експертні оцінки: 99,9% респондентів вважає, що реформу стримує відсутність нової політики і стратегічного бачення нової системи охорони здоров'я (92,6% опитаних).

Досліджено державну (публічну) політику як предмет і об'єкт публічного управління. З'ясовано, що політична діяльність забезпечується механізмом управління політикою в країні (галузі, зокрема з охорони здоров'я), який поєднує недержавний і державний механізми. Останній унормований нормативно-правовими засадами. Однак, основи законодавства у сфері охорони здоров'я визначили галузевий механізм, який покладає формування політики на Верховну Раду України.

Аналіз наукових і експертно-аналітичних досліджень виявив сукупність проблем медичної реформи в Україні. Експертним шляхом визначено п'ять найвагоміших проблем, з-поміж яких найактуальнішими також є застарілість чинної державної політики і її невідповідність сучасній методології. Аналіз зарубіжного досвіду засвідчив, що медичні реформи обумовлені зростанням фінансових витрат на охорону здоров'я; потребою посилення її здатності до покращення здоров'я населення. Ці проблеми розв'язано шляхом запровадження низки механізмів. Реалізація реформ виявилася складною з неочікуваними наслідками. Вплинули зовнішні інновації і цінності, економічні і політичні фактори, вид системи управління; політичний статус міністерства охорони здоров'я. Універсальна стратегія реформ відсутня унаслідок суттєвих відмінностей: національних, економічних і історичних; державного устрою, груп впливу. Головними факторами успіху реформ є наявність Стратегій, стратегічних напрямів і пріоритетів, планів, розробка яких виявилися трудомісткою. Темпи реалізації реформ залежали від: наявності політичної волі і якості управління, вибору виду структури системи управління і «вікна можливостей»; досконалості інформаційної інфраструктури, професійної компетентності реформаторів; належної підтримки населення, медичних працівників, політичної еліти і зацікавлених груп.

Запропоновано модель поетапного формування і реалізації засад державної політики охорони здоров'я в Україні, яка заснована на використанні доказової логіки втілення зарубіжного досвіду, форсайт-досліджень, теорії і практики публічного управління реформами і інноваціями, відповідного методичного забезпечення. Досліджено форсайт-методологію і запропоновано модель форсайт-дослідження образів нової системи охорони здоров'я, процесу її втілення і управлінського процесу, ресурсного забезпечення, поля факторів спротиву, видів і способів супроводу, верифікації визначених засад нової державної політики. Визначено стратегічні орієнтири і пріоритети публічного управління її розвитком шляхом використання удосконалених методик формально-логічного аналізу, які засновані на використанні SWOT-аналізу

експертних оцінок, техніки «4Ф» і методу АВС. Визначені пріоритети упорядковано у просторі ознак: «черговість», «механізми забезпечення», «пріоритетні напрями» і «відповідальні суб'єкти». За використанням комплексної методики, яка поєднала три дослідницьких інтерв'ю і інтерв'ю «компетентний експерт» верифіковано нові теоретико-прикладні напрацювання в дисертації. Підтверджено достовірність і новизну цих напрацювань, їх вагомість для розвитку теорії, практики і професійного навчання, поглиблення доказової методології державної політики охорони здоров'я.

Ключові слова: державна політика, охорона здоров'я, публічне управління, реформа, пріоритет, доказова методологія, форсайт.

SUMMARY

Voshko I. V. Formation and implementation of state policy in the field of health care in Ukraine. – On the rights of the manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the candidate of sciences in public administration on a specialty 25.00.02 – mechanisms of public administration. – Classical Private University, Zaporozhe, Classical Private University, Zaporozhe, 2021.

The dissertation is devoted to the scientific and theoretical substantiation of the formation and implementation of the state policy in the field of health care of Ukraine and to the definition of the directions of improvement of the state management of the development of its principles.

The dissertation considers the relevance of the state health policy in Ukraine, which is one of the most important ways to ensure the proper preservation, functioning and development of society; current area of research in the field of knowledge «Public Administration». According to experts of the Ukrainian medical community, the main problems of medical reform in Ukraine are: the obsolescence of the current state policy and the lack of a new state policy in this area. The results of the expert survey show that the reform is constrained by the lack of: a new state

policy (99,9% of respondents) and a strategic vision of the new health care system in Ukraine (92,6%).

The state policy as a subject and object of public administration is studied. It was found that political activity provides policy management mechanism in the country (industries, including health). This mechanism combines non-state and state mechanisms. The latter mechanism is regulated by regulations. However, the foundations of medical legislation also defined the sectoral mechanism by which the formation state policy is referred to the competence of the Verkhovna Rada of Ukraine.

The analysis of scientific and expert-analytical works revealed a number of problems of medical reform in Ukraine. The expert survey identified five most important issues. The first of them is the current obsolescence state health policy; inconsistency with the modern methodology of its development and implementation. These problems caused all the other problems. Foreign experience shows that in the world medical reforms are due to increased financial costs for the health care system; the need to strengthen its ability to improve public health. These problems have been addressed during the reforms through the introduction of a number of mechanisms. The implementation of reforms had difficulties and unexpected consequences. Under the influence of external innovations and values, economic and political factors, such as management system; political status of the Ministry of Health. The content of health reform strategies was different due to significant differences: national, economic and historical; state system, groups of influence. The main factors for the success of reforms are the availability of Strategies, strategic directions, priorities and plans. Their formation took a long time. The pace of implementation of reforms was determined by: the presence of political will and quality of governance, the choice of the type of structure of the governance system and the «window of opportunity»; information infrastructure, professional competence of reformers.

A model of formation and implementation of the principles of state health policy in Ukraine has been developed. It is based on: the logic of the

implementation of foreign experience, research predictions, theory and practice of public administration of reforms and innovations, the appropriate methodological support. Researched prediction methodology and a model of research of predicting images of the new health care system, the process of its implementation and management process, provision of resources, resistance factors, types and methods of support, verification of new principles of state health policy has been developed. The strategic orientations and priorities of the state management of its development by use of advanced methods of the formal-logical analysis are defined. They are based on the use of SWOT-analysis of expert assessments, «4F» technique and ABC method. The identified priorities are organized in the space of features: «priority», «support mechanisms», «priority areas» and «responsible subjects». The method of checking the authenticity of new theoretical and applied developments in the dissertation is used. The methodology combined research interviews and interviews with a «competent expert». The reliability and novelty of new developments, their significance for the development of theory, practice, training and evidence-based methodology of state health policy have been confirmed.

Key words: public policy, health care, public administration, reform, priority, evidence-based methodology, foresight.

СПИСОК ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА

Публікації, що висвітлюють основні наукові результати дисертації

Статті в наукових фахових виданнях України, що включені до міжнародних наукометричних баз даних

1. Вошко І. В. Сучасні засади державної медичної політики: стратегічний підхід. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 326–334.
2. Бакуменко В. Д., Попов С. А., Вошко І. В. Публічна політика, як предмет практичної діяльності суб'єктів публічної влади. *Державне будівництво* : зб. наук. пр. Харків : ХарРІДУ НАДУ, 2020. Вип. 2. URL: <http://db.journal.kharkiv.ua/index.php/db/issue/archive>. *Особистий внесок*

здобувачки: обґрунтовано та структуровано публічну політику як предмет політичної діяльності публічної влади.

3. Попов С., Вошко І. Реформування національних систем охорони здоров'я: актуальні аспекти закордонного досвіду. *Актуальні проблеми державного управління* : зб. наук. пр. ОРІДУ / гол. ред. М. М. Іжа. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2021. Вип. 1 (82). С. 136–141. *Особистий внесок здобувачки: проаналізовано й охарактеризовано зарубіжний досвід реформ національних систем охорони здоров'я.*

4. Вошко І. В. Аналіз державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: проблеми і шляхи їх вирішення. *Право та державне управління*. 2021. № 1. С. 188–195.

5. Бакуменко В. Д., Попов С. А., Вошко І. В. Медична політика держави як об'єкт публічного управління та адміністрування. *Актуальні проблеми державного управління* : зб. наук. пр. Харків : Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2021. № 1 (59). С. 163–172. *Особистий внесок здобувачки: обґрунтовано та структуровано механізм управління державною політикою охорони здоров'я в країні (галузі).*

6. Вошко І. Особливості реформування систем охорони здоров'я в країнах Європи. *Актуальні проблеми державного управління* : зб. наук. пр. ОРІДУ. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2021. Вип. 2 (83). С. 64–68.

Стаття в зарубіжному періодичному науковому виданні

7. Voshko I. Forsite technology in the formation of state medical policy. *KELM (Knowledge, Education, Law, Management)*. 2020. № 7 (35). P. 175–182.

Публікації, що додатково відображають наукові результати дисертації та засвідчують обов'язкову апробацію матеріалів дисертації

Матеріали конференцій

8. Вошко І. В. Публічна політика і політична діяльність суб'єктів публічної влади. *Державне і муніципальне управління: теорія, методологія, практика* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Запоріжжя, 6–7 березня 2020 р. Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. С. 26–28.

9. Попов С. А., Вошко І. В. Щодо визначення навчальних потреб публічних службовців: методологічний підхід. *Публічне управління: традиції, інновації, глобальні тренди* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю (до 25-річчя заснування інституту), 9 жов. 2020 р. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2020. С. 131–132. *Особистий внесок здобувачки: концептуально охарактеризовано сучасний підхід до визначення навчальних потреб публічних службовців.*

10. Вошко І. Країни ЄС: особливості національних систем охорони здоров'я. *Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України* : матеріали 18-ї Регіон. наук.-практ. конф., 13 трав. 2021 р., м. Дніпро / за заг. ред. Л. Л. Прокопенка. Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2021. С. 15–17.

11. Попов С. А., Вошко І. В. Публічне управління реформою системи охорони здоров'я в Україні: проблеми державної політики і шляхи їх розв'язання. *Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи* : зб. статей і тез доповідей за матеріалами VIII Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Кам'янське, 19–20 травня 2021 р.). Дніпро : ДДТУ, 2021. С. 60–62. *Особистий внесок здобувачки: концептуально охарактеризовано проблеми медичної реформи в Україні і шляхи їх вирішення.*

12. Вошко І. В. Державна політика з реформування системи охорони здоров'я в Україні: інструменти реалізації. *Публічне управління в Україні: історія державотворення, виклики та перспективи* : матеріали XII Наук. інтернет-конф. за міжнар. участю для асп. та докт., 28 трав. 2021 р. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2021. С. 10–13.

13. Вошко І. В. Форсайт-дослідження як інструмент формування образу медичної політики держави. *Розвиток публічного управління в Україні* : наук.-практ. конф. за міжнар. уч. (28 травня 2021 р., м. Львів) / за наук. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2021. С. 75–77.

14. Вошко І. В. Державна політика з реформування системи охорони здоров'я в Україні: основне поле проблем. *Публічне управління та*

адміністративний менеджмент: сучасні тренди та перспективи : матеріали Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. Харків : Global Scientific Trends, 2021. С. 33–34.

15. Вошко І. В. Реформи національних систем охорони здоров'я: досвід зарубіжжя для України. *Управління розвитком соціально-економічних систем* : матеріали П'ятої Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. Харків : ХНТУСГ, 2021. С. 55–57.

16. Бакуменко В. Д., Попов С. А., Вошко І. В. Аудит – сучасний інструмент інноваційного розвитку професійного навчання публічних службовців. *Управління розвитком соціально-економічних систем* : матеріали Четвертої Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. Харків : ХНТУСГ, 2020. С. 215–218. *Особистий внесок здобувачки: концептуально розкрито застосування аудиту щодо розвитку професійного навчання публічних службовців.*

17. Вошко І. В. Різноманіття підходів до дослідження медичної політики держави. *Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні* : матеріали VIII Всеукр. наук.-практ. Інтернет-конф. за міжнар. участю, 29 квітня 2021 р. Полтава : Нац. ун-т імені Юрія Кондратюка, 2020. С. 19–21.

18. Попов С. А., Вошко І. В. Механізм управління медичною політикою в просторі України. *Публічне управління XXI століття: погляд у майбутнє* : зб. тез XXI Міжнар. наук. конгресу. Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2021. С. 44–46. doi: 10.34213/mnkongr.2021. *Особистий внесок здобувачки: концептуально охарактеризовано механізм управління державною політикою охорони здоров'я в просторі України.*

Праця, яка додатково відображає наукові результати дисертації

19. Попов С. А., Вошко І. В. Механізми здійснення публічної політики в Україні: аспект надання первинної медичної допомоги : монографія / за заг. ред. С. А. Попова. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2021. 118 с. *Особистий внесок здобувачки: підготовлено вступ, підрозділи 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2.*

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	12
ВСТУП.....	13
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ (ПУБЛІЧНОЇ) ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	21
1.1. Державна (публічна) політика як предмет практичної діяльності публічного управління та адміністрування.....	21
1.2. Державна (публічна) політика як об'єкт публічного управління та адміністрування.....	35
1.3. Аналіз державної політики з реформування системи охорони здоров'я в Україні: проблеми реалізації.....	49
Висновки до першого розділу.....	69
РОЗДІЛ 2. РОЗВИТОК МЕТОДОЛОГІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	73
2.1. Зарубіжний досвід реформування національних систем охорони здоров'я.....	73
2.2. Методологія формування і реалізації доказової державної (публічної) політики охорони здоров'я.....	94
2.3. Форсайт-технологія як інструмент доказової державної (публічної) політики охорони здоров'я.....	117
Висновки до другого розділу.....	130
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАСАД ДОКАЗОВОЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	133
3.1. Стратегічні орієнтири публічного управління розвитком засад доказової державної політики охорони здоров'я.....	133
3.2. Пріоритетні напрями удосконалення публічного управління розвитком засад державної політики охорони здоров'я.....	151

3.3. Верифікація нових теоретико-прикладних напрацювань	
у дисертаційному дослідженні	169
Висновки до третього розділу	184
ВИСНОВКИ.....	186
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	191
ДОДАТКИ.....	222

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ВРУ	– Верховна Рада України
Д(П)П	– Державна (публічна) політика
Д(П)ПОЗ	– Державна (публічна) політика охорони здоров'я
ДДП	– Доказова державна політика
ДП	– Державна програма
ДУ	– Державне управління
ЄС	– Європейський Союз
ЗДП	– Загальнодержавна програма
ЗУ	– Закон України
КМУ	– Кабінет Міністрів України
МД	– Медична допомога
Механізм управління Д(П)П	– Механізм управління державною (публічною) політикою у просторі держави
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я України
НСОЗ	– Національна система охорони здоров'я
ОВВ	– Органи виконавчої влади
ППР	– Політико-правові рішення
ПУ	– Публічне управління
ПУА	– Публічне управління та адміністрування
СНД	– Союз Незалежних Держав
СОГЗ	– Система охорони громадського здоров'я
СОЗ	– Система охорони здоров'я
ФД	– Форсайт-дослідження
ФМ	– Форсайт-методологія
ФТ	– Форсайт-технологія
ЦСЄ	– Центральна та Східна Європа

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Упродовж останнього десятиліття активізувався процес реалізації реформи системи охорони здоров'я в Україні. Зокрема, частково запроваджено механізми забезпечення її реорганізації й належного функціонування. На актуальності цієї реформи наголошено в низці стратегічних політико-правових рішень, зокрема в: Указах Президента України «Про Стратегію сталого розвитку “Україна – 2020”» (2015 р.), «Про невідкладні заходи з проведення реформ та зміцнення держави» (2019 р.) і «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України “Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою”» (2021 р.). У рішенні зазначено, що реформа системи охорони здоров'я здійснюється переважно безсистемно й охоплює лише фінансову складову; організаційно-правове забезпечення функціонування державних і комунальних медичних закладів є недосконалим; тарифи медичних послуг не відповідають реальним витратам, ресурсне забезпечення і належна кадрова Стратегія відсутні. Указ Президента України від 18.08.2021 № 369/2021 щодо введення в дію зазначеного рішення РНБО зобов'язує Кабінет Міністрів України розробити й затвердити до 01.12.2021 Стратегічний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 р., тобто сформувати нову державну політику в цій сфері.

На нагальності розробки нової державної політики охорони здоров'я наголошують також експерти української медичної спільноти, які зазначають, що: за 30 років незалежності України не сформульовано й законодавчо не закріплено її принципи, мету, цілі та цінності; медична реформа здійснюється із затримкою від більшості країн СНД майже на 20 років; система охорони здоров'я перебуває в глибокій кризі. Спроба унормувати законопроект «Про

засади державної політики охорони здоров'я», ініційований групою народних депутатів України у 2015–2019 рр., виявилася невдалою.

Різні аспекти державної політики охорони здоров'я досліджують українські вчені: М. Білинська, В. Карамішев, Я. Радиш розкрили провідні засади державної політики охорони здоров'я; Т. Ткачова аналізує напрями реформи цієї політики, зокрема в аспекті національної безпеки; А. Барзилович, М. Заярський, І. Кринична, Л. Крячкова, В. Лехан, З. Надюк, Ю. Сенюк, Г. Слабкий, М. Шевченко обґрунтовують необхідність і особливості реалізації вітчизняної медичної реформи, концепцію безперервного вдосконалення системи охорони здоров'я; Л. Бондарева, Д. Гайдаш, Н. Карпишин, Т. Камінська, В. Лазоришинець, А. Паршикова, К. Руських, А. Тітова, О. Яремчук аналізують зарубіжні моделі надання медичної допомоги і їх фінансування, досвід реформ національних систем охорони здоров'я, зокрема її первинної ланки. Цінними є праці зарубіжних дослідників, зокрема Х. Огата, М. Олещик, В. Річел, Р. Салтмана і Дж. Фігейраса, які характеризують надання медичної допомоги в Японії, зарубіжний досвід медичних реформ у Центральній і Східній Європі, Центральній Азії. Напрацювання цих та інших авторів постали теоретико-методологічною базою розвитку засад державної політики охорони здоров'я. Проте, наразі потребує розв'язання сукупність проблем її формування й реалізації, зокрема шляхом визначення головних недосконалостей, запровадження доказової та форсайт-методологій. Це й зумовило вибір теми, мету та завдання дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертацію виконано в межах науково-дослідних робіт Класичного приватного університету «Теоретико-методологічні та філософсько-історичні основи розвитку й перспективи реформування державного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0113U000589) й Одеського регіонального інституту державного управління НАДУ при Президентіві України «Практичні аспекти механізмів реалізації соціально-гуманітарної політики в Україні: регіональний вимір» (номер державної реєстрації 0102U102492). Внесок

здобувачки полягає в розкритті особливостей формування й реалізації державної політики охорони здоров'я та професійного навчання управлінських кадрів у цій сфері.

Мета й завдання дослідження. *Метою дослідження є науково-теоретичне обґрунтування формування та реалізації засад державної політики у сфері охорони здоров'я України.*

Для досягнення зазначеної мети поставлено такі *завдання*:

– охарактеризувати державну (публічну) політику як предмет і об'єкт публічного управління та адміністрування;

– проаналізувати й систематизувати проблемне поле державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні;

– дослідити зарубіжний досвід реалізації державної політики реформування національних систем охорони здоров'я;

– обґрунтувати й розробити модель формування та реалізації державної політики охорони здоров'я в Україні на засадах доказової методології;

– проаналізувати засади форсайт-методології й розробити концептуальну модель форсайт-технології як доказового інструменту у формуванні та реалізації державної політики охорони здоров'я;

– визначити стратегічні орієнтири та пріоритетні напрями вдосконалення публічного управління розвитком засад державної політики охорони здоров'я в Україні;

– верифікувати нові наукові результати дисертації щодо формування й реалізації державної політики охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – державна політика у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження – формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я України.

Методи дослідження. У ході дослідження використано загальнонаукові та спеціальні методи, зокрема: *декомпозиції* – для розкриття мети й визначення завдань дослідження; *абстрактно-логічний, аналізу та синтезу* – для аналізу літературних джерел та офіційних документів, теоретичних

узагальнень, формування поля проблем і висновків; *ретроспективного аналізу* – для вивчення процесу становлення й розвитку засад державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні та за кордоном; *системно-структурного моделювання* – для структурування державного механізму формування й реалізації державної політики, а також розробки моделей цього процесу в аспектах державної політики охорони здоров'я, доказової та форсайт-методологій; *експертних оцінок* (опитування й інтерв'ю) – для виявлення основних проблем медичної реформи, зовнішніх і внутрішніх факторів, верифікації теоретико-прикладних напрацювань у дисертації; *формально-логічного аналізу* – для визначення стратегічних орієнтирів і пріоритетів публічного управління розвитком засад державної політики охорони здоров'я.

Інформаційною базою дослідження є нормативно-правові акти Верховної Ради України, Президента України, Кабінету Міністрів України щодо формування й реалізації державної політики, зокрема в аспекті охорони здоров'я; наукові публікації українських і зарубіжних учених щодо формування й реалізації державної політики охорони здоров'я в Україні та за кордоном, а також щодо доказової й форсайт-методологій; методичні матеріали щодо проведення формально-логічного аналізу та експертних досліджень.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в науково-теоретичному обґрунтуванні та визначенні пріоритетних напрямів удосконалення публічного управління розвитком засад формування й реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я України, зокрема:

вперше:

– запропоновано модель формування й реалізації доказової державної політики охорони здоров'я в Україні, яка відображає логіку впровадження запозичених соціальних нововведень і забезпечує: *напершому етапі* – підготовку й розробку загальних і секторальних засад реалізації цієї політики, спираючись на вітчизняний і зарубіжний досвід реформ національних систем охорони здоров'я; новочасні теоретико-прикладні напрацювання в галузі

публічного управління щодо впровадження реформ й інновацій, використання форсайт-технології, зокрема для розробки стратегічного бачення нової національної системи охорони здоров'я в Україні; визначення пріоритетних напрямів і заходів, процесів реалізації політики держави; *на другому етапі* – законодавче унормування загальних і секторальних засад державної політики охорони здоров'я шляхом використання державного механізму прийняття стратегічних політико-правових рішень; *на третьому етапі* – реалізацію секторальних політик у медичній галузі (згідно із черговістю попередньо визначених етапів реформи), моніторинг і оцінювання їх здійснення;

удосконалено:

– підхід до побудови концептуальних моделей – форсайт-технології в аспекті державної політики охорони здоров'я, яка реалізує функції «креативність», «експертиза», «взаємодія» й «достовірність»; форсайт-дослідження, етапи якого спрямовані на розробку стратегічного бачення нової національної системи охорони здоров'я, процесу її впровадження, системи управління, обсягу і якості ресурсного забезпечення, виявлення поля факторів спротиву, видів та способів супроводу формування й реалізації цієї політики та завершується верифікацією результатів форсайт-дослідження; сформульовано поняття «форсайт медичної галузі»;

– методичні підходи до визначення стратегічних орієнтирів і пріоритетів публічного управління розвитком засад доказової державної політики охорони здоров'я, які засновані на формально-логічному аналізі експертних оцінок у просторі SWOT-матриці для визначення й упорядкування орієнтирів та пріоритетів за допомогою техніки «4Ф», а також у межах відповідної матриці пріоритети систематизовано за ознаками: «черговість», «механізми забезпечення», «пріоритетні напрями» й «суб'єкти відповідальності»;

– методику верифікації нових теоретико-прикладних напрацювань у дисертації, яка ґрунтується на застосуванні дослідницьких інтерв'ю й інтерв'ю «компетентний експерт» із залученням експертів, науковців і керівників органів

охорони здоров'я регіонального й місцевого рівнів, які є безпосередніми учасниками проведення медичної реформи в Україні;

набули подальшого розвитку:

– підхід до розуміння політичної діяльності в публічному управлінні, яка є загальною для всіх сфер внутрішньої політики, у тому числі в аспекті охорони здоров'я; цю діяльність структуровано й охарактеризовано за основними ознаками («політичні суб'єкти», «діяльність», «відносини» й «культура») та як відкриту систему, яка поєднує взаємопов'язані головні складові (політичний і управлінський процеси, ресурси), провідні види й способи їх супроводу, зовнішнє оточення; сформульовано поняття «політична діяльність у публічному управлінні охороною здоров'я»; розкрито сутність прикметника «публічний» у словосполученні «публічна політика охорони здоров'я»;

– розуміння механізму управління державною політикою в медичній галузі та державного механізму формування й реалізації державної політики охорони здоров'я, основними складовими якого є механізми державного управління, суб'єкти, види та сфери політик, принципи, пріоритети, завдання, компетенції, повноваження, регламент, положення й методологія, які безпосередньо визначають засади формування та реалізації державної політики охорони здоров'я як складової внутрішньої політики;

– теперішнє поле проблем формування й реалізації державної політики охорони здоров'я, основними з яких (у міру зменшення рейтингу експертних оцінок) є недоліки в чинній політиці в цій сфері, інструментальному забезпеченні медичної реформи; професійній компетентності менеджерів і публічних службовців; галузевому механізмі державного управління формуванням державної політики охорони здоров'я, засади якого суперечать загальнодержавному механізму;

– узагальнення зарубіжного досвіду медичних реформ, зокрема з'ясовано, що: вони зумовлені проблемами зростання фінансових витрат на медичну допомогу й спроможності систем охорони здоров'я до покращення

здоров'я населення; їх розв'язання здійснювалося шляхом виокремлення основних видів медичної допомоги, запровадження механізмів децентралізації, підвищення ефективності управління медичними закладами і якості надання медичних послуг, забезпечення ощадливості й раціонального розподілу ресурсів; визначальними в реформах були соціальна, політична та економічна готовність країни до реформи, обрана система управління реформою (централізована, децентралізована); належно розроблена стратегія реформ, а також сприятливі «вікно можливостей», політичний статус Міністерства охорони здоров'я, соціальний і політико-адміністративний консенсус щодо проведення реформи.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що висновки й пропозиції авторки можуть бути використані для підготовки, узгодження та реалізації стратегічних політико-правових рішень з удосконалення державної політики охорони здоров'я на загальнодержавному й регіональному рівнях. Результати дослідження використано в діяльності Запорізької обласної ради (довідка про впровадження від 18.01.2021 № 01-38/0016) та Виконавчим комітетом Запорізької міської ради (довідка про впровадження від 16.09.2020 № 020/016). Теоретичні положення дисертації використано в навчальному процесі Класичного приватного університету при розробці та викладанні навчальних дисциплін: «Державне управління», «Публічна політика і управління» (довідка про впровадження від 09.03.2021 № 51).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є одноосібно виконаною працею, в якій викладено авторський підхід до теоретико-прикладних положень та практичні напрями вдосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я. З наукових праць, опублікованих у співавторстві, у дисертації використано лише ті ідеї та положення, які одержані авторкою особисто.

Апробація результатів дисертації. Основні результати дослідження доповідались та обговорювались на міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференціях: «Управління розвитком соціально-економічних

систем» (м. Харків, 2020 р.); «Публічне управління: традиції, інновації, глобальні тренди» (м. Одеса, 2020 р.); «Державне і муніципальне управління: теорія, методологія, практика» (м. Запоріжжя, 2020 р.); «Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні» (м. Полтава, 2021 р.); «Розвиток публічного управління в Україні» (м. Львів, 2021 р.); «Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи» (м. Кам'янське, 2021 р.); «Публічне управління в Україні: історія державотворення, виклики та перспективи» (м. Одеса, 2021 р.); «Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України» (м. Дніпро, 2021 р.); «Публічне управління XXI століття: погляд у майбутнє» (м. Харків, 2021 р.); «Управління розвитком соціально-економічних систем» (м. Харків, 2021 р.); «Публічне управління та адміністративний менеджмент: сучасні тренди та перспективи» (м. Харків, 2021 р.).

Публікації. Результати дослідження викладено у 19 наукових працях, з них: 6 – статті в наукових фахових виданнях України, що включені до міжнародних наукометричних баз даних, 1 – стаття в зарубіжному періодичному науковому виданні (Польща), 11 – матеріали конференцій, 1 – колективна монографія. Загальний обсяг публікацій – 9,23 д. а.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається з анотацій, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та п'яти додатків. Загальний обсяг дисертації становить 267 сторінок, з них основний текст – 172 сторінки. Робота містить 16 рисунків, 37 таблиць. Список використаних джерел включає 260 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ (ПУБЛІЧНОЇ) ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Сучасний етап реалізації Державної (публічної) політики охорони здоров'я в Україні (далі – Д(П)ПОЗ) характеризується наявністю певних здобутків, збагаченням реформаторського досвіду. Водночас реальність демонструє стриману успішність реформи системи охорони здоров'я (далі – СОЗ). Наявне поле проблем зумовлює її відставання майже на 20 років від медичних реформ у країнах СНД. Експерти «Української медичної експертної спільноти» (11.03.2021) стверджують, що за 30 років незалежності України *не сформульовано й законодавчо не закріплено принципи, мету, цілі та цінності державної політики охорони здоров'я. СОЗ дезорієнтована й перебуває в глибокій кризі* [176]. Разом з тим, реформу СОЗ постійно актуалізують політики, державники, науковці, експерти, медичні працівники, громадськість, зацікавлені особи. Вона залишається стратегічним і невідкладним пріоритетом зміцненні нашої держави. Належне формування й реалізація Д(П)ПОЗ є її однією з невід'ємних функцій і завдань, спрямованих на забезпечення належного збереження, функціонування й розвитку вітчизняного суспільства [7]. Виходячи із зазначеного, проаналізуємо Д(П)ПОЗ як предметі об'єкт публічного управління та адміністрування (далі – ПУА), виявимо основні проблеми реалізації державної політики з реформування вітчизняної СОЗ.

1.1. Державна (публічна) політика як предмет практичної діяльності публічного управління та адміністрування

Чинні конституційні й нормативно-правові засади сформували механізм управління державною (публічною) політикою в Україні. Новочасне зростання

ролі державного управління (далі – ДУ) у суспільстві, процеси його демократизації актуалізують теоретико-прикладний дискурс щодо розуміння новацій уДУ. Зокрема, посиленостратегічну спроможність [49] шляхом його реформування як головного суб'єкта публічної політики. Основне завдання цього підрозділу полягає в з'ясуванні сутності предмета політичної діяльності в ПУА, визначенні основних ознак поняття «публічна політика». Розуміння державної (публічної) політики (у т. ч. Д(П)ПОЗ) як предмета практичної діяльності ПУА передусім засновано на усвідомленні сутності характеристик *політики* як соціального явища і ознак категорії «політика» [8; 30]. Використання цієї категорії в теорії і практиці започатковано Аристотелем (384–322 рр. до н. е.) [3]. Зміни конкретно-історичних домінант у суспільстві, актуальність політичної діяльності зумовили еволюцію ознаккатегорії «політика», яка наповнила її новим змістом у античну добу, часи Середньовіччя, Відродження й Нового часу [23]. Предмет політики привернув увагу гуманітарних і соціально-політичних наук, у т. ч. філософії, політології, соціології, ДУ і ПУА. Політику досліджували М. Вебер, Н. Макіавеллі, В. Парето, К. Маркс. Вони пов'язували політику з прагненням особи до влади або впливу на неї; джерелом сили, директивного примусу. Ці дослідники виокремили такі функції політики: управління, підтримання порядку, збереження стабільності в соціумі, авторитарний розподіл цінностей тощо. Т. Парсонс, Д. Істон, Г. Алмонд [6] та інші визначили функцію управління першорядною в політиці.

У період утвердження терміна «політика» в ДУ, а потім і в ПУА, у науково-практичному дискурсі спостерігався відтінок ознак поняття «політика», запозичених з розуміння політичної діяльності в галузі політології. Нині формується уявлення про предмет політики й політичної діяльності в аспекті його особливостей угалузі ПУА. Це забезпечить виокремлене розуміння політики в галузях політології та ПУА. Аналогічна проблема в англійській літературі вирішена шляхом запровадження двох відмінних понять, які окремо характеризують розуміння політики в зазначених галузях. Це можна зробити

шляхом з'ясування особливостей предметів політичних діяльностей у галузях політології та ПУА. Відомими є вітчизняні напрацювання з політології, зокрема В. Бебика, О. Бабікіної, О. Воронянського, В. Горбатенко, Л. Димитрової, С. Кисельова, Т. Кулішенко, О. Рафальського, І. Скубія, М. Юрія. У монографії В. Бебика [11, с. 94–95] зазначено, що термін «політика» характеризує: 1) сферу й вид людської практичної діяльності (дії парламенту, уряду, інших структур політичної влади), спрямованої на участь у державному управлінні шляхом впливу на нього або на державну владу; 2) цілеспрямований спосіб діяльності окремих інститутів або осіб з метою реалізації певних пріоритетних цілей або інструментів їх досягнення.

До *об'єктів політики* він зараховує:

– життєво важливі суспільні відносини (щодо власності, влади, морально-етичних норм) як для окремих соціальних груп, так і для всього суспільства загалом;

– відносини між соціальними групами й державними інституціями в аспекті застосування форм і методів реалізації економічної, суспільної, соціальної політики тощо.

До *суб'єктів політики* В. Бебик [11, с. 97–101] відносить особистість, організацію або соціальну групу, які спроможні продукувати політику й ініціювати істотні зміни в зазначених вище відносинах. Він розкриває класифікацію суб'єктів політики, у якій до цих суб'єктів (за ознакою «ступінь і міра організованості») зараховує: *державні організації та інституції; громадсько-політичні організації, об'єднання, рухи; політичні блоки, фракції, угруповання*. Цей дослідник формулює узагальнене поняття «політика» – *участь суб'єктів політики у справах держави й громадянського суспільства у формі політичної діяльності та реалізація цієї участі через застосування конкретних політичних технологій, механізмів, форм і методів здійснення політичної влади*.

О. Воронянський, Т. Кулішенко, І. Скубій [26, с. 139–146] також розглядають політичну діяльність як особливу сферу суспільної діяльності,

яка охоплює політичне життя всього суспільства: точніше його політичну сферу. Вони зазначають, що в широкому розумінні ця діяльність поєднує: мету та програму діяльності; сукупність дій з реалізації соціально-політичних відносин; суб'єктів і об'єкти, їх відносини, мотиви та способи впливу перших на других; результати, а також контроль за процесом їх досягнення. Основу цієї діяльності становить політичний процес, який структуровано за 4 етапами. Один з них – прийняття й виконання політико-управлінських рішень. Тобто предметом діяльності і її політичного процесу є формування й реалізація цих рішень.

Аналіз напрацювань В. Бебика, О. Воронянського, Т. Кулішенко, І. Скубія свідчить, що в галузі політології політична діяльність розглядається узагальнено для всіх суб'єктів політики. Вона є окремим видом людської діяльності, яка притаманна кожному із суб'єктів політики, у т. ч. державним інституціям, і в цілому належить до політичної сфери суспільства. Її предметом є продукування й реалізація політико-управлінських рішень за використанням відповідної методології. Рушійною силою до дії суб'єктів політики є інтереси різних соціальних груп, які засновані на їх потребах (економічних, соціальних, культурних та інших). Прагнення їх задовольнити забезпечується шляхом впливу на форми політичної влади, конкретні напрями й методи її діяльності безпосередньо або через політичні партії, суспільні організації та рухи. Зусилля кожного суб'єкта політики мають втілюватися в стратегічні, суспільно значущі політико-управлінські рішення.

Використовуючи ці судження, розмежуємо предмети діяльності суб'єктів політики у вимірі типових сфер суспільства (рис. 1.1). Великий тлумачний словник сучасної української мови [20, с. 1043] трактує поняття «політика» як *загальний напрям, характер діяльності держави, певного класу або політичної партії*. Виходячи із цього, політичну сферу представимо двома основними, відносно самостійними політичними середовищами. Для цього в політичній сфері суспільства виокремимо:

– «владне» політичне середовище, яке поєднує політичних суб'єктів державної (публічної) влади;

– «громадське» політичне середовище, утворене різноманіттям суб'єктів політики громадянського суспільства (політичними партіями, суспільно-політичними й громадськими об'єднаннями, соціальними рухами, професійними групами та об'єднаннями тощо).

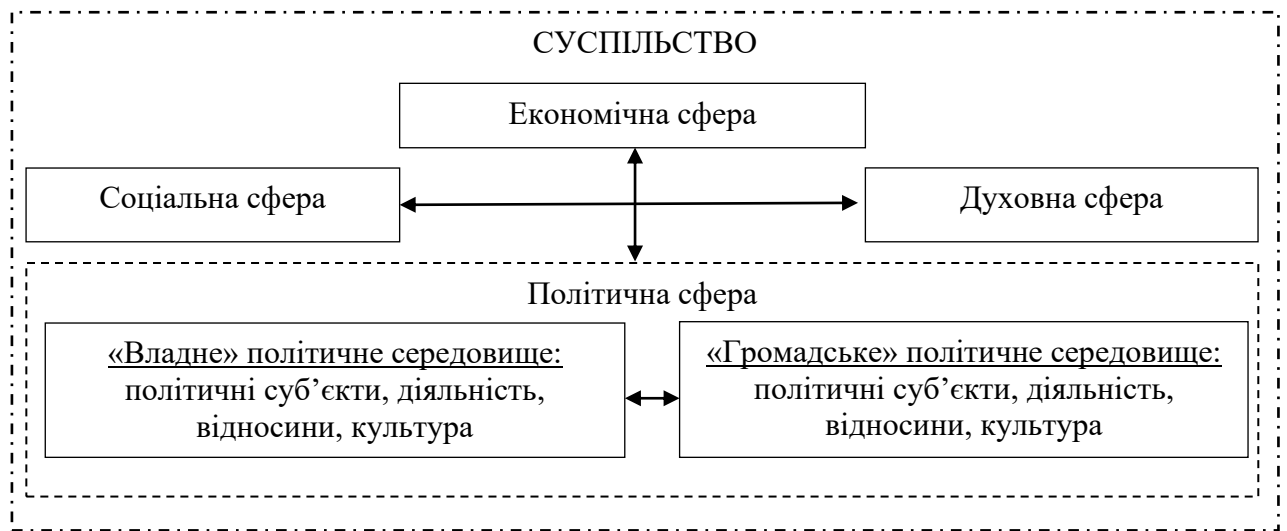


Рис. 1.1. Типові складові суспільства(складено авторкою)

«Владне» і «громадське» середовища охарактеризуємо затакими ознаками: політичні суб'єкти, діяльність, відносини й культура. Відмінності цих середовищ зумовлені особливостями прояву їх ознак. Загальним для них є те, що: кожне із середовищ поєднує відносно однорідних суб'єктів; їх політична діяльність є відкритою системою; владування впливом на великі суспільні групи. «Громадське» середовище продукує власні політичні рішення (програми), завдяки яким мобілізує частину суспільства шляхом цілеспрямованої їх популяризації, прагнення впливати на політичний курс публічної влади. Політичну діяльність цього середовища, зокрема щодо політичної партії, унормовано Законом України «Про політичні партії в Україні» [161]. У ст. 2 цього Закону визначено, що політична партія об'єднує прихильників певної загальнонаціональної програми суспільного розвитку,

яка виражає їх політичну волю і повинна: мати (ст. 7) програму (політичне рішення), у якій викладено цілі і завдання партії і шляхи їх досягнення; (ст. 12) вносити до органів публічної влади пропозиції, які є обов'язковими для розгляду відповідними органами влади в установленому порядку.

Особливостями «владного» середовища є те, що діяльність владних суб'єктів політики також регламентована офіційно унормованими нормативно-правовими засадами, які в основному викладені в Конституції України, Законах України «Про засади внутрішньої зовнішньої політики» і «Про Кабінет Міністрів України» [81;145; 157]. Ці засади визначили суб'єкти політики їх повноваженнями з вироблення, прийняття й реалізації політико-правових рішень (за обов'язковою участю громадськості), які мають вплив на увесь простір вітчизняного суспільства.

«Владне» і «громадське» середовища характеризуються унормованими відносинами передусім між їх внутрішніми суб'єктами і їх взаємодією із зовнішніми суб'єктами. Політична культура є загальносуспільним явищем і формується під впливом потреб та інтересів окремих груп суспільства. «Владна» культура формується домінантними загальносуспільними цінностями, потребами й інтересами щодо збереження, функціонування та розвитку суспільства шляхом здійснення політики держави.

Більш поглиблене уявлення про державну (публічну) політику як предмет практичної діяльності ПУА розкривають класична й системно-діяльнісна моделі [137, с. 69–78]. Перша розкриває діяльність через мету, процеси, інструменти та результати. У загальних рисах мета «владної» і «громадської» діяльності збігаються. Мета спрямована на пошук і продукування політичного рішення, яке забезпечує досягнення можливого, узгоджує компроміси, бажане й об'єктивно досяжне. Процеси, інструменти та результати цих діяльностей відмінні. Зокрема, «владним» результатом є офіційно унормовані (концепція, стратегія, програма тощо), спрямовані на збереження, функціонування й розвиток суспільства загалом (окремих його сфер). Предметом політичного процесу є вироблення та виконання

стратегічних політико-правових рішень. Ці рішення є обов'язковими для виконання всіма суб'єктами суспільства. Рішеннями «громадських» суб'єктів політики є програми політичної партії, які торкаються мобілізованої ними певної частини суспільства та які дотримуються обраного політичного вектора.

Дослідження нормативно-правових засад свідчить, що політична діяльність ПУА в різних видах політик держави є уніфікованою. Виходячи із цього й застосовуючим метод системно-діяльнісного моделювання [8], державну (публічну) політику як предмет практичної діяльності ПУА у сфері охорони здоров'я можна подати як відкриту систему, що розширить уявлення про цей вид діяльності (рис. 1.2).

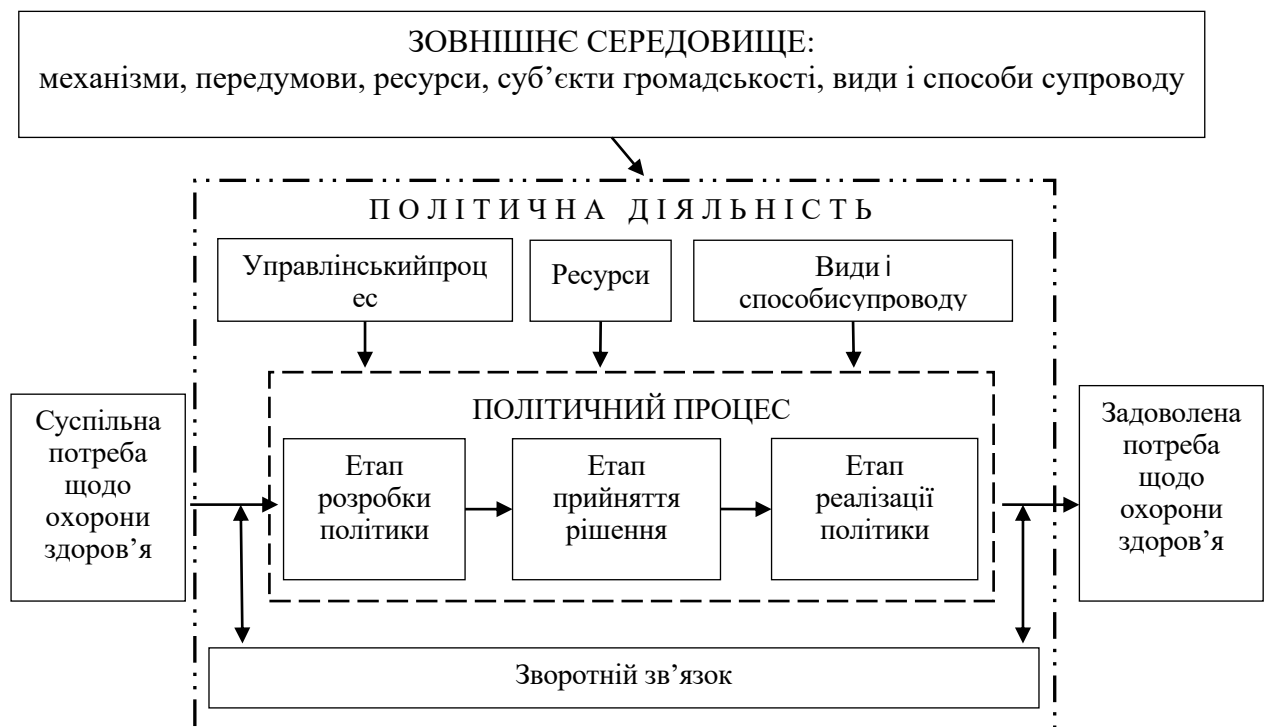


Рис. 1.2. Складові політичної діяльності ПУА у сфері охорони здоров'я
(складено авторкою)

У цьому випадку відкрита система поєднує головні взаємопов'язані складові політичної діяльності ПУА охороною здоров'я (політичний і управлінський процеси, ресурси), провідні види й способи їх супроводу,

зовнішнє оточення. Політичний процес (рис. 1.3) є технологією, предмет якої заснований на взаємозв'язку між суспільною потребою в галузі охорони здоров'я і її задоволенням шляхом поетапного вироблення й реалізації державної (публічної) політики (стратегічного політико-правового рішення) з використанням відповідних інструментів ПУА.



Рис. 1.3. Типова модель політичного процесу (складено авторкою)

Управлінський процес і ресурси (рис. 1.2) є супровідними щодо політичного процесу. Управлінський процес формує рішення, головна мета якого спрямована на отримання вихідного продукту-рішення, досягнення основного результату політичного процесу. Оскільки державна (публічна) політика охорони здоров'я торкається масштабних і довгострокових перетворень у медичній галузі, які зумовляють різноманіття невизначеностей, то найімовірніше управлінський процес має бути заснований на методології стратегічного менеджменту. Ступінь готовності ресурсів (рис. 1.2) має вирішальне значення для успішного здійснення цієї державної (публічної) політики. Основними з них є:

– *кадрові ресурси*, які володіють необхідними професійними компетентностями, підготовлені державні менеджери «проривного характеру», керівництво публічної служби у сфері охорони здоров'я з розвинутим стратегічним мисленням і реформаторськими компетентностями;

– *матеріальні ресурси*, якими є необхідне обладнання, матеріали, приміщення тощо;

– *інформаційно-інтелектуальні ресурси*, якими є науково-прикладні джерела, монографії, науково-методичні рекомендації, нормативно-правові настанови, статистичні дані, аналітичні огляди кращого світового досвіду зі здійснення державної (публічної) політики, методичне забезпечення тощо; запозичені корисні моделі, програмні продукти, бази даних, раціональні пропозиції, власні завершені й незавершені розробки тощо;

– *фінансові ресурси*, які включають бюджети всіх рівнів у державі, фінанси міжнародної технічної допомоги, інші законодавчо не заборонені джерела.

Важливими ресурсами є «можливості», передусім це необхідні внутрішні передумови: попередній і поточний досвід успішного здійснення державної (публічної) політики охорони здоров'я; перспективні й цінні напрацювання для майбутнього; мотиваційний механізм активізації потенційних фахівців зі здійснення державної (публічної) політики охорони здоров'я; сформована політична та реформаторська культура в ПУА у сфері охорони здоров'я, його відкритість до змін, достатня кількість активних публічних службовців, керівників медичних закладів, реформаторів з відповідною ментальністю й швидким сприйняттям ідей, наявність належної політико-орієнтованої комунікації, інформаційно-інфраструктурної підтримки. Види та способи супроводу (рис. 1.2) забезпечують належне здійснення: навчання, досліджень і комунікації; методологічного та технологічного забезпечення, політичної культури. Зворотний зв'язок (рис. 1.2) виконує двояку функцію: по-перше, постає зворотною інформацією («практика → потреби») про наслідки впровадження державної (публічної) політики й нові потреби суспільного розвитку: спрацьовує закон – задоволення наявних потреб породжує нові потреби; по-друге, цей зв'язок здійснює функцію контролінгу, спрямований не тільки на констатацію фактів,

а й на їх аналіз, пошук резервів і консультування щодо досягнення цілей державної (публічної) політики, запобігання можливим упущенням.

Започаткуванню політичного процесу має передувати наявність зовнішніх передумов щодо (рис. 1.2): політичної волі до задоволення суспільної потреби; ресурсів, видів і способів супроводу в обсязі та якості, достатніх для компенсації їх внутрішньої нестачі; сформованої культури, мотиваційного механізму, сприятливого соціально-психологічного клімату; достатньої кількості активних суб'єктів, спроможних до конструктивної участі в політичному процесі.

Механізми формування й реалізації державної (публічної) політики охорони здоров'я (рис. 1.2) є обов'язковою зовнішньою передумовою для забезпечення унормованого та належного функціонування політичної діяльності, заснованої на: конституційних і базових нормативно-правових засадах, активній та дієвій участі механізмів державного управління, які поєднують політичних суб'єктів уряду, і відповідній методології.

Наведені вище судження дозволяють сформулювати поняття *«політична діяльність у публічному управлінні сферою охорони здоров'я»* – це відкрита система, яка є складовою державного механізму публічної політики й поєднує політичний та управлінський процеси, їх ресурсне забезпечення, а також зовнішні ресурси, види й способи супроводу та участь громадськості.

Конституція України визначила основними суб'єктами політики держави Верховну Раду України (єдиний орган законодавчої влади, у т. ч. з унормування засад політики, законодавчого затвердження загальнодержавних програм), органи державної влади та органи місцевого самоврядування. Головним суб'єктом здійснення політики держави визначено Кабінет Міністрів України (далі – вищий орган у системі органів виконавчої влади), а ключовим актором її формування й реалізації встановлено міністерство. У випадку Д(П)ПОЗ таким актором є Міністерство охорони здоров'я України.

Окрім зазначеного вище, важливо охарактеризувати розуміння понять «державна політика», «публічна політика», а також розглянути прикметник «публічний». Загалом категорія «політика» широко використовується у 8-томній Енциклопедії державного управління і Термінологічному словнику публічного управління: у більше ніж 100 і 420 словосполученнях відповідно. Різні аспекти публічної політики розглядають В. Абрамов, Є. Гордієнко, В. Карлова, О. Жадан, Д. Клиновий, О. Кілієвич, Т. Лукіна, А. Надточний, С. Овчаренко, В. Скуратівський, О. Соколова, Н. Статівка, С. Телешун, В. Тертичка, Я. Чернятевич, Н. Ярош та ін. [170, с. 138–141; 56, с. 546; 57, с. 630; 58, с. 523; 59, с. 33; 60, с. 65; 61, с. 329; 62, с. 665; 63, с. 484], Н. Колісніченко [79], О. Пухкал, О. Гомоляко [171], О. Чальцева [223, 224], Ю. Ковбасюк, К. Ващенко, Ю. Сурмін та ін. [47], В. Бакуменко, О. Красноручський та ін. [169, с. 121–159]; С. Бондар, В. Горник, С. Кравченко, В. Кравченко [15]; Е. Афонін, Я. Бережний, О. Валевський та ін. [4], А. Чемерис [175] та ін.

У контексті цього дослідження цінними є теоретико-прикладні напрацювання:

– М. Білинської, Я. Радиша та ін. [45], які розкривають теоретико-методологічні засади державної політики України у сфері охорони здоров'я;

– Ю. Ковбасюка, К. Ващенко, Ю. Сурміна та ін. [47], які висвітлили актуальні питання теорії, змісту й методології державної політики, а також шляхи вдосконалення її практики;

– В. Сухенко [198], який аналізує концептуальні підходи в дослідженні політики та управління у вітчизняній і зарубіжній науці;

– С. Телешуна, С. Ситник, І. Рейтерович [199] характеризують сутність публічної політики шляхом розкриття контексту політики та публічного управління.

У контексті цього дослідження привертають увагу напрацювання Н. Колісніченко, О. Чальцевої, які більш докладно розкривають сутність соціально-політичного феномену «публічної політики».

Посилення у кінці ХХ ст. ролі державного управління в суспільстві, процесів його демократизації зумовили утвердження поняття «державна політика». Новочасним є поняття «публічна політика», яке поступово утверджується в галузі знань «публічне управління та адміністрування». Термінологічний словник ПУА [170] узагальнено трактує поняття «політика» – *як курс або систему цілей, заходів, засобів і узгоджених дій; певним чином скеровану діяльність для досягнення цілей у певній сфері або галузі*. Цьому поняттю притаманна полісемія, слабка пристосованість до ПУА унаслідок його іншомовного походження, багатоваріантного перекладу, запозичення його основних ознак з інших галузей знань. В англomовній літературі ця проблема розв’язана шляхом застосування двох понять «politics» і «policy» [125]. Перше поняття належить до предмета політології й розуміється як *середовище взаємодії політичних суб’єктів громадськості з метою пошуку компромісів для:*

- досягнення, утримання й реалізації влади індивідами й соціальними групами для здійснення власних запитів і потреб;
- використання інститутів публічної влади для реалізації своїх суспільно значущих інтересів і потреб.

Поняття «policy» трактується в аспекті ПУА як *план, курс або напрям дій, прийнятий і дотримуваний владою, керівником, політичною партією тощо* [47].

Наведені вище судження дозволили розмежували предмети політичних діяльностей суб’єктів влади і громадськості, а також сформували підґрунтя для формулювання ознаки відповідних понять.

Додаткові невизначеності вносить термін «public», переклад якого у різних словосполученнях набуває інших значень. Спираючись на Великий тлумачний словник сучасної української мови [16, с. 1187] щодо трактування цього терміна, *публічну політику* можна розглядати як загальносуспільну цінність, яка актуалізується в присутності публіки (людей), є прилюдною і торкається її інтересів [259]. Тобто публічна політика виражає інтереси

громадян і здійснюється для всього суспільства. Протиставляючи прикметники «публічний» і «приватний», О. Чальцева [223] стверджує, що перший термін позначає (маркує) спосіб відкритого та прозорого регулювання реально існуючих інтересів у суспільстві загалом. Звісно, таким правом наділена тільки державна влада за обов'язкової участі громадськості. Слід зазначити, що сучасні англо-українські словники термін «public» перекладають залежно від контексту: суспільний, державний, народ тощо [252]. Якщо йдеться про державне управління, то словосполучення «public policy» перекладається «державна політика». Тобто як відкритий і прозорий курс дій держави. Це аспект підкреслює Д. Андерсон [238] у трактуванні поняття «публічна політика», а саме як політики, що виробляють урядові чиновники та органи влади і яка торкається суттєвої кількості людей. Він характеризує публічну політику як цілеспрямовану діяльність влади на досягнення певних цілей; реальну дію уряду; відгук на політичні запити суспільства.

Термін «публічна влада» допоки не використовується в Конституції України [80]. Застосовуються терміни «місцеве самоврядування», «державна влада» (поєднує законодавчу, виконавчу і судову влади), «політика держави». Останнє словосполучення є більш вдалим. Термінологічний словник ПУА [170] трактує поняття «публічна влада» як форму влади, яка поєднує передусім виконавчу владу і владу місцевого самоврядування та яка наділена правом, здатністю й можливістю забезпечувати належне функціонування та розвиток суспільства за широкої участі громадськості. У цьому аспекті прикметник «публічний» додатково позначає участь у політиці держави суб'єктів громадськості. Більш доцільним є трактування поняття «публічна політика» (Термінологічний словник ПУА [170]) як *курсу дій органів публічного управління й суспільних інститутів, що базується на узгодженні та зближенні позицій заінтересованих сторін і спрямований на досягнення суспільно значущих цілей та виконання пов'язаних з ними завдань*. Взаємовідносини цих суб'єктів є унормованими у форматі соціального

діалогу [157]. У цьому ж Термінологічному словнику акцентовано увагу на публічно-адміністративних складових публічної політики, а саме на: публічній проблемі; її основних цільових групах і кінцевих адресатах; задекларованих намірах; певній кількості рішень і дій; інституційованій програмі дій тощо. У цьому ж ключі О. Чальцева [223], спираючись на діяльнісний підхід (Г. Ласвел [245]), розкриває англосаксонське розуміння публічної політики як інструменту розв'язання соціальних проблем; використання кількісних методів аналізу в науці і практиці ПУА. Термінологічний словник ПУА [170] трактує поняття «публічне адміністрування» як *вид організаційно-розпорядчої діяльності публічних службовців, спрямованої на підготовку та впровадження публічно-управлінських рішень, управління персоналом, надання публічних послуг*. Таке адміністрування здійснюється на професійній (неполітичній) основі, а в разі потреби залучаються неурядові партнери для спільного вирішення проблем.

Вищенаведені судження дають змогу стверджувати, що словосполучення «публічна політика» застосовують тільки в контексті політичної діяльності публічної влади. У цьому дослідженні прикметник «публічний» у словосполученні «державна (публічна) політика охорони здоров'я» розуміємо як ознаку відкритості й прозорості загальносуспільної цінності цієї політики, яка актуалізована владою за участю громадськості та безпосередньо стосується інтересів громадян. Виходячи із цього, можна поняття «державна (публічна) політика охорони здоров'я» трактувати як *прогресивний результат діяльності публічної влади та громадськості, отриманий шляхом публічного формування й реалізації унормованих стратегічних політико-правових рішень, спрямованих на збереження, функціонування та розвиток суспільства*.

1.2. Державна (публічна) політика як об'єкт публічного управління та адміністрування

У попередньому підрозділі охарактеризовано державну (публічну) політику (далі – Д(П)П) як: предмет політичної діяльності ПУА (рис. 1.2); політику держави як невід'ємну складову діяльності ПУА. Зазначено, що її функціонування забезпечується відповідним механізмом, який має загальносуспільну значущість і є тим каркасом, що забезпечує [57;27;130;30]:

– реалізацію першорядних функцій і завдань держави (ст. 1 Закону України (далі – ЗУ) «Про державну службу» [144]) щодо формування і реалізації внутрішньої та зовнішньої політики держави (у т. ч. щодо Д(П)ПОЗ), втілення урядових реформ, у їх межах впровадження нововведень у СОЗ;

– цілеспрямовану еволюцію вітчизняного суспільства, його належне збереження, функціонування й розвиток.

Механізм, що забезпечує функціонування Д(П)П в ПУА, є одним із ключових напрямів у теорії і методології, освітній діяльності в галузі знань «Публічне управління та адміністрування». Щодо предмета цього дослідження, то привертають увагу напрацювання, зокрема:

– Ю. Ковбасюка, К. Ващенко, Ю. Сурміна та ін. [47], які актуалізують питання державного управління, його теорії, історії та методології; системно розкривають природу державного управління, сучасний стан, тенденції й перспективи його розвитку в контексті суспільних змін, шляхи його модернізації в Україні та світі;

– М. Білинської, Я. Радиша, І. Рожкова та ін. [12], які висвітлили теоретико-методологічні засади державного управління реформуванням СОЗ в Україні; проаналізували вітчизняний науковий супровід трансформаційних процесів у цій сфері;

– В. Лазоришиця, Г. Слабкого, Н. Яроша [96], які розкривають сучасні підходи до державного управління системою охорони здоров'я в Україні;

– І. Бондара, В. Горника, С. Кравченко, В. Кравченко [15], які висвітлили комплексне уявлення про засади політики в публічному управлінні, у т. ч. щодо механізмів її формування, упровадження та оцінювання політики;

– І. Дегтярьової [44], яка розробила концептуальну об'єктну модель управління конкурентоспроможністю регіону та розглядає підходи до формування відповідних механізмів державного управління;

– О. Коротич [85], яка сформувала уявлення про механізм управління державою, який поєднує державний і недержавний механізми, та наголошує, що перший механізм є найбільш вагомим у реалізації управлінського впливу на розвиток соціально-економічної системи країни;

– Т. Торгалло [207], яка, спираючись на напрацювання О. Коротич, розробила модель системи механізму управління в державі в аспекті проектування регіонального розвитку;

– С. Чернова [225], який, поглиблюючи напрацювання О. Коротич і Т. Торгалло, розглядає запровадження комплексної експертизи проєктів регіонального розвитку у вимірі механізму управління державою;

– С. Сенчі [185], який збагатив розуміння державного механізму в аспекті стимулювання розвитку громадянського суспільства в Україні шляхом обґрунтування й розробки концепції та структурно-функціональної моделі цього механізму, заснованого на реалізації нормативно-ціннісної, координаційної й комунікаційної функцій;

– В. Бакуменко, С. Попова, А. Буткевич та інших [259], які, спираючись на сутність механізму управління в державі, запропонували комплексний механізм публічного управління аудитом у режимі реформ;

– С. Богданова [13], який запропонував функціональну модель державного механізму щодо організації системи медичної реабілітації як сукупність механізмів державного управління, що реалізують конкретні

функції з метою створення умов для забезпечення ефективного надання реабілітаційних послуг на всіх рівнях медичної допомоги;

– Л. Шостак [230], яка в межах державного механізму розглянула механізми забезпечення взаємодії суб'єктів державної системи ліквідації масштабних медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій;

– С. Попова, І. Присяжнюка [136], які в складі механізму управління в державі досліджують концептуальні теоретико-прикладні засади механізмів ПУ координацією і взаємодією суб'єктів протидії надзвичайним ситуаціям;

– О. Чальцевої [224], яка досліджує сучасні моделі формування Д(П)П, розкриває специфіку та послідовність ухвалення державних політичних рішень;

– А. Чемериса [175], який розкриває сутність Д(П)П, її складові елементи, характеризує дієвих осіб і приділяє увагу практиці розроблення цієї політики.

Спираючись на напрацювання цих дослідників, розглянемо сутність загальнодержавного механізму управління Д(П)П у просторі держави (далі – Механізм управління Д(П)П). Основною відмінністю цього механізму є його організаційна складова, яка свідчить про те, що до формування й реалізації Д(П)П залучаються суб'єкти політики державного та недержавного секторів. Такими суб'єктами Механізму управління в аспекті Д(П)ПОЗ є (рис. 1.4): політичні суб'єкти публічної влади і громадськості; державні, комунальні і приватні організації, задіяні в політичному процесі. Окрім організаційного механізму, у державному й недержавному механізмах управління Д(П)ПОЗ мають місце механізми та методологія здійснення політичної діяльності. Державний механізм управління Д(П)ПОЗ є найвагомим, оскільки включає найбільш активні й дієві механізми державного управління (далі – МДУ). Структура Механізму управління Д(П)ПОЗ: заснована на конституційних засадах і засадах внутрішньої та зовнішньої політики держави; співвідноситься з етапами політичного процесу й відповідно розподіляється на механізми формування Д(П)П, прийняття політико-правових рішень (далі –

ППР) і його реалізації; ці механізми формування політики поєднують державні й недержавні механізми, які забезпечують здійснення політичного процесу.

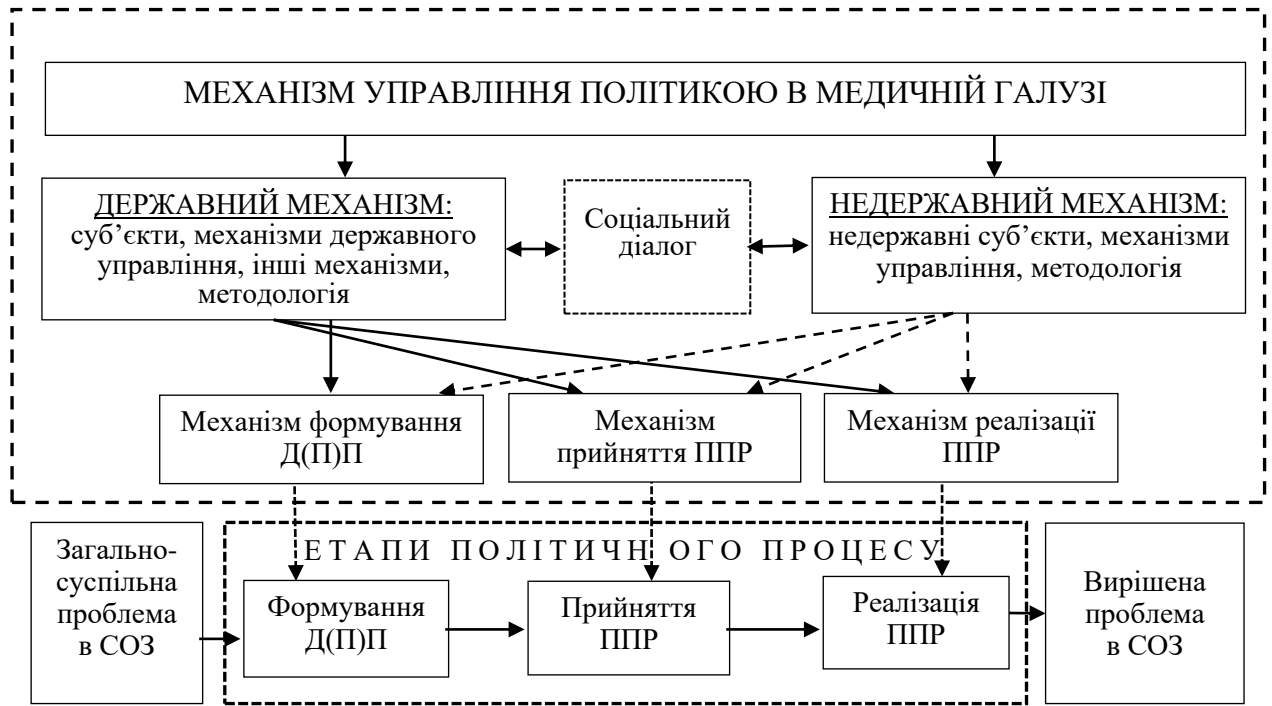


Рис. 1.4. Механізм управління політикою в медичній галузі
(складено авторкою, спираючись на нормативно-правову базу)

Конституція України [81] визначила в державному секторі основних суб'єктів Д(П)ПОЗ і їх повноваження, а саме (рис. 1.5):

– *Верховну Раду України* (далі – ВРУ) (ст. 85: законодавчо визначає засади внутрішньої і зовнішньої політики держави; затверджує загальнодержавні програми);

– *Президента України* (ст. 106: здійснює керівництво зовнішньополітичною діяльністю держави);

– *Кабінет Міністрів України* (далі – КМУ) (ст. 116: забезпечує здійснення внутрішньої і зовнішньої політики держави, а також проведення фінансової, цінової, інвестиційної та податкової політики; політики у сферах праці й зайнятості населення, соціального захисту, освіти, науки і культури,

охорони природи, екологічної безпеки і природокористування; розробляє і здійснює загальнодержавні програми);

– *Раду Національного банку України* (ст. 100; розробляє основні засади грошово-кредитної політики, здійснює контроль за її проведенням).

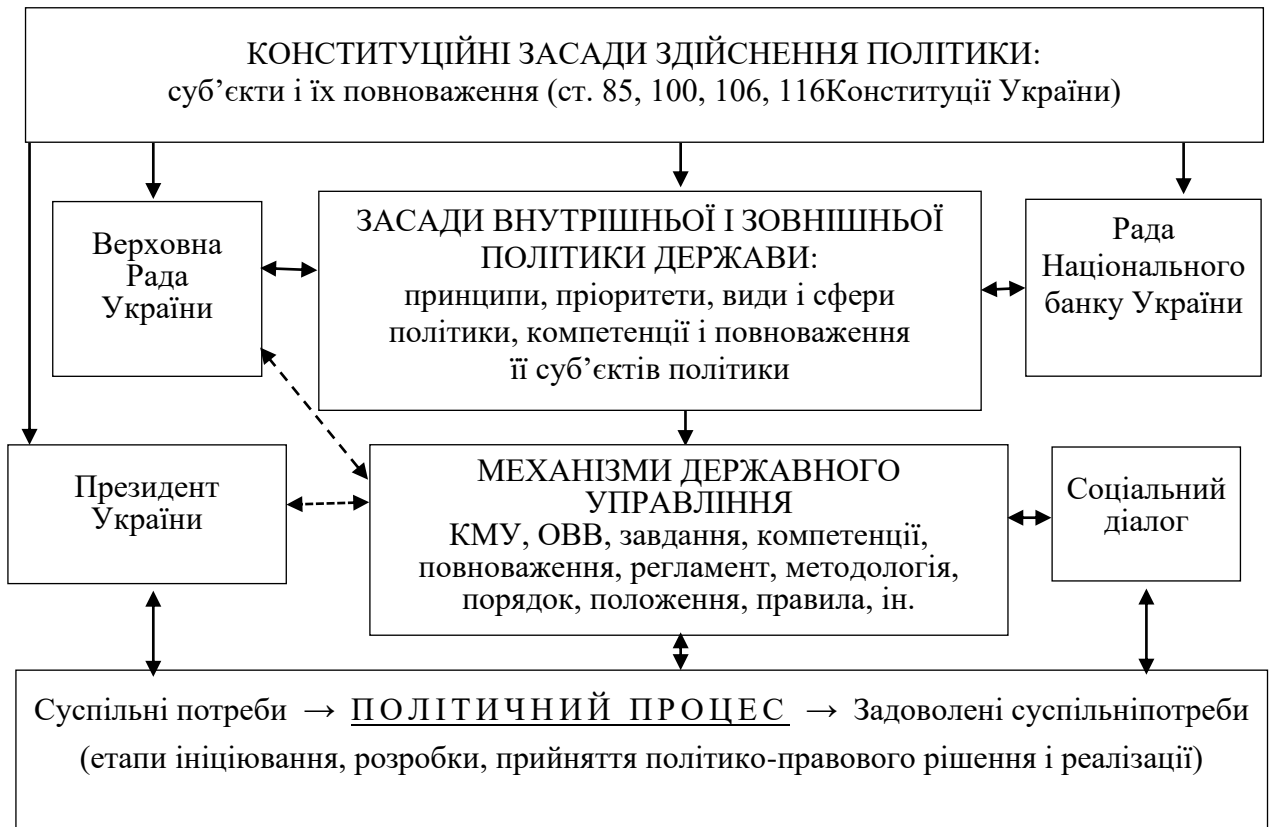


Рис. 1.5. Механізм формування Д(П)ПОЗ в Україні (складено авторкою)

Згідно з Конституцією України, здійснення внутрішньої і зовнішньої Д(П)ПОЗ забезпечує КМУ шляхом програмування. У подальшому конституційні засади конкретизують засади внутрішньої і зовнішньої Д(П)П (Закон України [145]), які безпосередньо стосуються також і державної політики охорони здоров'я (рис. 1.5).

Цими засадами є *принципи та пріоритети політики держави, її види й сфери, компетенції та повноваження суб'єктів політики тощо*. Щодо визначення, реалізації й оновлення цих засад, то ст. 12 цього Закону [145] покладає ці питання на ВРУ, Президента України і виконавчу владу (КМУ, міністерства, центральні і місцеві органи виконавчої влади (далі – ОБВ) шляхом їх тісної взаємодії і координації зусиль. Стаття 12 Закону України [145] також

розмежовує повноваження зазначених суб'єктів Д(П)П щодо здійснення її засад, а саме:

– *ВРУ* здійснює визначення засад цієї політики, а у разі потреби вносить зміни до них, законодавчо регулює відносини щодо впровадження засад Д(П)П у відповідних сферах тощо;

– *Президент України* пропонує визначення, коригування засад Д(П)П з урахуванням внутрішнього і зовнішнього становища України, здійснює керівництво зовнішньополітичною діяльністю держави;

– *КМУ* забезпечує здійснення Д(П)П відповідно до законодавчо визначених засад шляхом розробки у відповідній сфері законопроектів, інших нормативно-правових актів; проведення експертизи цих проектів і координує роботу *ОВВ* щодо реалізації засад політики держави у відповідних сферах суспільного і державного життя, у т. ч. у сфері охорони здоров'я;

– *центральні і місцеві ОВВ* у межах своєї компетенції є учасниками формування та реалізації Д(П) у відповідній сфері, розробниками в межах наданих повноважень законопроектів та інших нормативно-правових актів відповідно до засад політики держави тощо;

– *органи місцевого самоврядування* вирішують у межах Конституції й законів України питання місцевого значення у відповідних сферах внутрішньої політики та у сфері зовнішньоекономічної діяльності.

У реалізації засад Д(П)П беруть участь політичні партії, громадські організації відповідно до встановленого порядку законодавством.

Засади здійснення Д(П)П виконавчою владою конкретизує закон України про КМУ [158], а саме в:

– *завданнях КМУ* (ст. 2 цього Закону покладає на нього здійснення Д(П)П, забезпечення проведення конкретних політик, у т. ч. у сфері охорони здоров'я; розробку і виконання загальнодержавних програм);

– *компетенціях КМУ* (ст. 19 цього Закону покладає вирішення питань державного управління у відповідних сферах політик (у т. ч. в охороні здоров'я));

– повноваженнях КМУ (ст. 20 цього Закону покладає на КМУ проведення політики держави у сфері економіки і її державне регулювання, а також забезпечення розробки і виконання загальнодержавних програм економічного і соціального розвитку, у т. ч. у сфері охорони здоров'я).

Тобто повноваження КМУ в основному зосереджено на формуванні й реалізації внутрішньої політики держави, зокрема, в гуманітарній сфері, а в її межах і у сфері охорони здоров'я. Стаття 30 Закону про КМУ [158] чітко визначає, що на Кабінет Міністрів покладається розробка і внесення на розгляд ВРУ проектів (законопроектів) загальнодержавних програм у різних сферах внутрішньої політики.

Участь громадськості (рис. 1.4, 1.5), її інформування про перебіг політичного процесу та оприлюднення законопроектів забезпечує КМУ. Також він здійснює *соціальний* діалог на національному рівні, розглядає пропозиції громадських об'єднань (ст. 3, 20, 40 Закону України [158]), що стосуються важливих відносин у суспільстві. Також на КМУ покладено проведення консультацій з іншими сторонами діалогу, зокрема з науковцями й фахівцями.

Базові нормативно-правові засади визначають, що основним інструментом реалізації щодо Д(П)П (у т. ч. і у сфері охорони здоров'я) є загальнодержавні програми і державні цільові програми [81;145; 157;158;142]. Однак, теперішня практика ПУА щодо Д(П)П свідчить про застосування стратегічного менеджменту як інструменту реалізації політики держави. Прикладом тому є державна регіональна політика. Проте, ця новація не знайшла відображення в базових нормативно-правових засадах.

Стаття 21 Закону України про КМУ відносить до його повноважень питання спрямування і координації роботи міністерств та інших центральних ОВВ, які забезпечують проведення Д(П)П у відповідних сферах суспільного і державного життя. Регламент КМУ, затверджений його постановою КМУ [155], в § 3¹ визначає, що забезпечення формування і реалізації політики держави у сферах, які віднесені до компетенції КМУ, здійснюється

міністерствами. Тобто безпосередня розробка законопроектів покладається на «профільне» міністерство відповідно до його компетенції. Так, Положення про Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ) визначає (в ст. 1, 3, 4, 6 постанови КМУ [152]), що МОЗ є головним ОВВ у забезпеченні формування і реалізації Д(П)ПОЗ та що це є основним завданням цього міністерства. Також на МОЗ покладено визначення перспектив і пріоритетів розвитку СОЗ; розробку відповідних законопроектів, залучення до їх опрацювання і виконання представників ОВВ, підприємств і організацій, вчених, суб'єктів громадськості.

Таким чином, вищезазначене підкреслює, що ключова роль у державному механізмі управління щодо формування та реалізації внутрішньої Д(П)П (у т. ч. у сфері охорони здоров'я) належить механізму державного управління, елементами якого є: відповідні ОВВ, їх завдання, компетенції, повноваження, положення, регламенти, правила, методологія (порядок) здійснення політики держави (ст. 2, 19, 20 Закону України щодо КМУ [158]).

Узагальнюючи зазначене вище, розглянемо механізми формування і реалізації Д(П)П, які забезпечують здійснення відповідних етапів політичного процесу (рис. 1.4, 1.5). Так, механізм формування Д(П)П заснований на згаданих вище організаційних-правових засадах [81; 145; 158], а також додаткових нормативно-правових і методологічних засадах [143; 153], а саме:

– ст. 20 Закону України щодо КМУ [158] відносить до основних повноважень КМУ забезпечення розробки і виконання загальнодержавних програм;

– § 57 і 58 Регламенту КМУ [155]) зазначають, що концепції законопроекту і загальнодержавних програм розробляються і подаються на розгляд КМУ відповідно до вимог ЗУ щодо державних цільових програм [143] (ст. 5 цього Закону визначає основні стадії розробки і виконання цих програм);

– постанова КМУ [153] визначає Порядок розробки і виконання загальнодержавних програм.

Методологія (порядок здійснення підготовчої стадії [153]) на етапі формування Д(П)П (табл. 1.1) у будь-якій сфері (у т. ч. охорони здоров'я) заснована на розробці «профільним» міністерством проєкту концепції загальнодержавної програми і її схваленні КМУ. Розробка проєкту концепції включає:

- визначення проблеми, аналіз причин її виникнення і необхідність її розв'язання методом програмування;
- формулювання мети загальнодержавної програми, визначення її оптимального варіанту шляхом порівняння можливих варіантів;
- опрацювання шляхів і способів розв'язання проблеми; характеристику очікуваних результатів, визначення ефективності цієї програми; оцінку необхідних ресурсів.

Механізм схвалення проєкту концепції загальнодержавної програми заснований на:

- попередньому узгодженні проєкту відповідними ОВВ (кожний з них складає висновки); з урахуванням цих висновків Мінекономіки складає узагальнений висновок; доопрацьований проєкт повторно погоджується з цим міністерством;
- опрацюванні урядовим комітетом проєкту, до якого додаються супровідні документи і проєкт розпорядження КМУ, з метою врегулювання розбіжностей, які висловлені у зауваженнях заінтересованих ОВВ щодо зазначеного проєкту (§ 28¹ постанова КМУ [155]).

Розглянутий урядовим комітетом проєкт (разом з протоколом його засідання і довідкою про розбіжності (§55¹ постанова КМУ про Регламент [155])) включається першим питанням до порядку денного чергового засідання КМУ. Стадія розробки проєкту загальнодержавної програми розпочинається тільки у разі схвалення КМУ проєкту концепції загальнодержавної програми. Порядок розробки проєкту цієї програми подано в табл. 1.1.

Етапи політичного процесу

Формування		Прийняття рішення	Реалізація
Підготовка	Розробка		
Ініціювання програми включає: – розробку проєкту концепції, його публікацію в офіційних ЗМІ, розміщення на вебсайті ініціатора; – обговорення проєкту концепції на колегії (конференціях, нарадах); погодження проєкту з відповідними ОБВ; – подача проєкту на розгляд КМУ; – схвалення проєкту концепції; – визначення державних замовників, керівника програми, строків розробки і подачі на розгляд КМУ	Розробка проєкту програми включає: – обґрунтування мети програми; шляхів і способів розв’язання проблеми; завдань і заходів; очікуваних результатів, ефективність програми; обсяги і джерела фінансування; – державну експертизу проєкту програми щодо її відповідності вимогам законодавчих актів; – стратегічну екологічну експертизу за необхідності; – доопрацювання і погодження проєкту програми	– Проєкт програми з відповідними супровідними документами і проєктом постанови КМУ подається на його затвердження; – схвалений КМУ проєкт програми з відповідними супровідними документами і проєктом ЗУ про її затвердження подається до ВРУ	– Визначення виконавців програми; – сповіщення держслужби зайнятості про нові робочі місця; – держзамовник виконує моніторинг виконання завдань і заходів програми; подає фінансову звітність; інформує про хід виконання програми на своєму вебсайті; визначає обсяг фінансових видатків на завдань і заходів; – держзамовник аналізує і комплексно оцінює результати виконання завдань і заходів програми, використання коштів, щорічно звітує про її виконання; – аналіз звітів про виконання програми визначеними ОБВ, їх звітування перед КМУ; – публікація заключного звіту держзамовником про результати виконання програми

Механізм прийняття загальнодержавної програми передбачає таке:

– «профільне» міністерство організує проведення обов’язкових експертиз проєкту; процес доопрацювання і погодження проєкту програми здійснюється аналогічно до порядку, який попередньо було розглянуто для проєкту концепції загальнодержавної програми (табл. 1.1);

– проєкт загальнодержавної програми (разом з супровідними документами і проєктом постанови КМУ) «профільне» міністерство подає до КМУ.

Етап реалізації заснований на порядку (табл. 1.1) організації виконання завдань і заходів загальнодержавної програми. У разі необхідності «профільне» міністерство може створити координаційну раду (координаційно-дорадчий орган), склад якої включає представників від «профільного» міністерства, заінтересованих ОВВ, установ і організацій, що є учасниками виконання програми.

Зазначені вище судження дозволяють стисло охарактеризувати єдиний загальнодержавний механізм управління Д(П)П. Цей механізм заснований на базових нормативно-правових засадах (рис. 1.4, 1.5, табл. 1.2), які визначені:

– Конституцією України, де вказано основних суб'єктів політики держави і їх повноваження;

– законами України щодо засад внутрішньої й зовнішньої політики держави та про КМУ, де сформульовано принципи, пріоритети, види й сфери Д(П)П; компетенції та повноваження основних суб'єктів політики (КМУ, ОВВ); їх завдання, компетенції й повноваження;

– постановами КМУ, які встановлюють регламент, положення, методологію, порядок і інші інструменти, що забезпечують здійснення політичного процесу (табл. 1.1).

Тобто логіка нормативно-правових засад полягає в їх конкретизації зверху вниз: від конституційних засад до засад, визначених у законах України і постановах КМУ.

Однак, аналіз основоположного законодавства у сфері охорони здоров'я дозволяє стверджувати, що *основу Д(П)ПОЗ формує Верховна Рада України* (ст. 13 Закону України [119]): Тобто виклад сформульований надто узагальнено, роль МОЗ узагалі не згадано. Інакше кажучи, механізм державного управління політикою ДПОЗ фактично створив нормативно-правову невідповідність. Він суперечить розглянутому вище єдиному Механізму управління Д(П)П в Україні. Причиною цьому може бути те, що базові нормативно-правові засади щодо формування й реалізації Д(П)П і Д(П)ПОЗ (табл. 1.2) створювали непослідовно за часів незалежності України.

**Базові засади механізму управління державною політикою
в медичній галузі в Україні**

Дата і чинність	Нормативно-правовий акт	Характеристика засад
19.12.1992, чинний	Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	Основи ДП(П)ОЗ
28.06.1996, чинний	Конституція України	Основні суб'єкти Д(П)П і їх повноваження
07.2000, чинний	Указ Президента України «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України»	Основи політики держави щодо розвитку СОЗ
18.03.2004, чинний	Закон України «Про державні цільові програми»	Засади розробки, затвердження та виконання державних цільових програм
31.01.2007, чинний	Постанова КМУ «Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм»	Основи Порядку розробки і виконання державних цільових програм
18.07.2007, чинний	Постанова КМУ «Про затвердження Регламенту КМУ»	Засади механізму здійснення Д(П)П
22.01.2010, чинний	Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини на період до 2011 року»	Зміст загальнодержавної програми
07.10.2010, скасовано	Закон України «Про Кабінет Міністрів України»	Засади механізму здійснення Д(П)П
01.08.2010, чинний	Закон України «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики»	Основні принципи, пріоритети, види і сфери політики
07.08.2011, скасовано	Закон України «Про порядок проведення реформування СОЗ у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»	Засади реформування СОЗ
27.02.2014, чинний	Закон України «Про Кабінет Міністрів України»	Оновленні засади механізму здійснення Д(П)П

Це, безумовно, спричинило недосконалість механізму формування і реалізації політики держави у сфері охорони здоров'я. Так, основоположний закон України у сфері охорони здоров'я постав чинним у 1992 р. [119], у Розділі III визначивши засади формування Д(П)ПОЗ і поклавши це питання на ВРУ. У 1996 р. постала чинною Конституція України. І лише у 2010 р. були унормовані засади внутрішньої й зовнішньої політики держави [145], які визначили основних суб'єктів політики, їх повноваження, принципи, напрями, види і сфери Д(П)П. У 2010 р. набув чинності закон України щодо КМУ [157].

Його потім було скасовано, і у 2014 р. прийнято новий закон про КМУ, який є чинним і на теперішній час [158]. Тобто основоположні засади у сфері охорони здоров'я (1992 р. [119]), Концепція розвитку охорони здоров'я (затверджена указом Президента [83] у 2000 р.) і Загальнодержавна програма розвитку первинної медичної допомоги (затверджена законом України [150] у 2006 р.) випередили дату унормування загальнодержавних засад щодо формування і реалізації Д(П)П. Така непослідовність формування базових засад у сфері охорони здоров'я спричинила у 2010 р. суттєві суперечності, оскільки (рис. 1.6):

- головним суб'єктом внутрішньої політики є КМУ, а не Президент України (його повноваження стосуються зовнішньополітичної діяльності);
- засади законодавства у сфері охорони здоров'я переклали питання формування Д(П)ПОЗ на ВРУ.



Рис. 1.6. Суперечності засад державної політики у сфері охорони здоров'я (складно авторкою)

Продемонстровані вище результати аналізу нормативно-правових засад свідчать, що ВРУ (згідно з Конституцією України) тільки законодавчо затверджує законопроекти щодо політики держави у сфері охорони здоров'я. Зазначені засади законодавства у сфері охорони здоров'я також суперечать нормативно-правовим засадам діяльності КМУ. Також важливо зазначити, що досі ці суперечності залишаються. Концепція розвитку охорони здоров'я [83] є

чинною, вона жодного разу не була оновлена. У цій Концепції ДП(П)ОЗ представлена тільки державними й галузевими пріоритетами. Є невідкладна потреба оновити основи внутрішньої та зовнішньої політики в частині, що стосується сфери охорони здоров'я [145], а також розробити нові засади політики держави у сфері охорони здоров'я. У 2015–2019 рр. була здійснена спроба усунути зазначені недоліки шляхом унормування нової Д(П)ПОЗ у форматі законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я» (реєстраційний номер 2409а, [148]). У цьому законопроекті чітко прописано повноваження Міністерства охорони здоров'я України як основного актора з формування і реалізації Д(П)ОЗ. Однак, ці спроби виявилися безуспішними. Хоча законопроект у лютому 2019 р. було включено до порядку денного ВРУ, а потім відкликано в грудні цього ж року.

Отже, за результатами проведеного дослідження в цьому підрозділі з'ясовано, що державна політика як об'єкт ПУА є його однією з найвагоміших функцій і завдань та спрямована на належне забезпечення збереження, функціонування й розвиток вітчизняного суспільства. Ця функція реалізується через механізм управління політикою в державі (країні, галузі), який поєднує недержавний і державний механізми. Структура механізму управління політикою співвідноситься з етапами політичного процесу: відповідно розподіляється на механізми формування політики, прийняття політико-правового рішення й його реалізацію. Кожний із цих механізмів поєднує державні й недержавні механізми. Головними суб'єктами здійснення політики держави є Верховна Рада України (затверджує законом загальнодержавні програми), Кабінет Міністрів України (затверджує концепції цих програм) і «профільні» міністерства, на які покладено безпосередньо розробку й реалізацію цих програм, зокрема у сфері охорони здоров'я.

Зазначені механізми унормовано конституційними і нормативно-правовим засадами. Найбільш активним і дієвим є відповідний механізм державного управління в складі державного механізму. Теперішнє здійснення державної політики охорони здоров'я засновано на державному

програмуванні. Хоча нині вже утверджується використання виконавчою владою методів стратегічного менеджменту. Зазначені аспекти є доцільними для подальших досліджень. Також з'ясовано, що механізм державного управління, заснований на засадах законодавства про охорону здоров'я, суперечить єдиному загальнодержавному механізму управління політикою держави в Україні. Це є головною проблемою, поряд з іншими, на шляху формування й реалізації державної політики з реформування системи охорони здоров'я в Україні. Доцільно для поглиблення подальших досліджень виявити та систематизувати актуальне для теперішнього часу поле проблем, які стримують медичну реформу.

1.3. Аналіз державної політики з реформування системи охорони здоров'я в Україні: проблеми реалізації

На теперішній час в Україні напрацьовано досвід реформування СОЗ, отримано певні здобутки й проявилися проблеми, які суттєво стримують процес перетворень у медичній галузі [27; 28; 35; 131; 133]. У попередньому підрозділі наголошено на головній проблемі, яка докорінно дезорганізує втілення нової для України загальноновизнаної у світі ідеї СОЗ. Нагадаємо, що її сутність полягає у:

– недосконалості загальнодержавного механізму формування і реалізації Д(П)П [80; 144];

– суперечності між галузевим механізмом управління Д(П)ПОЗ (унормований Основами законодавства України про охорону здоров'я (далі – Основи законодавства) [119]) і загальнодержавним механізмом управління Д(П)Пу країні (галузі).

Тобто має місце штучно створена принципова суперечність між цими механізмами щодо формування й реалізації Д(П)П в Україні.

Варто підкреслити, що загальнодержавний механізм, на відміну від галузевого, має загальнонаціональний рівень і визначений конституційними засадами й засадами внутрішньої та зовнішньої політики держави, на яких має бути заснований галузевий механізм. У супереч цьому, цей механізм не тільки покладає питання формування Д(П)ПОЗ виключно на ВРУ, а й не конкретизує компетенції і повноваження МОЗ—основного суб'єкта формування й реалізації цієї Д(П)ПОЗ; покладає питання її формування загалом на всі міністерства, інші центральні ОВВ (у межах їх компетенції) шляхом розробки програм і прогнозів у сфері ОЗ.

Інша, надто важлива проблема полягає в застарілості засад внутрішньої й зовнішньої політики держави у сфері охорони здоров'я, оскільки вони неоновлені відповідно до сучасних пріоритетів реформування СОЗ. Тобто нині діють застарілі стратегічні орієнтири формування й реалізації Д(П)ПОЗ. Цей недолік має бути усунутий спільно ВРУ, Президентом України і КМУ відповідно до вимог ст. 12 законодавства щодо засад внутрішньої і зовнішньої політики [145]. Також вагомою проблемою й невідкладною для вирішення є те, що чинний загальнодержавний і галузевий механізми управління політикою держави засновані виключно на методі програмування. Водночас програми розуміють як політику держави, так і як інструмент її реалізації. Хоча політика є офіційним документом найвищого рівня, національною ідеологією, а програма є лише одним з інструментів її реалізації.

Позитивом Основ законодавства є те, що реалізація Д(П)ПОЗ передбачає ієрархію взаємопов'язаних програм на державному, регіональному й місцевому рівнях. Проте, проблемою є те, що законодавчо закріплено тільки державні цільові програми, які призначені для вирішення тільки «вузькомасштабних» проблем у межах окремої галузі, регіонів, територій. Загальнодержавні програми не згадуються зовсім, а саме вони є інструментом реалізації Д(П)ПОЗ в умовах довгострокових і масштабних перетворень СОЗ у межах всієї країни (галузі). Тому вони і уводяться в дію законом України і є обов'язковими для виконання.

Зазначені вище недосконалості механізму управління Д(П)ПОЗ існують з 2010 р., коли законом України було уведено в дію засади внутрішньої і зовнішньої політики держави. Однак, до теперішнього часу жодні зміни не торкнулися Основ законодавства і чинної Д(П)ПОЗ, визначеної указом Президента України у 2000 р.[83]. Тобто Верховною Радою України (далі – ВРУ), Президентом України і виконавчою владою (КМУ, міністерствами, центральними і місцевими ОВВ) неоновлено ці засади: не виконано ст. 12 закону України [145]). Необхідно також звернути увагу на те, що нині чинна Д(П)ПОЗ, визначена в Концепції розвитку охорони здоров'я населення (указ Президента України 2000 р. [83]), розкриває цю політику тільки переліком державних і галузевих заходів: розділ 2 «Державна політика у сфері охорони здоров'я». Змін до цієї Д(П)ПОЗ також не вносили жодного разу. Це свідчить про її недосконалість як ідеології й керівництва до реформаторських дій. При цьому з 2010 р. засади внутрішньої і зовнішньої політики визначили КМУ повноважним суб'єктом здійснення внутрішньої політики, у т. ч. і у сфері охорони здоров'я. Тобто вищі органи публічної влади в Україні недотримуються національного законодавства в питаннях формування і реалізації політики держави. Це є один із факторів стримування реформи СОЗ в Україні, яка відстає майже на 20 років порівняно з іншими країнами СНД.

Щодо методу програмування, то він є важливим і законодавчо визначеним інструментом реалізації політики держави. Водночас нині впроваджено й інші інструменти. Прикладом тому є сучасні політики держави, зокрема такою є Державна регіональна політика[149]. Також застосування методу програмування у сфері охорони здоров'я супроводжується методичними недосконалостями. Для переконання в цьому порівнюємо якість відпрацювання Загальнодержавної програми (далі – ЗДП) щодо розвитку первинної медичної допомоги (2006 р. [150]) і Державної програми (далі – ДП), спрямованої на реалізацію політики якості в системі ОВВ (табл. 1.3) [154]. Єдиним керівництвом для їх відпрацювання є Порядок розроблення та виконання ЗДП і ДП (2007 р. [153]).

Порівняння коректності відпрацювання державних програм

ЗДП щодо розвитку ПМД	ДП з впровадження політики якості в ОВВ
<i>Метою ЗДП розвитку ПМД на засадах сімейної медицини на період до 2011 р. є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування і налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної ПМД допомоги на засадах сімейної медицини</i>	<i>Мета Програми полягає у підвищенні результативності та ефективності діяльності органів виконавчої влади. Завданням Програми є запровадження системи управління якістю (далі – СУЯ) в органах виконавчої влади відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001-2001</i>
<i>Шляхи та способи розв'язання проблем:</i> – удосконалити нормативно-правову та науково-методичну базу, зокрема з питань діяльності закладів ПМД; – продовжити роботу із створення мережі ПМД у міській і сільській місцевості шляхом реорганізації і перепрофілювання діючих закладів ОЗ, забезпечення матеріально-технічного оснащення таких амбулаторій; – провести поетапну реструктуризацію амбулаторно-поліклінічних закладів з метою створення закладів ПМД тощо	<i>Напрями виконання Програми:</i> – визначення порядку координації діяльності ОВВ із запровадження СУЯ; – інформаційно-методичне забезпечення запровадження СУЯ в ОВВ; – організація навчання керівників та фахівців ОВВ щодо запровадження та забезпечення функціонування СУЯ; – контроль за запровадженням та ефективністю функціонування СУЯ в ОВВ. Заходи щодо запровадження СУЯ в ОВВ здійснюються згідно з додатком
Очікувані результати, ефективність виконання Програми	Етапи виконання Програми
Обсяг та джерела фінансування Програми	Фінансове забезпечення Програми
	Очікувані результати

Цей Порядок наголошує на необхідності конкретного і коректного формулювання назви програми, яка має відображати її мету, а остання – відповідати пріоритетним напрямам державної політики. Щодо останнього, то мета ЗДП відповідає галузевому заходу Концепції розвитку охорони здоров'я населення [83]): *розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини*. При цьому другим завданням цієї програми визначено створення мережі лікувальних закладів первинної ланки, територіально наближених до місця проживання громадян. Тобто йдеться про запровадження мережі первинних медичних закладів. І це завдання має бути головним, а всі інші 5 завдань є допоміжними: мають забезпечити виконання першого завдання шляхом доповнення ключової ідеї нормативно-правовою, кадровою, інформаційною, іншою складовими. Зазначена мережа цих закладів є соціальною інновацією. Перш ніж її створювати (правильніше – запровадити) мають бути розроблені комплексна її ідея і відповідне інформаційно-

методичне забезпечення. Інакше виконання цієї ЗДП буде довготривалим, навіть може бути відхилене внаслідок наявності методологічних прогалин.

У ДП з впровадження політики якості формулювання є більш вдалим (табл. 1.3), зрозумілим для виконавців із чітким визначенням того, що необхідно запровадити, для чого і яким чином. Тому ця програма дійсно є дієвим керівництвом для її виконання. В ЗДП щодо первинної медичної ланки формулювання є «розмитими» (нечітко визначено головне завдання); шляхи і способи спрямовані на вирішення проблеми, а не на виконання цієї програми. Ці недосконалості можна пояснити відсутністю на той час Порядку розроблення та виконання державних цільових програм, який уведений у дію на рік пізніше: у вересні 2007 р. Однак, у той самий час було розроблено і ДП щодо політики якості. Тобто є потреба в методичних розробках, які б забезпечили правильне формулювання основних позицій програми. Аналогічне методичне забезпечення необхідно і для розробки засад політики держави, стратегій і проєктів, які забезпечать реалізацію Д(П)ПОЗ.

Згадані вище головні проблеми національного рівня породжують інші, другорядні проблеми реалізації державної політики з реформування вітчизняної СОЗ [27]. Для виявлення другорядних проблем проаналізуємо новочасні наслідки цієї політики у вимірі актуальних для сьогодення реформ в інших найвагоміших сферах, спираючись на результати експертно-аналітичних досліджень і наукових публікацій. Так, Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020» (2015 р. [166]) і невідкладні заходи (2019 р., 2021 р. [159; 164]) визначили ряд актуальних для сьогодення реформ в Україні. З-поміж них пріоритетною є реформа СОЗ як першорядна й нагальна. У цьому аспекті приваблюють результати експертної аналітики, зокрема Фонду «Демократичні ініціативи» імені Ілька Кучеріва [172] й Інституту експертно-аналітичних та наукових досліджень Національної академії державного управління при Президентові України [163]. Для порівняння розглянемо їх експертні оцінки за останні три роки. Так, у 2018 р. успішність реформ експерти у середньому оцінили на рівні 1,8 балу: за п'ятибальною шкалою (в

інтервалі: 1 – не робиться нічого необхідного; 5 – робиться все необхідне). Тобто дещо робиться, але результат незначний. Успіх старту медичної реформи оцінили більш-менш вдалим (9 за рейтингом) з-поміж інших 20 напрямів реформ. Найбільш успішним вважається запровадження е-системи держзакупівель, а найменш вдалою – реформа суспільного мовлення.

Разом з тим, реформа СОЗ віднесена до переліку найбільш провальних: п'ята у першій п'ятірці. Їй передують судова (четверте місце), антикорупційна (третє), виборча (друге), а правоохоронна на першому місці. Експерти визначили першу п'ятірку суб'єктів, що чинять головну протидію реформам: першими є олігархи, а потім (у міру зменшення рейтингу) – коаліційні сили ВРУ, чиновники, Президент України і КМУ. При цьому визначено, що науковці й суб'єкти громадськості чинять найменший (незначний) спротив. До першої п'ятірки найбільш сприятливих суб'єктів реформі експерти віднесли: першими країни Заходу, а потім (у міру зменшення рейтингу) – суб'єкти громадськості, уряд, Президент України й науковці. Більшість експертів стверджують, що влада зробила не більше 30% від необхідного та що уряд не є достатньо відкритим і прозорим для суспільства щодо здійснення реформ.

Щодо віри в успіх реформ, то експерти вважають, що віра є, але є і сумніви (50%); не вірять, але мають деяку надію (37%); вірять в успіх (8%) і зовсім не вірять (5%). Щодо першочерговості реформ, то в їх першій трійці позначено реформу охорону здоров'я третьою: першою є антикорупційна, другою – реформа правопорядку. Однак, у першій десятці щодо першочергових дій уряду медичну реформу визначено десятою. Першими є боротьба з корупцією, економічний розвиток, верховенство права тощо.

Спираючись на експертні оцінки зазначених вище експертно-аналітичних структур щодо успішності й неуспішності реформ, порівнюємо різні реформи шляхом розрахунку показника S_1 , який характеризує співвідношення «успішність / неуспішність реформи». Так, освітня реформа вважається найбільш успішною ($S_1 = 1,5$). Інші реформи віднесено до

невдалих, зокрема пенсійна реформа є найменш вдалою ($S_1 = 0,2$); порівняно із цією реформою більш вдалими є податкова ($S_1 = 0,28$), антикорупційна ($S_1 = 0,29$), правоохоронна ($S_1 = 0,31$), судова ($S_1 = 0,53$), медична ($S_1 = 0,54$). Тобто медична реформа в переліку невдалих реформ розглядається як більш вдала. Також розглянемо показник S_2 , який характеризує співвідношення «сприяння/протидія реформі». Цей показник демонструє позитивний/негативний впливи на реформи окремих суб'єктів (за наступним розподілом зверху вниз): суб'єкти громадськості найбільш сприятливо впливають ($S_2 = 35$), а потім – науковці ($S_2 = 20$); країни Заходу ($S_2 = 10$); чиновники ($S_2 = 1,25$); уряд ($S_2 = 1,18$); Президент – $S_2 = 1$ (нейтральний); найбільш суттєво протидіють олігархи ($S_2 = 0,066$), а потім коаліція ВРУ ($S_2 = 0,14$). Тобто останні два суб'єкти чинять найбільший опір.

Упродовж 2019–2020 рр. експертні оцінки Фонду «Демократичні ініціативи» [163] свідчать, що дії теперішньої влади є більш помітними, але не є суттєвими: часткові зрушення отримано в правоохоронній і земельній реформах, у процесах децентралізації. Разом з тим, експерти прогнозують можливий провал реформ СОЗ і державного управління тощо. Здійсненню реформ більше сприяє уряд.

Тобто спостерігається сповільнення процесу реформ. Більшість експертів продовжують вірити в успіх реформ, але мають і сумніви. Головними рушіями реформ залишаються *суб'єкти громадськості і країни Заходу, а також міжнародні фінансові структури*. При цьому експерти зазначають, що ці суб'єкти лише стимулюють реформи й неспроможні управляти їх процесами. Головний опір реформам продовжують чинити олігархи, а також правоохоронні органи й чиновники. Тому правоохоронна реформа віднесена до першочергової. У теперішній черзі пріоритетних реформ першою є реформа армії, а потім зміцнення обороноздатності, децентралізація, регіональний розвиток, останньою за пріоритетом є реформа охорони здоров'я.

Важливо зазначити, що на шляху реформ основними перешкодами експерти вважають: *низьку кваліфікацію керівників і службовців владних*

структур; вплив олігархів на прийняття стратегічних політико-правових рішень; чвари і суперечки в більшості ВРУ; зростання впливу Росії; *відсутність єдиного бачення та проєктів реформ*; слабку співпрацю уряду з суб'єктами громадськості, профільними експертами. Так, О. Петроє, Ю. Кальниш [163] також підкреслюють, що головною протидією розвитку вітчизняного суспільства є слабка стратегічна спроможність публічної влади до вироблення ефективних політик, щопородилореалії. Саме на подолання цього недоліку спрямована Стратегія реформування державного управління [49].

Теперішній стан Д(П)ПОЗ і шлях розвитку національної системи охорони здоров'я (далі – НСОЗ) ґрунтовно характеризує «Українська медична експертна спільнота» в резолюції круглого столу «Українська медична експертна спільнота. Три роки фахової експертизи та державницьких пропозицій» (11.03.2021, м. Київ) [176]. У цій резолюції зазначено, що:

– протягом 30 років незалежності в Україні не сформульовано і законодавчо не закріплено принципи, мету, цілі і цінності Д(П)ПОЗ. СОЗ дезорієнтована й перебуває в глибокій кризі. Стрімко падає довіра до цієї політики держави і її інституційних механізмів унаслідок глибокої розбіжності між задекларованим, потребами суспільства (людей, громад і бізнесу), а також реальним станом справ у медичній галузі;

– досвідчені експерти прагнуть виробити й запропонувати у співпраці з усіма зацікавленими, патріотично налаштованими експертними колами *бачення*, альтернативний шлях відродження і розквіту НСОЗ; ці експерти сформували її *цілісне бачення*, шляхи її реалізації й відкритості для комунікацій щодо проблем і ризиків, які непокоять державних діячів і політиків, бізнес, громади і медичні спільноти, домогосподарства, пересічного українця [82; 84]. Відзначають, що вирішальною є професійна компетентність управлінців і їх уповноваження до реформаторських дій;

– вважають актуальними їх теперішні напрацювання щодо:законопроєкту про засади державної політики охорони здоров'я,

організації медичного обслуговування населення, лікарського самоврядування тощо; проєкту Концепції безперервного розвитку НСОЗ [177]; аналізу Програми Уряду до 2023 р. і пропозиції щодо її вдосконалення; Біла книга «Особливості відповіді системи медичного обслуговування в Україні на виклики епідемії COVID-19» з відповідними пропозиціями тощо.

Під час проведення (10.05.2019) круглого столу «Підводне каміння медичної реформи: результати незалежного дослідження в регіонах» [120] висвітлено результати соціологічного дослідження щодо реформи первинної ланки охорони здоров'я, де акцентовано увагу як на досягненнях, так і на проблемах, таких як:

- зростання фінансового стимулювання, що доповнилося помітним додатковим навантаженням у роботі, необхідністю запровадження е-картки пацієнта;

- неготовність керівників до змін, нерозуміння складових реформи лікарями і пацієнтами, що є наслідком відсутності стратегії розвитку охорони здоров'я, яка б спрогнозувала процеси розвитку реформи, розкрила розуміння взаємозв'язку різноманіття складних процесів;

- недостатньо навичок діяти в нових умовах, неузгоджене нормативно-правове забезпечення сільської медицини, *невизначене майбутнє*; неврегульовані взаємовідносини з екстреною та вторинною допомогою.

Проблемам і здобуткам реформи СОЗ в Україні приділено увагу в працях науковців і практиків, зокрема представників сфери охорони здоров'я, галузей ПУА, права, економіки, фінансів, інших. Різні аспекти реформаторської проблематики у сфері охорони розглядають, зокрема Т. Бабій, А. Барзилович, О. Вашев, С. Вовк, Б. Галайчук, О. Заградська, М. Заярський, І. Кринична, Л. Крячкова, В. Лепський, В. Лехан, К. Надутий, І. Найда, З. Надюк, К. Руських, Ю. Сенюк, Г. Слабкий, М. Співак, Т. Ткачева, М. Шевченко. Найбільш узагальнено аналізують вітчизняну реформу СОЗ А. Барзилович [9], В. Лехан, Л. Крячкова, М. Заярський [102], З. Надюк, Ю. Сенюк [186]. Вони відповідно структурують процес реформування за 4 та

5 етапами (періодами), які дещо відмінні часовими інтервалами. За твердженнями Ю. Сенюка і З. Надюка, процес реформи СОЗ започатковано пілотним проектом у 2010–2013 рр. Вважають, що, на відміну від теперішнього 5 етапу (з 2018 р. по т. ч.), попередні етапи реформи (1991–2017 рр.) проводилися безсистемно, не вдавалося інтегрувати організаційний механізм управління реформою СОЗ. Наголошують, що нині є спроби політиків змінити її напрям.

Так, А. Барзилович структурує нормативно-правову базу за кожним етапом, у межах яких визначає основні напрями реформи СОЗ. Він виділяє 4 рівні її державного регулювання: конституційне, загальне, спеціальне і концептуальне; зазначає, що 2008–2014 рр. є етапом кардинальних нормативно-правових зрушень, які визначили вектор подальшого втілення нової СОЗ в Україні. Також дослідник наголошує на системних прогалинах, зокрема в аспекті покращення медичної допомоги, підвищення якості медичних послуг; стверджує, що з 2018 р. реформування нової СОЗ стало передбачуваним, узгодженим з європейськими стандартами.

Спираючись на попередньо проведені автором дослідження, викладені вище судження А. Барзиловича щодо рівнів державного регулювання реформи СОЗ можна уточнити, а саме запропонувати чотири рівні регулювання:

- 1) конституційні засади й засади внутрішньої та зовнішньої політики держави;
- 2) державний механізм формування і реалізації Д(П)ПОЗ (за участю ВРУ, КМУ і МОЗ);
- 3) регіональні механізми формування та реалізації Д(П)ПОЗ (облдержадміністрація, облради, департамент (управління) охорони здоров'я);
- 4) механізми місцевого самоврядування (виконавчі органи місцевого самоврядування міських, сільських і селищних рад).

Протилежну думку висловлюють В. Лехан, Л. Крячкова, М. Заярський, Г. Слабкий, М. Шевченко, зокрема в [103], які також поетапно характеризують

здобутки реформи (табл. 1.4) і виділяють низку проблем. Ці проблеми передусім пов'язані із:

- застарілістю чинної Д(П)ПОЗ (визначена указом Президента України ще у 2000 р. [6]);
- поспішністю, фрагментарністю, недостатньою системністю і послідовністю реформ унаслідок кризи політичного консенсусу щодо стратегії реформи і її постійного перегляду;
- відсутністю комплексних перетворень і чіткості політики, спрямованої на виконання прийнятих рішень;
- ігноруванням науково доведених або перевірених практикою підходів, форм і методів реформування;
- істотним впливом на прийняття рішень лобістських груп; низькими темпами реалізації реформи, її непослідовністю і суперечністю дій.

Таблиця 1.4

Досягнення реформи системи охорони здоров'я в Україні у 1991–2018 рр.

Періоди	Характеристика досягнень
1	2
I (1991– 2000 рр.)	Десятиріччя бездіяльного ставлення до реформи; прагнення в ринкових умовах зберегти у дієвому стані радянську СОЗ з метою забезпечення мінімальних соціальних гарантій з надання МД
II (2000– 2010 рр.)	Локальні і фрагментарні відповідно у просторі України реформи за певними напрямками у межах пілотних проєктів
III (2010– 2013 рр.)	Пілотний проєкт у межах декількох регіонів за підтримки ЄС з використанням <u>доказового менеджменту, кращого вітчизняного і зарубіжного досвіду</u> . Його результати підтвердили доцільність і ефективність: розмежування первинної і вторинної МД; створення пулінгу фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на рівні регіону; запровадження маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я залежно від важкості захворювання; впровадження оплати праці лікарів залежно від обсягу і якості роботи, державного регулювання цін на ліки для гіпертонічно хворих, реструктуризації вторинної й третинної МД тощо

1	2
IV (2014– 2018 рр.)	Найбільш продуктивний період, у межах якого новим Урядом вироблено підхід до подальшого комплексного реформування СОЗ. Вперше запроваджено медичну субвенцію, фінансування з різних бюджетів. В Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я <u>унормовано бачення реформи на 2016–2020 рр.</u> , у межах якого: запроваджено перехід до фінансування результату діяльності, гарантований пакет МД, пулінг фінансування державних гарантій, Національну службу здоров'я України (єдиного закупівельника медичних послуг на договірних засадах), електронну СОЗ; здійснено автономізацію постачальників МД, більшість з яких набула статусу некомерційних медичних підприємств; удосконалено державне регулювання цін на лікарські засоби, розширено спектр захворювань, на які поширюється механізм реімбурсації (повного або часткового відшкодування вартості ліків). Унормовано запровадження госпітальних округів, багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, у т. ч. вимоги до людських ресурсів, інфраструктури, обладнання, транспорту і комунікацій, навантаження тощо

Зокрема, В. Лехан, В. Волчек [99] довели, що проблема низької якості медичної допомоги передусім зумовлена недосконалістю державного управління СОЗ загалом, методології її фінансування, розподілу діяльності медичних служб і менеджменту в медичних закладах, що, безумовно, є прогалиною в Д(П)ПОЗ.

В. Лехан, Г. Слабкий, М. Шевченко [105], аналізуючи результати реформування СОЗ у пілотних регіонах, спрогнозували можливі проблеми. Так, утворення первинної медичної допомоги, її розмежування з вторинною допомогою зумовлять спротив пацієнтів унаслідок певних ускладнень з медичним обслуговуванням, інертності населення щодо вибору сімейного лікаря, погіршення координації та взаємодії цих видів допомоги; проявиться недостатній рівень професійної кваліфікації фахівців первинної ланки тощо.

Проблеми державного управління реформою СОЗ в Україні розглядає І. Кринична [93; 94], до яких зараховує: нормативно-правову фрагментарність і складність, дублювання, нечіткість фінансової й матеріальної звітності, дефіцит фінансування; пропонує докорінну зміну стратегії медичної політики, механізмів державного управління, розвиток обов'язкового медичного страхування і його поєднання з бюджетним фінансуванням тощо.

К. Руських [178] до недоліків зараховує відсутність:

– офіційної Стратегії реформування СОЗ (існують лише неунормовані Стратегія реформи НСОЗ і законопроект Д(П)ПОЗ, використовуються тільки однорічні плани дій);

– чіткого стратегічного бачення нових моделей Д(П)ПОЗ і СОЗ, розуміння в суспільстві й середовищі фахівців цілей і терміну їх побудови; мотивації фахівців, зацікавленості державників, політиків, медиків і пацієнтів;

– професійних реформаторів у середовищі публічної служби; явно вираженої зацікавленості суспільства в медичній реформі тощо.

М. Співак [195] також наголошує на відсутності стратегічних реформаторських політико-правових рішень: концепцій, державних програм, інноваційних стратегій.

Аналіз напрацювань І. Криничної, В. Лехан, Л. Крячкової, М. Заярського, К. Руських, М. Співака переконує, що головною перешкодою реформі СОЗ є недосконалість теперішньої Д(П)ПОЗ, яка є застарілою, не відповідає сучасним вимогам і ніколи не оновлювалася. Відсутня офіційна стратегія реалізації цієї політики; чинний механізм управління Д(П)ПОЗ у державі також є недосконалим, оскільки заснований тільки на методі програмування. Тому проблематично втілити актуальні й доцільні пропозиції В. Лехан, Л. Крячкової, М. Заярського та інших дослідників щодо невідкладного продовження реформи системи медичного обслуговування на основі Д(П)ПОЗ, заснованої на: цілісній, виваженій, узгодженій Стратегії реформи СОЗ; сучасних методах управління змінами і проектному менеджменті тощо. Відомими є проекти розвитку первинної медичної допомоги в сільській місцевості. Ці проекти спрямовані на отримання унікального продукту, послуги, результату, розв'язання проблем або досягнення конкретної мети, зокрема щодо професійної підготовки, юридичної підтримки, розвитку інфраструктури. Тобто необхідно розробити й запровадити Д(П)ПОЗ, спираючись на сучасні підходи до її створення, де інструментом її реалізації розглядати методи стратегічного менеджменту.

Загалом проблематика державного менеджменту у формуванні й реалізації Д(П)П є окремим найактуальнішим напрямом досліджень у галузі ПУА, який спрямований на обґрунтований вибір і розробку інструментів та способів реалізації Д(П)ПОЗ в умовах високого рівня невизначеності. Тобто потрібно відповісти на питання: який спосіб забезпечить належне впровадження нової НСОЗ? Так, наприклад, В. Лепський [98] запропонував Концепцію реформування медичної галузі на засадах проєктного підходу. Цей дослідник радить розробити й застосувати концепції та стратегії інноваційного розвитку СОЗ на всіх рівнях управління; сформувати інноваційний організаційно-економічний механізм у СОЗ. У цьому аспекті пропонує вдосконалити нормативно-правову базу інноваційного розвитку охорони здоров'я, у тому числі в частині наукового забезпечення. Тобто загальнодержавна стратегія розвитку НСОЗ має поділятися на сукупність стратегій нижчих рівнів. Кожна з останніх має реалізовуватися через відповідні програми, у межах яких утворюються сукупністю проєктів, спрямованих на реалізацію програмних заходів.

Оскільки нова НСОЗ є соціальною інновацією, то її впровадження доцільно розглянути крізь призму теорії і практики впровадження нововведень у соціальних системах (Е. Роджерс [174]) і в ПУА (С. Попов [137]), де основними є інноваційний процес і процес поширення нововведень у соціальній системі як цілеспрямований спосіб перетворення нової ідеї (образу нової НСОЗ) в інноваційний продукт. Варто зазначити, що елементи форсайт-технології вже також застосовано у вітчизняній практиці реформування НСОЗ (табл. 1.4). У цьому разі інноваційний менеджмент зосереджений на отриманні нового продукту і його поширенні в умовах невизначеності. Це означає, що інноваційний менеджмент має бути заснований на засадах стратегічного управління (І. Ансофф [1]), який логічно поєднують методи стратегічного, програмного й проєктного менеджментів.

Законопроект «Про засади державної політики охорони здоров'я» пропонує до використання загальнодержавні стратегії і програми розвитку

НСОЗ, плани заходів її реалізації на 7-річний період, у межах якого можна впровадити одну або дві складові нової НСОЗ. У цьому випадку досягти ефекту від реалізації Д(П)ПОЗ можливо шляхом поєднання за цілями стратегій і програм у межах відповідної ієрархії. Проте, в законопроекті не акцентується увага на створенні образу нової НСОЗ, який необхідно просувати в традиційну вітчизняну медичну галузь. Цей образ може бути отриманий шляхом застосування форсайт-технології. Звісно, реалізація цього підходу зумовить необхідність розробки й офіційного затвердження Порядку розробки форсайт-дослідження, загальнодержавної стратегії розвитку НСОЗ, плану заходів з її реалізації, моніторингу та оцінювання її результативності. Цю проблему підтверджують В. Лехан, Г. Слабкий, М. Шевченко [105], які наголошують на наявності недосконалостей методичного характеру, пов'язаного з відсутністю: чітко позначених цілей; комплексності перетворень; чіткої політики, яка забезпечує виконання прийнятих рішень. Окрім того, необхідно розробити методичні рекомендації щодо розробки самих стратегій.

У недосконалості державного менеджменту переконують напрацювання А. Барзиловича, Ю. Сенюка, З. Надюка, які узагальнено характеризують реформу СОЗ, спираючись на нормативно-правову базу. Остання основними реформаторськими інструментами визначала: концепцію, Загальнодержавну програму, Державну цільову програму і Міжгалузеву комплексну програму, Програму уряду, заходи, Національний план, дорожню карту, порядок, положення, регламент, пілотний проєкт, а також інструменти, що забезпечують автономізацію, акредитацію, ліцензування, фінансові гарантії, субвенцію. Також застосовано такі інструменти, як: нормативи, типові штати, експертиза, тарифи, модель медичного страхування, державний гарантований пакет, єдиний закупівельник медичних послуг, контрактна модель фінансування, система e-Health, договірні відносини тощо. Тобто для реалізації застарілої Д(П)ПОЗ використано важливі інструменти, але вони є другорядними і доцільні для нижчих рівнів управління, тому що відсутня

офіційно затверджена Д(П)ПОЗ, розроблена на сучасних підходах до її розуміння із застосуванням стратегічного інструментарію для реалізації цієї політики.

Наступною проблемою є політико-адміністративний спротив реформі СОЗ. Зокрема, у 2015–2019 рр. були конструктивні спроби узаконити нову Д(П)ПОЗ, а саме спроби унормувати законопроект «Про засади державної політики охорони здоров'я» [148]. Однак, ці спроби виявилися безуспішними: законопроект було включено до порядку денного 10 сесії ВРУ, але потім відкликано. Цей законопроект є прогресивним і відповідає сучасним вимогам до розробки політики держави. Позитивом є те, що другий пріоритетний напрям у новій Д(П)ПОЗ передбачає створення ефективної моделі НСОЗ. Перший пріоритетний захід передбачає організаційну перебудову національної та регіональних СОЗ, яка за характером є радикальною. У цьому законопроекті подано структуру НСОЗ, але недостатньо розкрито особливості загальних рис образу внутрішньої побудови, зокрема системи медичного обслуговування. У законопроекті остання розглядається як сукупність медичних закладів та фізичних осіб тощо. Перевага в законопроекті надається вимогам до медичного обслуговування, що, без сумніву, є вагомим аспектом. Утім, нова Д(П)ПОЗ не надає чіткої відповіді на питання, що ми прагнемо отримати за результатами радикального перетворення теперішньої СОЗ? Можна сказати, що це лишня деталізація. Проте, ідеологія політики держави має бути прозорою для розуміння реформаторами не тільки її принципів і пріоритетів, а й бачення образу того, що ми бажаємо отримати у майбутньому, яким шляхом і за використанням яких управлінських інструментів здійснити успішні і глибинні перетворення в медичній галузі. У цьому випадку Д(П)ПОЗ має постати не тільки її загальною базовою ідеологією, а й, уникаючи статичності і декларативності, відображати динаміку її реалізації, постати прозоро-прогностичним керівництвом до дій для публічної влади, передусім для ОВВ. Ця політика дійсно повинна бути довгостроковою, концептуально охоплювати повний цикл оновлення СОЗ у межах досяжного

часового горизонту. При цьому засади Д(П)ПОЗ мають систематично оновлюватися, адаптуватися до нових умов, що й визначено засадами внутрішньої та зовнішньої політики держави.

Змістовно законопроект «Про засади державної політики охорони здоров'я» [147] суттєво відмінний від чинної політики у сфері ОЗ [83]. Використано нову методологію розуміння політики держави в Україні. Проте, можна уточнити окремі позиції новоствореної Д(П)ПОЗ, а саме щодо розуміння:

– «об'єкта Д(П)ПОЗ» в аспекті не тільки функціонування НСОЗ, включаючи і її регіональні складові, а й її розвитку (реформування), що відповідатиме реалізації принципу «сталого розвитку цієї системи»;

– принципу «об'єктивність», в якому доцільно більш докладно розкрити зміст компетентного доказового менеджменту в аспекті належного відпрацювання Д(П)ПОЗ. Цей вид менеджменту є сучасним трендом публічної доказової політики, яка утверджується в Україні. Тому перелік термінів у розділі I «Загальні положення» необхідно доповнити розумінням доказового менеджменту.

Також доцільно запропонований перелік принципів доповнити принципом «стратегічного бачення розвитку НСОЗ» на віддалену перспективу як загалом, так і за складовими цієї системи щодо: охорони громадського здоров'я, медичного обслуговування; наукового, фінансового, кадрового й інформаційного забезпечення; регулювання доступу до лікарських засобів, вакцин, виробів медичного призначення та технологій; державної інформаційної політики. Втілення цього принципу тісно пов'язано з виконанням пріоритетних напрямів Д(П)ПОЗ і заходів їх реалізації, до яких законопроект відносить: створення ефективної моделі НСОЗ; визначення пріоритетів її розвитку, включаючи її регіональні складові; забезпечення солідарно-справедливого механізму розподілу тягаря витрат на послуги НСОЗ. Цінність принципу «стратегічного бачення розвитку НСОЗ» полягає в тому, що саме належно сформоване стратегічне бачення цієї системи

відповідь на питання: що саме ми бажаємо отримати? Таке бачення додатково уточнить пріоритети Д(П)ПОЗ, стратегічні цілі, напрями і процеси розвитку НСОЗ на відповідний період. Саме цей принцип є одним із тих, що наголошує на використанні інструментів доказового менеджменту; форсайт-технології як способу формування образу майбутнього; теорії і практики інновацій в ПУА як способу впровадження цього образу. Обґрунтоване використання цих інструментів збагатить зміст нової ДПОЗ, усуне її декларативність і вона дійсно постане конкретною ідеологією й динамічним керівництвом до дій, передусім для ОБВ.

Найактуальніші перспективи розв'язання зазначених вище проблем у реалізації Д(П)ПОЗ висвітлюють К. Надутий, В. Лехан, І. Найда, які запропонували прогресивний і своєчасний проект Концепції безперервного вдосконалення НСОЗ [117]. По суті, ця Концепція є: глобальною новацією і ціннісним орієнтиром для розробки Д(П)ПОЗ. Цінність і достовірність цієї Концепції доведено за допомогою процедури Дельфі. Дослідники визначили мету Концепції, основні цілі (завдання), принципи організації нової НСОЗ, а також розробили стратегію її розвитку. Автори пропонують використати цю Концепцію як довгостроковий ціннісний орієнтир засад для розробки офіційно унормованої Д(П)ПОЗ і реформи НСОЗ. Погоджуючись зі змістом запропонованих 10 стратегічних принципів, доцільно окремі з них уточнити й розглядати першорядними, а саме принципи:

– «інноваційність», згідно з яким нову НСОЗ слід розуміти як складну соціальну інновацію, упровадження якої зумовить довгострокові радикальні перетворення традиційної СОЗ у масштабних України з використанням комплексу сучасних методів менеджменту;

– «системного комплексного розвитку та інтегрованості», згідно з яким розуміти нову НСОЗ комплексною на етапах формування й реалізації ДПОЗ. На першому етапі НСОЗ має комплексно поєднати її головну інноваційну ідею та другорядні (супроводжуючі) ідеї, які забезпечать цілісне й належне функціонування цієї системи загалом. На другому етапі питання

комплексності також постане, оскільки обов'язково відбудеться пристосування (перевинайдення, адаптація) нової НСОЗ до традиційних умов. А складність нової НСОЗ обов'язкового зумовить поетапне впровадження її основних елементів;

– «доказовість і безпека», згідно з яким слід розуміти необхідність використання сучасного комплексу наукових методів, практичних експериментів, які доведуть доцільність обраного образу нової НСОЗ і способів її впровадження.

Слід зазначити, що Ю. Соколовська висловила офіційну позицію Офісу Президента України [112] (13.01.2021) щодо медичної реформи в Україні: гарантувала незворотність її продовження. До поточних проблем вона віднесла:

– зменшення обсягу фінансування медпослуг, зумовлене проявом епідемії коронавірусу і, у зв'язку із цим, необхідність перегляду чисельності медперсоналу; неготовність органів місцевого самоврядування бути ефективними власниками медичних закладів;

– відсутність контролю держави за якістю надання медпослуг і заходів впливу на лікарні за невиконання умов договору з НСЗУ; механізмів поновлення порушених прав пацієнтів; клієнто-орієнтованої практики щодо забезпечення поваги до гідності та особистості пацієнта;

– обмежена увага охороні громадського здоров'я, протиепідемічним заходам, протидії інфекціям.

Також Ю. Соколовська зазначила, що дотримується курс на осучаснення управління охороною здоров'я, інтеграцію до загальносвітових практик доказовості, визнаних протоколів лікування, стандартів фінансування.

Проведений аналіз дозволив сформулювати поле проблем державної політики з реформування СОЗ. Ці проблеми систематизовані за відносно самостійними групами (таблиці 1–4, Додаток Г), що стосуються: Д(П)ПОЗ; державного механізму її формування і реалізації, її інструментального забезпечення і професійної компетентності публічних службовців і

менеджерів у цій сфері. Кожна з груп проблем свідчить про наявність прямих або опосередкованих прогалин у процесах формування й реалізації Д(П)ПОЗ. Звісно, існує потреба «прорідити» поле основних проблем, виходячи з їх належності до предмета спеціальності «Публічне управління та адміністрування». Для ранжування цих проблем використано метод експертних оцінок, заснований на розробці та використанні спеціальної анкети (Додаток В). За результатами експертного опитування (проведене онлайн у поточному році за участі 110 осіб, більшість з яких є медичними працівниками), виявилось, що найбільш впливовими на формування проблем реформування СОЗ є недоліки, пов'язані з Д(П)ПОЗ (табл. 1.5). Її недосконалість зумовлюють усі інші проблеми реформування СОЗ в Україні (рис. 1.7).

Таблиця 1.5

Відповіді на питання: Як Ви оцінюєте рівень впливу кожного із перелічених нижче недоліків на формування проблем реформування СОЗ?

№	Зміст недоліку	Рівень впливу, %					
		Високий + достатній	Високий	Достатній	Більш-менш	Слабкий	Відсутній
1	Недоліки в державній політиці охорони здоров'я	82,8	56,4	26,4	11,8	5,5	0
2	Недоліки в інструментальному забезпеченні реформи системи охорони здоров'я	79	44,5	34,5	13,6	7,3	0
3	Недоліки в професійній компетентності менеджерів у сфері охорони здоров'я	78,5	43	35,5	16,4	5,5	0
4	Недоліки в професійній компетентності публічних службовців у сфері охорони здоров'я	78,4	42	36,4	15,5	6,4	0
5	Недоліки в державному механізмі формування політики держави	77,4	46,4	31	16,4	0,63	0

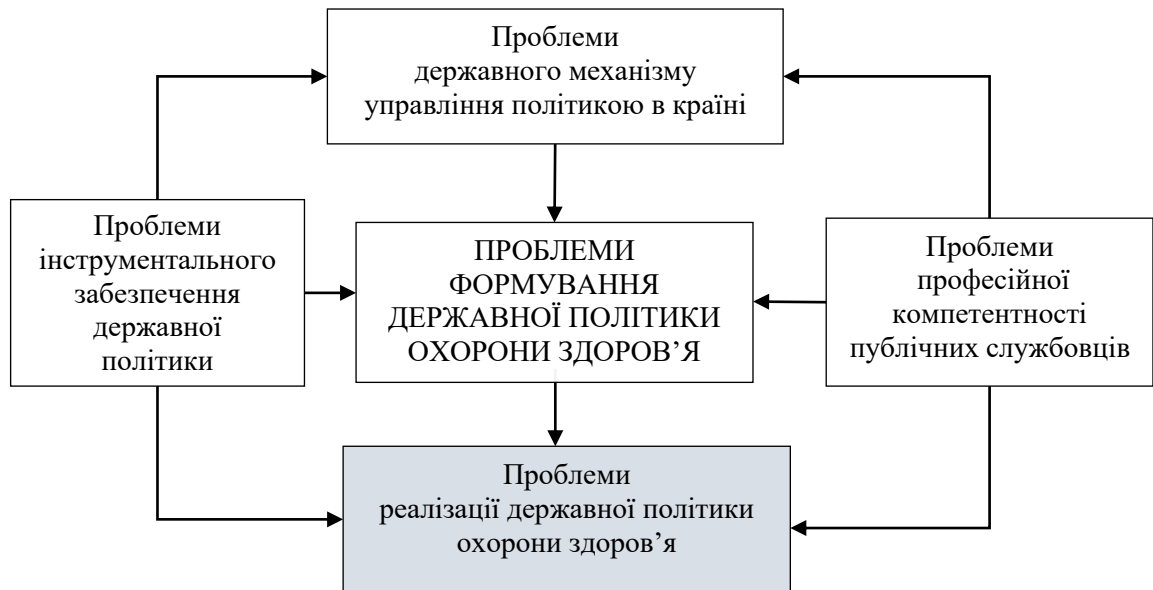


Рис. 1.7. Поле проблем формування і реалізації Д(П)ПОЗ
(складено авторкою)

Теперішні недосконалості Д(П)ПОЗ є науковою найвагомішою проблемою для сьогодення, розв'язання якої потребує нових теоретико-прикладних розробок. У цьому аспекті найвагомішими є дослідження, що стосуються:

- формування доказової Д(П)ПОЗ на основі стратегічного бачення образу нової національної СОЗ з використанням форсайт-технологій;
- інструментів втілення нової НСОЗ на засадах теорії та практики нововведень у соціальних системах, зокрема в ПУА, оскільки цю нову систему необхідно розглядати як запозичену соціальну інновацію, яку потрібно адаптувати до вітчизняних реалій.

Висновки до першого розділу

За результатами досліджень першого розділу з'ясовано, що формування й реалізація Д(П)ПОЗ є однією з найвагоміших функцій і завдань публічного управління та адміністрування, яка підпорядкована законам і закономірностям його існування. Проте, експерти української медичної спільноти наголосили, що за 30 років незалежності України не сформульовано й законодавчо не закріплено принципи, мету, цілі й цінності цієї політики. Чинна Д(П)ПОЗ є застарілою, оскільки затверджена ще у 2000 р. указом Президента України, де визначено актуальні на той час тільки державні й галузеві пріоритети, які нині залишаються без змін; відставання від подібних реформ у країнах СНД становить майже на 20 років.

Спроба законодавчо унормувати законопроект «Про засади державної політики охорони здоров'я», ініційований групою народних депутатів України у 2015–2019 рр., виявилася невдалою. Експертне опитування засвідчило, що: на теперішній час Д(П)ПОЗ є дуже актуальною й актуальною (сумісно) – так вважають 89,1% респондентів; реформа СОЗ є більш-менш успішною (40%) і слабо успішною (42,7%). Також опитані вважають, що реформу СОЗ суттєво стримують відсутність стратегічного бачення образу майбутньої СОЗ в Україні (92,6%) і нової Д(П)ПОЗ (99,9% респондентів).

Охарактеризовано державну (публічну) політику як предмет і об'єкт ПУА. Доведено, що політична сфера суспільства включає два окремі середовища, які створені політичними суб'єктами публічної влади й громадськості. Вони проаналізовані за ознаками: політичні суб'єкти, діяльність, відносини та культура. Шляхом системно-діяльнісного моделювання «владну» політичну діяльність представлено відкритою системою, яка поєднує основні взаємопов'язані складові (політичний і управлінський процеси, ресурси), провідні види та способи їх супроводу, зовнішнє оточення. Визначено поняття «політична діяльність публічного

управління з формування та реалізації державної політики» – це відкрита система, яка поєднує управління, здійснення й забезпечення політичного процесу суб'єктів публічної влади та громадськості, а також внутрішні й зовнішні ресурси, види та способи супроводу, механізми публічної політики. Також розкрито сутність прикметника «публічний»: з одного боку, він позначає відкритість і прозорість (публічність) політичного процесу в інтересах всього суспільства, з іншого – підкреслює участь у ньому суб'єктів громадськості.

Досліджено формування й реалізацію Д(П)ПОЗ (як об'єкт ПУА) і з'ясовано, що вона забезпечується механізмом управління політикою в країні (галузі, зокрема охорони здоров'я), який поєднує недержавний і державний механізми. Останній утворений нормативно-правовими засадами, його основними складовими є: ВРУ, Президент України, КМУ, Рада Національного банку України, ОБВ усіх рівнів і участь суб'єктів громадськості; принципи, пріоритети, види і сфери політики, завдання, компетенції, повноваження, регламент, положення, методологія тощо. Найбільш активним і дієвим є механізм державного управління, у складі якого «профільне» міністерство у відповідній галузі є основним актором з формування й реалізації внутрішньої політики, зокрема щодо Д(П)ПОЗ. Механізм управління політикою держави структуровано за етапами політичного процесу. Розкрито методологію здійснення політичного процесу за відповідними етапами. У супереч з цим загальним засадам, Основи законодавства у сфері охорони здоров'я (чинне з 1992 р.) визначили галузевий механізм, який формування Д(П)ПОЗ покладає на ВРУ, що суперечить Конституції України та засадам внутрішньої політики держави.

Проаналізовано наукові й експертно-аналітичні праці, результати спеціального онлайн-опитування щодо виявлення проблем реалізації державної політики реформування СОЗ в Україні. Виявлено загальне поле проблем, яке згруповано за ознаками недосконалостей: державного механізму управління Д(П)ПОЗ; державної політики реформування СОЗ; реалізації її

реформи; кадрового й інструментального забезпечення реалізації Д(П)ПОЗ. Згруповано поле основних проблем, де за рейтингом визначено перші п'ять основних проблем. Це недоліки в: ДПОЗ (82,8%); інструментальному забезпеченні медичної реформи (79%); професійній компетентності менеджерів (78,5%) і публічних службовців (77,4%); механізмі формування політики (74,8%). Експерти визначили, що основна проблема зумовлена передусім застарілістю чинних державних і галузевих пріоритетів; невідповідністю Д(П)ПОЗ доказовому підходу. Інші проблеми за рейтингом передусім зумовила головна проблема. Унормувати законопроект про нові засади ДПОЗ не вдалося. Саме цю проблему обрано для подальшого дослідження.

РОЗДІЛ 2

РОЗВИТОК МЕТОДОЛОГІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

У попередньому розділі досліджено сутність предмета політики в ПУА й механізму управління політикою держави в Україні. Також виділено поле проблем реформування НСОЗ у вітчизняному просторі, яке зумовлено не лише відсутністю сучасної ДПОЗ, а й суперечністю між державним і галузевим механізмами управління цією політикою та недосконаlostями: інструментального забезпечення процесу її формування й реалізації; професійно-реформаторської підготовки управлінців у сфері охорони здоров'я. З'ясовано, що покращенню процесу реформи НСОЗ, усуненню зазначених недосконалостей сприятимуть розробка й унормування нової ДПОЗ, заснованої на сучасних управлінських інструментах, урахуванні вітчизняного й зарубіжного досвіду реформи НСОЗ [31; 29; 36;135;137].

2.1. Зарубіжний досвід реформування національних систем охорони здоров'я

Вивчення кращих світових практик реформування НСОЗ, їх запозичення й адаптація до вітчизняних реалій збагатить знання про особливості наднаціональних і національних СОЗ, що сприятиме поглибленому розумінню процесу медичної реформи в Україні. Іноземний досвід цих реформ досліджує широке коло вітчизняних і закордонних науковців, а саме: М. Білинська, Л. Бондарева, В. Воробйова, Д. Гайдаш, Т. Камінська, Н. Карпишин, Н. Коба, О. Коваленко, І. Мартусенко, Г. Муляр, Х. Огата, М. Олещик, Н. Піроженко, М. Поворозник, Я. Радиш, В. Річел, К. Руських, Р. Салтман, Т. Семигіна,

Т. Сіташ, М. Співак, А. Ткаченко, Дж. Фігейрас, О. Худоба, В. Черномаз, Н. Юристовська, Т. Ямненко, О. Яремчук та ін. Цінні напрацювання викладені у звітах, статтях, інформаційних довідках, монографіях і дисертаціях про реформи НСОЗ різних країн світу зокрема [36;38; 53; 121; 183; 190;241;242; 246; 247; 253;255; 254; 258]), їх ініціативи, організацію, фінансування й надання медичних послуг (далі – МП).

Вивчаючи медичні реформи в країнах Центральної Азії, В. Річел та ін. [253; 254] наголошують, що в цих країнах не приділяють належної уваги: прогнозуванню факторів успіху й невдач; комплексному підходу до реформ у країнах з перехідною економікою; гострій потребі в професійних кадрах, фінансових ресурсах і міжнародних проєктах. Обмежена увага до цих питань зумовить слабку стійкість здобутків реформ. У межах проєкту TacisBISTRO проаналізовано досвід країн Європи щодо фінансування НСОЗ [53]. Д. Гайдаш [38] дослідив механізми реформування СОЗ у Польщі в умовах підготовки до вступу в ЄС; запропонував модель та напрями вдосконалення вітчизняної Д(П)ПОЗ. Пострадянські тренди у сфері охорони здоров'я дослідили Б. Рехель, Е. Річардсон, М. Маккі [253]. Аналізуючи досвід країн ЄС останніх десятиліть ХХ ст., Г. Слабкий, Г. Пархоменко [190], Р. Салтман і Дж. Фігейрас [183, с. 13–16] зазначають, що реформи НСОЗ відбулися за підтримки Регіонального бюро ВООЗ, завдяки якій створено: спеціалізовані бази даних і інформаційні системи; мережі обміну досвідом і підтримки осіб, що приймають рішення, їх консультивання щодо розробки політики й підготовки реформаторів.

Цінним є розуміння Р. Салтманом і Дж. Фігейрасом терміна «реформа», яке нині є актуальним і популярним у суспільстві, офіційних документах, стратегічних комунікаціях політиків, державників, публічних службовців, науковців, практиків і пересічних громадян. Ці дослідники, зокрема, поняття «реформа охорони здоров'я» трактують так: *життєвий цикл* (процес) реформи СОЗ, який включає етапи визначення пріоритетів, удосконалення політики і інституційних перетворень; *керований публічною владою* всіх рівнів

процес довгострокових, масштабних, цілеспрямованих і радикальних змін; сукупність заходів, визначення специфічних характеристик нової СОЗ; *цілеспрямований спосіб* розв'язання назрілих суспільно значущих і водночас суперечливих проблем умедичній галузі (рис. 2.1).

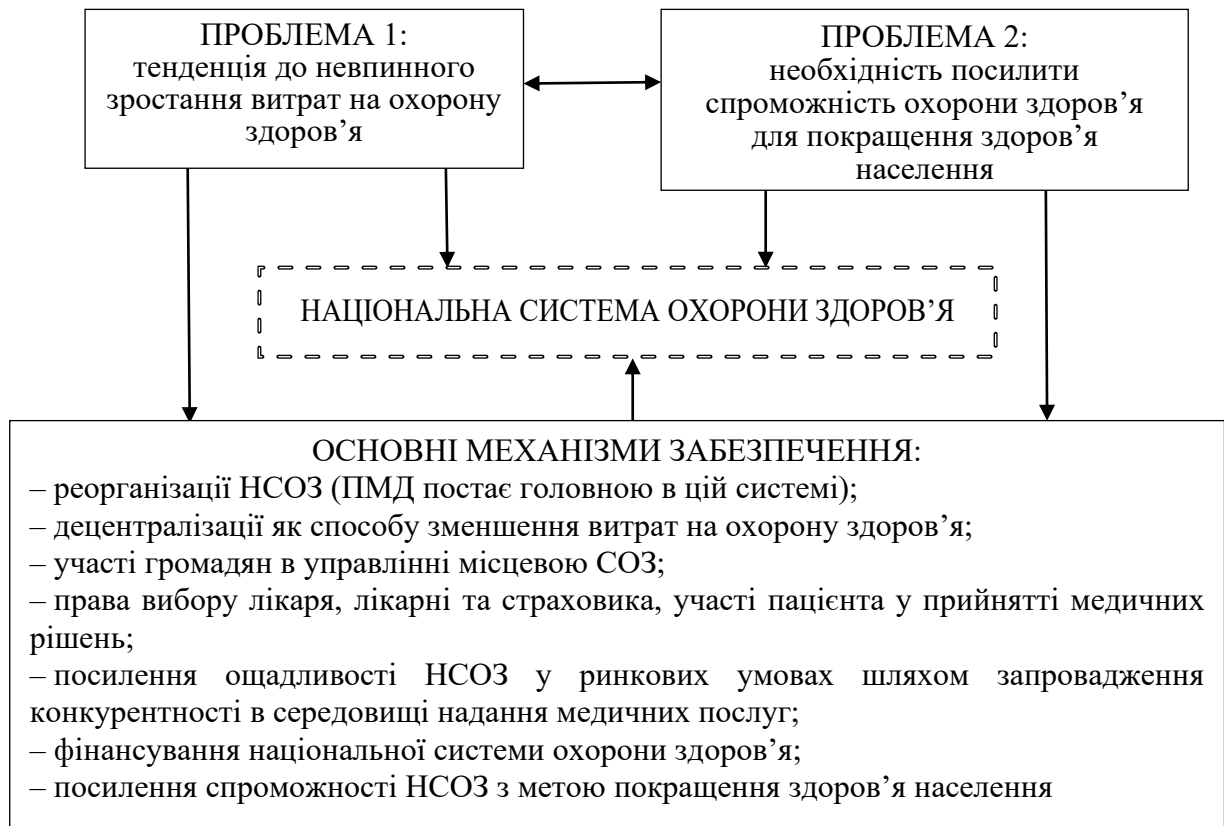


Рис. 2.1. Проблеми й механізми посилення ощадливості та спроможності НСОЗ (складено авторкою, спираючись на джерело [183])

Р. Салтман і Дж. Фігейрас зазначають, що реформи НСОЗ у Європі були викликані необхідністю розв'язання проблем, зумовлених: з одного боку, невинним зростанням фінансових витрат на МП унаслідок старіння населення, збільшення обсягів хронічних захворювань і інвалідності, упровадженням нових методів і технологій лікування, нових очікувань суспільства, з іншого боку, необхідністю посилення здатності цих систем покращити здоров'я населення згідно із цілями ВООЗ за умови ощадливого використання ресурсів передусім фінансових у ринкових умовах. Вирішення цих проблем забезпечувалося шляхом (рис. 2.1 [183, с. 61, 346–366]): по-

перше, відокремлення первинної медичної допомоги (далі – ПМД) від вторинної і третинної МД, утвердження в НСОЗ ПМД головною з-поміж інших видів допомоги; широкою її доступністю і найменшою витратністю для населення, здатною забезпечити масову профілактику хронічних захворювань і інвалідності, спроможною лікувати хвороби і протидіяти їх поширенню; *по-друге*, запровадження сукупності механізмів, які в ринкових умовах забезпечили б ошадливе витрачання коштів на НСОЗ і підвищили її спроможність до якісного надання МП у ринкових умовах.

Г. Слабкий, Г. Пархоменко, В. Лехан, В. Рудий і О. Зюков [99; 101; 190] зазначають, що в Україні (рис. 2.1), спираючись на зарубіжний досвід: пріоритетом структурної перебудови НСОЗ обрано розвиток ПМД, створення нового типу лікарень вторинної МД, упровадження принципово нової системи фінансування СОЗ, децентралізацію планування й розподілу ресурсів, мотивацію медичних закладів і лікарів до ефективної праці та раціонального використання ресурсів.

Становлення ПМД припадає на часи зародження медицини у світі [135]: (V–X стт.). У XX ст. ПМД визнана одним із пріоритетів розвитку НСОЗ. Її активному і глобальному впровадженню сприяв розвиток її інституціональних засад, зокрема: закріплення принципів побудови ПМД, утворення Всесвітньої асоціації сімейних лікарів (WONCA, 1972 р.); прийняття Алма-Атинської декларації (у 1978 р. за участю 157 країн світу); її підтримка ВООЗ, визнання нею ПМД суспільно значущим здобутком для розвитку НСОЗ.

Про це наголосили Люблінська декларація (1996 р.), відповідна Хартія, Всесвітня декларація ВООЗ (1998 р.). Для покращення доступу до ПМД в ЄС ВООЗ запроваджено Програму «Здоров'я для всіх у XXI ст.» (1998 р.). Перевагами ПМД визнано те, що: її послугами користуються майже 90% населення більшості країн світу; вартість послуг значно нижча, ніж для вищих рівнів МД; завчасне виявлення і належне лікування хвороб зменшує витрати на НСОЗ загалом. Однак, узагальнюючи 40-річний розвиток ПМД, В. Ткаченко [203] наголошує, що поряд з досягненнями мають місце і недоліки, а

саме: основні МП доступні лише для 50% населення світу. Для подолання цієї проблеми ВООЗ пропонує збільшити видатки на ПМД не менш, ніж 1% від ВВП країни.

Зарубіжний розвиток ПМД привернув увагу дослідників, зокрема: К. Руських [178] розподіляє досягнення країн Центральної та Східної Європи (далі – ЦСЄ) на більш і менш успішні або невдачливі; визначає найуспішнішою Естонію, де досягнуто достатній рівень доступності і організації ПМД, пацієнти висловлюють вдовolenня; формулює уроки для України; О. Яремчук [237], як приклад для України, розглядає досвід Німеччини, США, Франції, Австралії, Канади, Туреччини, Македонії, інших країн; В. Черномаз, Н. Піроженко [226] характеризують роль і досвід функціонування ПМД у світі; пропонують напрями вдосконалення відповідної Д(П)ПОЗ; Н. Юристовська [234] узагальнила успішний досвід реформ НСОЗ країн ЄС, визначила інструменти, що забезпечують рівноправний доступ сільського населення до ПМД, внесла пропозиції до їх впровадження в Україні; Л. Бондарева [16] дослідила державне регулювання організації МД у країнах ЄС щодо її доступності і якості; довела доцільність застосування їх досвіду в Україні, зокрема шляхом створення спеціалізованих підрозділів у складі райдержадміністрацій – замовників медичних послуг; пропонує запровадження державно-приватного партнерства, ринкових і саморегулюючих інститутів.

Вкрай важливим питанням для України є вибір кращої зарубіжної системи державного управління НСОЗ. Порівнюючи зарубіжні країни з найвищою тривалістю життя, О. Худоба [219]: доводить, що діяльність їх НСОЗ має переваги за окремими показниками; вважає привабливим для України досвід Австралії, Нідерландів, Естонії, Норвегії, Франції, Чехії і Швейцарії. Проте, вона стверджує, що їх досвід у повному обсязі проблематично адаптувати до реалій України. В ході медичних реформ в Європі (рис. 2.1 [183, с. 72–94]) застосовано механізм децентралізації системи управління НСОЗ

шляхом розподілу повноважень і фінансування за рівнями управління. Цей механізм:

- раціоналізував розподіл ресурсів, залучив місцеву владу і населення до вирішення проблем місцевої СОЗ; сприяв покращенню медобслуговування і рівності доступу до нього; делегував прийняття політичних рішень на місцевий рівень;

- забезпечив вищий рівень гнучкості, швидкості реакції, ефективності у вирішенні проблем і відповідальності місцевої влади.

Недоліками цього механізму є ослаблення повноважень центральної влади; нерівність доступу до послуг, політичні маніпуляції. Децентралізація управління є життєво спроможною тільки за наявності професійно підготовлених управлінських кадрів на місцевому рівні; недоцільна при прийнятті стратегічних рішень щодо принципів і ресурсів НСОЗ, регулювання громадської безпеки, моніторингу, оцінювання і аналізу стану здоров'я та діяльності органів управління.

Вивчаючи досвід медичних реформ Канади, Великобританії, Німеччини, Сінгапуру, Т. Камінська [68; 69] обґрунтовує необхідність децентралізації НСОЗ в Україні, наголошує на посиленні автономізації її медичних закладів, їх фінансування, а також пропонує лібералізувати фармацевтичний ринок. В Європі механізм децентралізації посилено шляхом впровадження (рис. 2.1, [183, с. 72– 94]):

- *по-перше*, механізму забезпечення права участі громадян в управлінні місцевою СОЗ, зокрема через їх участь у місцевих радах і комітетах щодо охорони здоров'я, в консультаціях органів влади з місцевими громадами (в Фінляндії і Великобританії); утворення громадських організацій із захисту інтересів пацієнтів; зростання активності ЗМІ щодо прав громадян у виборі МП (в країнах ЦСЄ);

- *по-друге*, механізму забезпечення права пацієнта (зокрема, в Польщі, Великобританії, Фінляндії, Нідерландах) на отримання якісних МП сучасного рівня і інформації про стан здоров'я; догляду від членів сім'ї і друзів; послуг

священика, конфіденційного і достойного поводження з пацієнтом; можливості відмови від частини МП, доступу до засобів зв'язку, листування тощо. Зокрема, в Нідерландах цей механізм посилено шляхом визнання договору між пацієнтом і лікарем як *спеціальний договір* у рамках договірного права; в Італії впроваджено *трибунал з питань прав пацієнта*; у Фінляндії при міністерстві соціального забезпечення і охорони здоров'я діє *Рада визначення збитку*, спричиненого пацієнту, визначає, якій мірі і у який спосіб його мають компенсувати.

Аналізуючи міжнародне право і праці науковців, Т. Ямненко [236] також стверджує, що: захист прав пацієнтів у країнах Європи є на високому рівні (визначено стандартами оцінки діяльності суб'єктів НСОЗ); реформа НСОЗ є надскладним процесом, оскільки медичні заклади є консервативними, тому пропонує застосувати нові методи управління й оплати МП, посилити контроль, використати європейський досвід щодо політики якості, впровадити незалежну Національну агенцію контролю якості і укомплектувати її досвідченими фахівцями.

Реформами НСОЗ у країнах Європи також запроваджено механізми щодо права свободи вибору лікаря, лікарні і страховика, а також участі у прийнятті медичних рішень (рис. 2.1 [183, с. 100–104]). Ці механізми в кожній країні несхожі і складні в застосуванні. Участь пацієнта у прийнятті рішень можлива, але в окремих випадках. Право вибору сімейного лікаря і лікарні поширено в країнах Європи. Так, у Фінляндії прикріплення до лікаря і лікарні визначається, виходячи з місця проживання пацієнта. Вільний вибір страховика можливий в: Ізраїлі, де діє конкуренція між страховими компаніями; країнах Північної Європи тільки для заможних осіб. В інших країнах вибір страховика є неможливим, оскільки: принципи «конкурентність» і «солідарність» є непоборно конфліктними; і цей вибір є значно дорожчим. Однак, застосування механізму конкуренції забезпечує підвищення ефективності і зменшення витрат на НСОЗ.

В Європі використовуються здавна відомі моделі *солідарного механізму фінансування НСОЗ*, в яких поєднано фінансування: *обов'язкове* (податки і внески соціального страхування) і *добровільне* (внески добровільного медичного страхування і пряма оплата МП пацієнтом) [183, с. 179–190]. Ці механізми поєднують джерела фінансування, одне з яких домінує. В Європі відомими є три основні моделі: *Бісмарка*, де переважає медичне страхування (Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Люксембург, Нідерланди і Швейцарія); *Бевєріджа*, де переважає бюджетне фінансування (Данія, Фінляндія, Ісландія, Ірландія, Норвегія, Швеція і Велика Британія); *змішана модель*, яка поєднує попередньо зазначені моделі і яка притаманна Греції, Ізраїлю, Італії, Португалії, Іспанії і Туреччині. Ці моделі є новими для країн ЦСЄ та СНД.

Питання фінансування НСОЗ є надактуальним і привертає увагу багатьох дослідників в Україні, зокрема:

– Н. Бортник, Я. Янчак [17], В. Долот [52] аналізують досвід реформи НСОЗ зарубіжних країн, їх класифікації, формулюють пропозиції щодо підвищення ефективності використання бюджетних коштів на оплату МП, джерел фінансування, забезпечення доступності медичного обслуговування; втілення іноземного досвіду з врахуванням вітчизняної специфіки;

– А. Бурбела [18] дослідив досвід фінансування НСОЗ пострадянських країн, в яких фінансова реформа започатковувалася з впровадження обов'язкового медичного страхування, введення податку з заробітної плати і децентралізації управління охороною здоров'я.

– Т. Камінська [68], І. Мартусенко і Т. Сіташ [109; 188], досліджуючи світові практики страхування і фінансування НСОЗ, вказують на різноманіття їх форм і напрямів, ступеня участі держави і громадських організацій; характеризує основні моделі фінансування, якими вважає моделі Бевєріджа, Бісмарка і приватного медичного страхування;

– О. Коломієць [80], спираючись на зарубіжний досвід, розглядає проблеми організації охорони здоров'я в Україні, визначає потенційні ризики, які зумовлені обов'язковими співплатежами, що може

скоротити державні зобов'язання з надання МП, відмову від них частини населення або від найбільш вартісних видів, збільшення адмінвитрат, порушення принципу доступності тощо;

– В. Костюк [87] досліджує НСОЗ країн світу і пропонує обрати для втілення у вітчизняному просторі ті моделі, що засновані на принципах: відповідальності держави, доступності і якості МП, зручності їх отримання і рівності доступу до них, найефективнішого використання наявних ресурсів;

– В. Лехан, В. Гінзбург, Е. Борвінко [100], порівнюючи модель Семашко і модель, використану на початку реформи НСОЗ в Україні, зазначають, що вони суттєво різняться; остання модель наближається до найбільш ефективних, але зберігає деякі вітчизняні особливості;

– М. Поворозник [123, 124] характеризує переваги і недоліки *споживчо-орієнтованої (приватної) моделі* МП (поширена в США, в якій домінує страхове фінансування НСОЗ) і *соціально-орієнтованої (солідарно-корпоративної) моделі* (модель Бісмарка), яка найбільш розвинена у Франції; аналізує модель Беверіджа на прикладі Великобританії і модель Семашко на прикладі СРСР;

– С. Скрипник [189] досліджує особливості, досягнення і недоліки поширених у світі моделей фінансування НСОЗ; аналізує сучасну модель фінансування, що впроваджується в Україні; акцентує увагу на її економіко-правових проблемах і обґрунтовує концепцію побудови оптимальної моделі фінансування медичної галузі в Україні;

– В. Воробйов [25] аналізує право багатьох країн світу щодо соціального страхування при втраті працездатності і доводить, що механізм фінансового забезпечення НСОЗ можна успішно удосконалювати в рамках бюджетного фінансування і соціального медичного страхування;

– Н. Карпишин [71–73] характеризує визнані у світі моделі надання МП, визначає переваги «державної» моделі, вносить пропозиції щодо фінансового забезпечення реалізації державних функцій на ринку медичних послуг;

– В. Лазоришинець та ін. [96] порівнюють принципи фінансування вітчизняної і зарубіжних НСОЗ, характеризують світовий досвід державного регулювання ціноутворення тощо;

– Г. Муляр [114] аналізує зарубіжний досвід реалізації права на охорону здоров'я щодо рівня якості надання МД і функціонування НСОЗ загалом (доступність МД, адміністративна ефективність, результати МП, фінансування); доводить, що єдиної досконалої моделі фінансування не існує; напрями вдосконалення вбачає в бюджетному фінансуванні і медичному страхуванні;

– В. Найштетік, досліджуючи американську, німецьку, французьку та італійську системи медичного страхування, стверджує, що Україна може використати їх досвід, обираючи найбільш прийнятні риси їх страхування для українського суспільства;

– І. Януль аналізує зарубіжний досвід реформ НСОЗ і вважає, що: їх реорганізація, запровадження страхової медицини має ґрунтуватися на зростанні економіки і антикорупційних заходах; впровадження медичного страхування є надактуальним і першорядним завданням; необхідно формувати страхові фонди, розвивати добровільне медичне страхування, запроваджувати співпрацю держави і страхових компаній, формувати територіальні фінансові ресурси тощо;

– Х. Огата [249] характеризує систему надання медичної допомоги в Японії, котра має давні традиції приватної моделі, вважається найкращою у світі і є жорстко регульованою державою і раціональною за витратами;

– М. Олещик, інші [250] досліджує стан сімейної медицини в НСОЗ країн ЦСЄ, Росії; характеризує професійний склад лікарів, що задіяні до ПМД в Естонії, Румунії, Чехії, Словенії, Польщі, Болгарії і Литві.

В країнах Європи НСОЗ безпосередньо фінансуються Національною службою охорони здоров'я, яка реалізує конкурсно-контрактний підхід між замовником послуг і їх надавачем. Цей підхід придатний для застосування також і в неконкурентних умовах (рис. 2.1, [183, с. 14]). Його ідею запозичила

Великобританія у США, яка потім поширилася в країнах Західної і Східної Європи. Це є яскравим прикладом поширення соціальних інновацій у світі.

Посилення спроможності НСОЗ з метою покращення здоров'я населення забезпечується впровадженням механізмів підвищення ефективності управління медичними закладами і якості надання МД (рис. 2.1 [183, с. 304–316]). Перші механізми засновані на запозиченні відповідних методів з інших секторів економіки і бізнесу. Ці методи забезпечують: структурування основного процесу і конкретизацію його етапів, спрямованих на покращення задоволення медичних потреб пацієнтів; підвищення якості МП і механізмів укладання внутрішніх договорів; покращення ефективності управління, у т. ч. шляхом підвищення професійної компетентності управлінців, створення інформаційних систем, задіяних до прийняття рішень в клінічній, фінансовій і інших секторах.

Втілення якості надання МД в ЄС набуло рівня державної політики. Зокрема, в державних медичних закладах Франції, Нідерландів і Великобританії участь лікарів у забезпеченні якості є обов'язковою. Відомі різні підходи до побудови критеріїв якості. Основними вважаються 4 критерії: ефективна і своєчасна допомога; ефективне використання ресурсів; задоволення потреб пацієнта і результативність лікування. Важливими принципами забезпечення якості обрано: 1) безперервність; 2) різні методи вимірювання якості; 3) розмежування між внутрішніми і зовнішніми підходами до забезпечення якості.

Перший принцип відображає етапи аудиторського процесу: вибір теми; встановлення критерія для вимірювання показника якості; встановлення реально досяжного його рівня; вимірювання фактичного рівня цього показника; порівняння цього показника зі стандартом; внесення змін або корегування (підвищення / пониження) стандарту з метою подальшого покращення / зниження якості.

Другий принцип полягає у вимірюванні: 1) структурних показників, що характеризують рівень підготовки персоналу, наявність технологій і

стандартів стаціонарного лікування; 2) інтервал часу між постановкою діагнозу і початком лікування (застосування відповідних ліків або методів лікування); 3) досягнення його результатів.

Третій принцип полягає у виділенні наявності і відмінності внутрішнього та зовнішнього підходів до забезпечення якості. Внутрішнє забезпечення якості покладається на штатні посадові особи, які для цього призначені в медичному закладі. Втручання із зовні, зокрема зовнішнього аудитора, в основному передбачає впровадження тільки окремих засобів покращення якості. Таким вагомим інструментом є акредитація медичних закладів, яка визначає мінімальні стандарти якості.

За підтримки ВООЗ в країнах ЄС безперервне підвищення якості МД забезпечувалося відповідними програмами, де якість оцінювалася за етапами: 1) визначення проблеми; 2) встановлення пріоритетів, показників, критеріїв і нормативів; 3) збір інформації; 4) оцінка якості; 5) внесення змін; 6) повторна оцінка і контроль якості. Зарубіжний досвід регулювання якості МП дослідила В. Карлаш [70], яка пропонує проводити відповідні дослідження, створити ефективну систему контролю якості МП, посилити мотивацію медичних працівників тощо.

Реалізація реформ НСОЗ в ЄС (рис. 2.2 [183, с. 367–400]): виявилася значно складнішою, ніж очікувалося; у багато випадках проявилися неочікувані наслідки і неадекватність планування процесу реформ тощо. Шляхом моделювання Р. Салтман і Дж. Фігейрас проаналізували реалізацію Д(П)ПОЗ в координатах: зовнішній контекст, процес, його зміст і дійові особи. Пропонуємо уточнити розуміння реформаторської діяльності шляхом її системно-діяльнісного моделювання, як відкритої системи, яка взаємозв'язує зовнішні і внутрішні складові (рис. 2.2).

Зовнішня складова включає такі основні елементи: 1) макроекономічна і політична ситуація, 2) соціальні цінності і 3) нововведення в НСОЗ інших країн. *Елемент 1* характеризує спроможність рівнів розвитку і стійкості економіки країни до здійснення масштабних і глибоких перетворень в НСОЗ.

Так, фінансові обмеження обумовили перенесення витрат на НСОЗ на населення, регіональні і місцеві органи влади в країнах ЦСЄ, СНД. Це, у свою чергу, знизило спроможність центральних органів планувати і мотивувати публічних службовців.

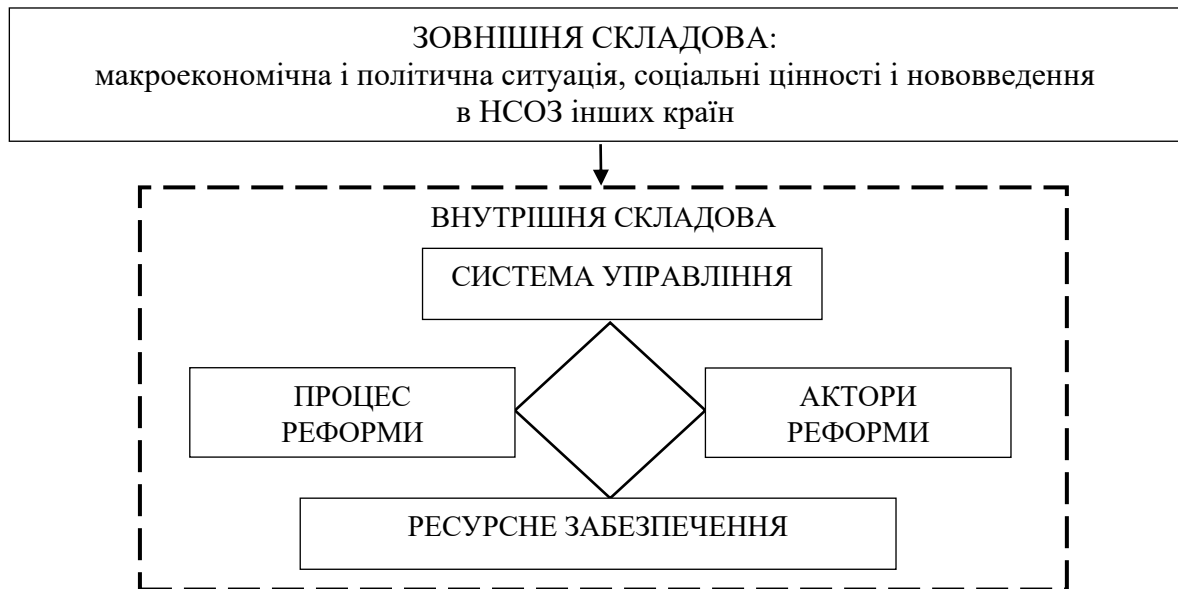


Рис. 2.2. Модель аналізу реалізації політики реформи НСОЗ (складно авторкою, спираючись на системно-діяльнісний метод і джерело [183])

Також вагомим чинником є політичні, індивідуальні, колективні і корпоративні інтереси до Д(П)ПОЗ. Їх відповідні впливи в будь-якій країні торкнулися здатності їх урядів щодо успішного проведення реформ. Зазначені особливості обумовили різні підходи до управління процесами реформ НСОЗ, що неодмінно вплинуло на темпи їх здійснення. Приміром: відповідальність за здійснення реформ покладалася або на уряд (Велика Британія) цілком, або розподілялася ще і на регіональну та місцеву влади (Данія, Швеція, Фінляндія), а також на самоврядні організації (Німеччина). Протилежні погляди на досягнення цілей реформ породили багатопартійний парламент або його нестійка коаліція; складні взаємовідносини «президент ↔ парламент ↔ регіональна влада». Теж вагомим є рівень статусу МОЗ в ієрархії публічної влади певної країни. Потужний спротив реформі в деяких країнах спричинила

заміна досвідчених публічних службовців на непрофесійних: публічна служба має бути незалежною.

Елемент 2. Соціальні цінності були слабо враховані у формуванні і реалізації Д(П)ПОЗ. Тому, проявився вплив дисбалансу цінностей між політиками, фахівцями і суспільством, що обумовило суперечливі погляди на механізми реалізації медичної реформи. Тобто розробка прийнятної і реалістичної Д(П)ПОЗ має враховувати позитивні і негативні впливи соціальних цінностей. В країнах Західної Європи дотримуються узгодження суспільних цінностей і цілей реформи, інакше можливий серйозний спротив. Приміром, можлива деяка невдоволеність якістю МП, але скорочення їх спектру, передача їх на ринок послуг породить пряме протистояння. Тобто, суспільство є прямим прихильником державних медичних послуг. Підвищення якості і доступності МП суспільство обов'язково підтримає. Можливі розриви між задекларованим і реалізованим обумовлені компромісами між державними і приватними впливами та обмеженнями бюджету. Уміння уряду переконати суспільство в отриманні позитивних наслідків, а не зосереджуватися на економічних труднощах, сприятиме просуванню реформи.

Елемент 3. Запозичення нововведень з інших країн є закономірністю щодо наслідування їх прогресивних моделей і концепцій в розробці власних реформ. Приміром, у 70–80 рр. ХХ ст. Греція, Італія, Португалія і Іспанія запозичили ідею Національної служби здоров'я у Великобританії. Потім вона поширилася не тільки в країнах ЄС, а з часом і в Латинській Америці, Африці і Азії. Однак, коли політики використали запозичену ідею в свої програмах, не розуміючи ресурсних потреб їх втілення, слід очікувати негативні наслідки. Це є фактором спротиву реформам особливо для слабо розвинених країн унаслідок відсутності професійних знань про можливості реалізації нового в інших умовах; про здатність управління реформою і їх нав'язуванні із зовні.

Внутрішня складова. Система публічного управління реформою НСОЗ (рис. 2.2, [183, с. 367–400]) значно вплинула на її успішність. Вище

зазначалося, що більшість урядів: розподілили цю систему між центральним, регіональним і місцевим рівнями управління; передали повноваження щодо планування, управління і прийняття рішень з найвищого рівня на нижчі; запровадили жорсткий і ліберальний контроль центрального рівня за діями влади нижчих рівнів. Ліберальний контроль допускав самостійний шлях реалізації Д(П)ПОЗ органами влади нижчих рівнів за умови, що вони мають власні доходи і центр переконаний у їх підпорядкуванні (тобто, зберігався державний вплив на нижчі рівні управління) тощо. Ключовий вплив на реформи мав статус МОЗ, його повноваження і легітимність. Приміром в країнах ЦСЄ і СНД передача повноважень на нижчі рівні влади і страховикам ослабила повноваження МОЗ. В інших країнах МОЗ теж було ослаблене, оскільки реформу фінансували органи соціального забезпечення або страхові компанії. Якщо ж реформа фінансується з бюджету держави, то ключовим у розподілі коштів є міністерство фінансів. Іншими ключовими факторами стримування реформи є, зокрема: незрозумілість політичних цілей, що дезорієнтувало проведення реформи; формулювання високих політичних цілей, досягнення яких незабезпечено ресурсами; розрив між політичними намірами і стратегією їх реалізації; нехтування взаємовідносинами між державним і приватним секторами, управлінцями і політиками, постачальниками і споживачами послуг. Проблемамаи постали: ресурси для побудови нових управлінських структур і інформаційних систем, підготовка професійних кадрів; взаємодія державних і приватних учасників реформи; протиріччя політичних цілей і соціальних цінностей.

Р. Салтман і Дж. Фігейрас підкреслюють, що управління процесом реформпотребує вміння оцінювати ситуацію і умови реформування з метою: виявлення сприятливих і стримуючих факторів; визначення цілей, розподілу відповідальності, використання правових і мотивуючих механізмів, визначення темпів процесу. Однозначне визначення цілей реформи зорієнтує на чітке обрання її напрямку і сприятиме суспільному консенсусу. Однак, головним є політичні повноваження уряду, його впевненість у проведенні

реформи навіть при наявності спротиву. *Розподіл відповідальності* може бути: або *чітко визначеним* шляхом створення невеликого спеціального підрозділу з унормованими повноваженнями; або *відсутнім* (опиратися на законодавство і стимульовану підтримку професійних груп). Спеціально розроблені стислі нормативно-правові засади (на відмінну від домовленостей між різними учасниками процесу) суттєво сприяють реформі, але не гарантують її просування. *Фінансові стимули* (разові і постійні) успішно застосовувалися, зокрема для започаткування реформ або проведення експериментів.

Р. Салтман і Дж. Фігейрас зазначають, що *Стратегія реформи НСОЗ* є ключовим фактором в управлінні її процесом. Її розробка потребує стільки ж зусиль, скільки і відпрацювання ДПОЗ. Універсальна Стратегія для всіх країн відсутня, оскільки є суттєві національні, економічні і історичні відмінності; особливості державного устрою і груп впливу на ДПОЗ. Розробка національної Стратегії полягала у виробленні ефективних стратегічних напрямів. Її реалізація зводилася до розробки плану дій, основними складовими якого є: підзвітність і відповідальність; структура управління процесом реалізації реформи; аналіз фінансових, людських і технічних ресурсів, етапи реалізації, включаючи терміни проведення заходів. Такий підхід є цінним, оскільки надає чіткий перелік керівних принципів для контролю за реалізацією реформ.

Процес реалізації Стратегії має бути заснований на двох взаємозв'язаних підходах:

1) досягнення консенсусу передусім з інформування про очікувані результати і можливі наслідки перетворень; тому, потрібно деталізувати процес перетворень, де розподілити завдання і обов'язки, необхідні ресурси (виявити потреби професійного навчання кадрів, інші складові потенціалу реформи), визначити орієнтири, що забезпечують відстеження виконання процесу реформи;

2) нарощування процесу реформи засновано на заходах досягнення консенсусу, плануванні реалізації політики.

Одночасно з розробкою будь-якої політики необхідно розробити план її реалізації. Краще політику представити у вигляді низки взаємозв'язаних проєктів, кожний із яких має власну стратегію їх реалізації. У наступному мають бути розроблені процедури моніторингу і оцінювання наслідків перетворень у відповідності до поставлених цілей.

Сприятливими умовами для розробки політики реформ є наявність: професійного потенціалу (технічні, управлінські і фінансові ресурси); доцільні культурні фактори для розробки і реалізації реформи НСОЗ; політичні союзи, засновані на формуванні доцільних відносин для успіху перетворень; системні заходи, а саме процедурні цілі, які сприятимуть перетворенням і їх здійсненню.

Також важливою характеристикою є *темп здійснення процесу реформи* (рис. 2.2), який може бути:

– *швидким*, за наявності структури управління, політичної волі, знань про стан економіки, підтримки основних зацікавлених груп, директивного плану крупного масштабу;

– *помірними* за наявності експериментів і поширення їх досвіду у просторі країни, що забезпечує вищу ефективність реформ, соціальну стійкість і більш придатний для слабкої політичної інфраструктури.

Проте, помірність може породити протистояння заінтересованими групами. Для його подолання необхідна широка консенсусна підтримка реформі. Темпи реформи тісно пов'язані із політичними факторами: видом державного устрою або участю окремих акторів, які сприяють / протидіють реформі. Приміром, Великобританія і Нова Зеландія стрімко та радикально провели реформу НСОЗ, спираючись на централізовану ієрархію планів, без експериментів, всупереч спротиву потужної опозиції і значної частини населення. Це підкреслює значущість солідарності уряду і парламентської більшості. Подібні темпи характерні і для Чехії, де теж відбулися радикальні зміни в НСОЗ. І, навпаки, в Фінляндії, Нідерландах і Швеції темпи були помірними, оскільки чинився зовнішній політико-адміністративний і суспільний спротив реформі.

Німеччина, спираючись на змішану державно-приватну і національно-регіональну організаційну структуру, здійснила помірний поетапний процес реформи. Спочатку було прийнято закони щодо ощадливості витрат на НСОЗ, спираючись на традиції і принципи медичного страхування, організаційні особливості і механізми фінансування. В Італії, Греції і Іспанії реформи НСОЗ також проводилися шляхом поступового нарощування потенціалу і супроводжувалися політичним спротивом, дефіцитом реформаторських кадрів, відсутністю незалежної публічної служби. В Італії і Іспанії темп реформ також стримувався процесом децентралізації, що надало регіональній владі самостійно визначати пріоритети, у т. ч. щодо розвитку НСОЗ.

Найбільш впливовими факторами на успішність процесу реформи НСОЗ[183, с. 384–391]) є: вибір найбільш сприятливої пори і протяжності «вікна можливостей» для реформи; фінансова підтримка, політична воля і керування; стратегічні союзи, підтримка суспільства, управління процесом, технічна інфраструктура і достатній потенціал.

Найбільш доцільним «вікном можливостей» є той час, коли сформувалися необхідні і конкретні сприятливі умови для проведення реформи. Саме пора глибоких політичних і соціальних перетворень в країні є часом історичних можливостей для реформ. Однак, темпи змін визначатимуть певні труднощі, зокрема економічні. Реалізувати наявні сприятливі умови можна протягом 5 років. Інакше суттєво зросте соціальний спротив.

Політична воля і керівництво є найважливішими чинниками успіху реформи. Політична воля і стабільність важлива, оскільки політичний вакуум (відсутність твердості і чіткості цілей політики), часта зміна уряду обумовлять появу нових, інших за суттю, варіантів політики реформи (краще, ворог хорошого), породить бездіяльність, домінування інтересів заінтересованих груп. До створення консенсусу може бути запрошений лідер із інших галузей. Утворення *стратегічних союзів* політичних прихильників обумовлено проявом активності у реалізації реформи низки учасників і зацікавлених груп. Особливо їх активність зростає у випадку

пасивності уряду. Ослабити політичний спротив можливо шляхом застосування пільг і стимулів. *Підтримка суспільства* (особливо заінтересована група) здатна впливати на реформу, якщо у населення сформовано переконання про її необхідність. І, навпаки, ігнорування цієї підтримки може стримувати реформу і, навіть, її відхилити, що можливо у випадку прояву протиріччя між соціальними і ринковими цінностями. Корисним інструментом переконання населення у наявності проблем і доцільних шляхів їх вирішення є *символізм*: найбільш сприйнятні і точні формулювання потрібних змін. Підтримка залежатиме від гостроти і спектру інтересів, їх узгодженості з цілями реформи, вагомості впливу ЗМІ.

Основними акторами (учасниками) реформ (рис. 2.2 [183, с. 379–384]) були населення, медичні працівники, політичні еліти і зацікавлені групи. Здатність населення (окремих індивідів, їх організованих груп) впливати на реформу НСОЗ є відносною і залежить від участі держави у цьому процесі. Механізми участі краще відпрацьовані в Ірландії, Нідерландах, Великобританії і Скандинавських країнах, ніж в країнах Південної і Східної Європи. Проте, думки пацієнтів враховувалися слабо. Хоча, було прагнення розширити участь населення, оскільки воно може ефективно сприяти змінам, а його відсутність буде перешкодою.

Медичні працівники мають достатньо потужний прямий і опосередкований вплив на реформу, оскільки вони: найбільш професійно поінформовані про стан НСОЗ; мають високий соціальний статус і можливість впливати через певні групи сприяння і професійні організації.

Політичні еліти (високого рівня політики, чиновники і управлінці, задіяні до формування і реалізації ДПОЗ) теж достатньо впливові на реформу НСОЗ. Так, чиновники, стратегічно уповноважені на проведення реформи і впливові на отримання їх результату, можуть чинити спротив, коли реформи змінюють, у т. ч. і їх соціальний статус, традиції і можливості. Тому, *політики* прагнуть отримати підтримку і в інших середовищах; можуть прямо

(опосередковано) сприяти (чинити спротив) реформі залежно від їх інтересів (хай все змінюється, але не в мене).

Зацікавлені групи (зокрема, представники фармацевтичних підприємств, виробництв медтехніки, страхових компаній) є теж значно впливовими: можуть ускладнити прийняття рішень переважно з метою захисту своїх інтересів.

Ресурсне забезпечення (рис. 2.2) поєднує інформаційну інфраструктуру і професійних реформаторів, здатних забезпечити належне управління реформою. Приміром, Чехія, Угорщина і Словенія досягнули великого успіху, спираючись на наявні кадрові ресурси і медичну структуру, створили нову НСОЗ. Професійне навчання кадрів актуалізувалося постійно. До їх підготовки запросили зацікавлені групи і зовнішні організації. Кадровий ресурс посилили фахівцями з аудиту і управління фінансами. Кадрове питання дослідили Л. Гаєвська, Н. Васюк, О. Ушакова [37], які спираючись на зарубіжний досвід, актуалізують підготовку керівників-лідерів і особливості кадрової політики у медичній сфері. Її характерною особливістю є [130; 135]:

- кадрова медична політика зарубіжжя ґрунтується на солідарній відповідальності держави і суспільства, включаючи суб'єкти медичної громадськості. Держава зобов'язана ефективно регулювати питання визначення і задоволення реальних кадрових потреб, а також ресурсно забезпечувати їх підготовку, її контролювати і результативно використовувати медичні кадри;

- контрактно-конкурсний підхід до призначення керівників закладів ОЗ, що, зокрема впроваджено у Польщі, у т. ч. щодо надання ПМД. На ці посади можуть також претендувати менеджери, економісти і адміністратори. Медична освіта не є обов'язковою для керівника;

- в країнах ЄС вимогою є наявність управлінської освіти для кандидатів на керівника медичного закладу, яка у більшості країн є обов'язковою, а для решти країн – бажаною; у зарубіжних країнах заклади вищої освіти (далі – ЗВО) формують широкую пропозицію з підготовки медичних керівників за

управлінською спеціальністю. Приміром, у Польщі відповідне професійне навчання здійснює Вища школа державного управління або Вища школа бізнесу. Термін навчання, наприклад у Франції, складає 27 місяців за відповідною програмою;

– особливість професійної діяльності сімейних лікарів полягає у тому, що вони є лікарями широкого профілю (мають лікувати 80% хвороб на первинному, більш дешевому рівні). Головним чином їх діяльність спрямована на профілактику захворювань, що обумовлює необхідність отримання специфічної підготовки цих лікарів. Наприклад, в Голландії термін їх перепідготовки складає три роки. Також, їх успішне ліцензування можливо за наявності постійного підвищення рівня кваліфікації.

Фінансова підтримка реформи є основною складовою ресурсу. Навіть за умови забезпечення ощадливості (в період економічного спаду) наслідки реформ не будуть відчутними в найближчій перспективі. Мали місце додаткові витрати на підготовку кадрів, створення інформаційних систем тощо. В країнах ЄС поширено надається увага визначенню пріоритетів фінансування [183, с. 161–168], які структуровані за рівнями на: національному рівні для медичної галузі; простір сфер послуг; конкретні види лікування; окремих пацієнтів, лікування яких потребує нових і коштовних методів. Приміром, вироблення пріоритетів в медичній галузі здійснювалося шляхом обговорення громадськістю доповіді уряду Нідерландів на протязі 4 років; виявлення думки громадськості і медичних фахівців щодо рекомендацій Парламентської комісії Швеції з питань формування пріоритетів. Слід підкреслити, що виявлення пріоритетів на місцевому рівні у Великобританії ґрунтувалося на форсайт-методології: проведено збори, опитування, конференції; використано методи Делфі і обстеження ринку, консультації з громадськістю, представниками громад і цільовими групами, лікарями загальної практики.

2.2. Методологія формування і реалізації доказової державної (публічної) політики охорони здоров'я

Напрацювання в розділі 1 розкрили концептуальне уявлення про Д(П)ПОЗ в Україні як предмет і об'єкт ПУА. На основі аналізу думок дослідників і експертів виявлено і систематизовано поле проблем реалізації Д(П)ПОЗ в Україні. Шляхом опитування (підрозділ 1.3, табл. 1.5) з'ясовано, що формування цього поля головним чином обумовлено недосконалістю: *по-перше*, самої ДПОЗ (82,8 %), *по-друге*, інструментального забезпечення реформи (79 %); професійної компетентності менеджерів і публічних службовців у медичній сфері (78,5% і 78,4 % відповідно); державного механізму формування Д(П)ПОЗ (77,4%). Вивчення зарубіжного досвіду реформ НСОЗ поглибили розуміння: необхідності проведення реформ НСОЗ в країнах світу; особливостей, умов і проблем застосування механізмів управління реформою, процесів розробки та реалізації Д(П)ПОЗ, факторів спротиву, ресурсів і акторів реформ (рис. 2.3).

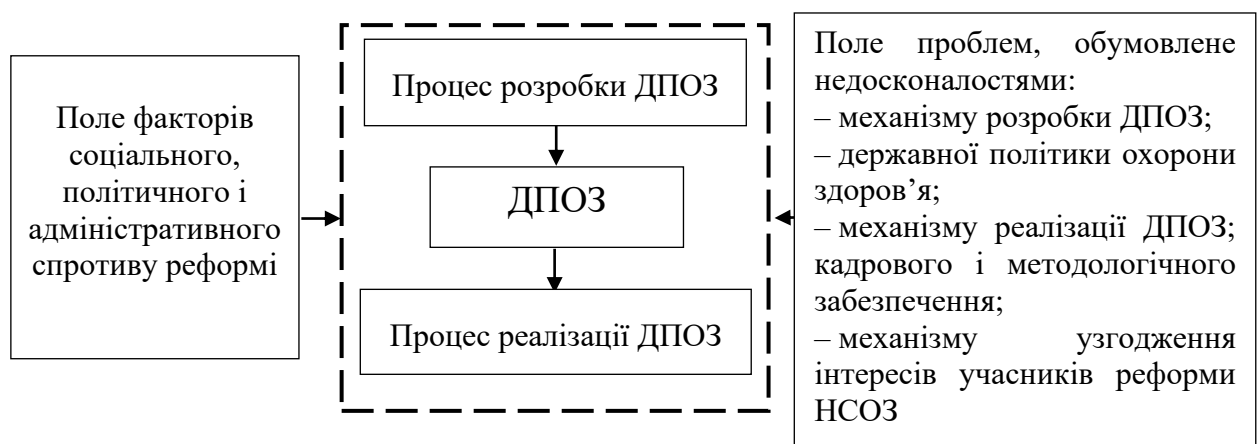


Рис. 2.3. Складові державної політики реформування зарубіжних НСОЗ
(складено авторкою)

Проблеми Д(П)ПОЗ в Україні експерти віднесли до першорядних зовнішніх загроз реформі НСОЗ (відносно МОЗ): табл. 2.1. З них головними

визначили фактичну відсутність офіційної Д(П)ПОЗ та її основоположних складових, які її утворюють. Цим експерти наголосили, що наявність і досконалість нової Д(П)ПОЗ (на відміну від застарілої) відіграє визначальну, стартову роль у запровадженні новочасної СОЗ в Україні. Вона передусім має бути заснована на стратегічному баченні медичної реформи, нової моделі НСОЗ, сучасних підходах до розробки і реалізації Д(П)ПОЗ [32].

Таблиця 2.1

Вплив зовнішніх загроз на успішність здійснення реформи системи охорони здоров'я

№	Зміст загрози	Рівень впливу загроз (в %)					
		Найбільш + достатньо впливові	Найбільш впливова (катастрофічна)	Достатньо впливова	Більш-менш впливова	Найменш впливова	Не актуальна
1	Відсутнє єдине стратегічне бачення реформ і проєктів їх реалізації	86,4	46,4	40	13,6	0	0
2	Відсутня офіційна сучасна ДПОЗ (законопроект «Про засади державної політики охорони здоров'я» відкликано у 2019 р. з Верховної Ради України)	83,7	46,4	37,3	14,5	2	0
3	Відсутнє чітке стратегічне бачення нової моделі ДПОЗ	82,7	53,6	29,1	16,4	0,1	0
4	Чинна ДПОЗ розуміється як сукупність тільки державних і галузевих пріоритетів	81,8	43,6	38,2	14,5	3,6	0
5	В реформі СОЗ не використано стратегічний менеджмент, а застосовано важливий, але другорядний інструментарій: програми, заходи, національний план, дорожня карта, порядок, пілотний проєкт тощо	81	40	41	18,2	0	0,1
6	Відсутня офіційна стратегія реформи СОЗ	80,9	54,5	26,4	18,2	0,1	0
7	Слабка стратегічна спроможність ПУА до вироблення ефективних політик	80,9	33,6	47,3	19,1	0	0
8	Відсутнє методичне забезпечення з розробки стратегічного бачення нової НСОЗ	80,1	39,1	41	20	0	0

Найбільш важливими складовими і інструментами Д(П)ПОЗ (табл. 2.2) експерти вважають: стратегічний менеджмент, обґрунтований образ майбутньої НСОЗ (розробляється за використанням форсайт-технології), теорію і практику реформ і інновацій в ПУА, інноваційний менеджмент, доказову політику тощо.

**Вплив застосування управлінських інструментів
на успішність реформи СОЗ**

№	Найменування інструменту	Рівень впливу інструменту (в %)					
		Високий + достатній	Високий	Достатній	Більш-менш	Слабкий	Відсутній
1	Стратегічний менеджмент	74,6	43,6	31	16,3	8,18	0,11
2	Образ майбутньої СОЗ	70,9	48,2	22,7	19,1	7,3	2,7
3	Теорія і практика реформ і інновацій в публічному управлінні	70,0	37,3	32,7	19,1	10	1
4	Інноваційний менеджмент	69,1	33,6	35,5	23,6	5,5	1,8
5	Доказова політика	68,6	33,6	35	23,6	11,8	0,1
6	Верифікація нових розробок	68,2	30	38,2	21,8	7,3	1,8
7	Доказовий менеджмент	66,3	32,7	34,5	22,7	8,2	1,8
8	Механізм якості публічного управління ДПОЗ	64,6	33,6	31	28,2	6,4	1
9	Форсайт-технологія	64,6	29,1	35,5	25,5	8,2	1,8
10	Солідарно-справедливий механізм оплати медичних послуг	62,7	39,1	23,6	21	13,6	2,7
11	Медичний аудит	53,7	31,0	22,7	34,5	11,8	0
12	Аудит ефективності	53,7	26,4	27,3	39,1	7,3	0

Тобто, необхідно оновити методологію розробки і реалізації, зокрема Д(П)ПОЗ в Україні, спираючись на вітчизняний досвід і сучасні світові тренди. Зокрема, автором розглянуто інноваційно-стратегічний підхід до формування і реалізації ДПОЗ [33; 35]. В останні десятиліття у світі зростає увага до посилення якості державного управління (далі – ДУ).

Так, А. Соколов [191] поняття «якість державного управління» трактує (широко) як ефективність і результативність здійснення функцій ДУ. Одним із способів посилення його якості розглядається доказовий підхід, про актуальність якого первісно вказувалося в теоріях і концепціях ДУ; з часом цей підхід використано у його практиці (R. E. Slavin [256]). Спираючись на статтю 1 закону України щодо державної служби, уточнимо це поняття стосовно предмету цього дослідження: поняття «якість доказового ДУ» – це

ефективне і результативне виконання завдань і функцій держави щодо аналізу державної політики, її формування і реалізації на засадах доказового підходу.

Так, А. Соколов [191] поняття «якість державного управління» трактує (широко) як ефективність і результативність здійснення функцій ДУ. Одним із способів посилення його якості розглядається доказовий підхід, про актуальність якого первісно вказувалося в теоріях і концепціях ДУ; з часом цей підхід використано у його практиці (R. E. Slavin[256]). Спираючись на статтю 1 закону України щодо державної служби, уточнимо це поняття стосовно предмету цього дослідження: поняття «*якість доказового ДУ*» – *це ефективно і результативно виконання завдань і функцій держави щодо аналізу державної політики, її формування і реалізації на засадах доказового підходу.* Один із теперішніх пріоритетів реформи ДУ в Україні спрямований саме на посилення якості державної політики [197], осмислення і втілення нових моделей управління процесами і даними [67, с. 27]. Зокрема, визнаним способом посилення якості політики держави є доказова державна політика (далі – ДДП), заснована на використанні якісної інформаційно-аналітичної підтримки. ДДП є відносно новою тенденцією: Evidence-based policymaking або Evidence-based policy [248]. ДДП досліджують: *вітчизняні дослідники*, зокрема Л. Гонюкова, Т. Діхтяр, В. Козаков, Ю. Єсмуханова, Є. Таран, Н. Чиркова, В. Філіппова; *зарубіжні вчені* Г. Бенкс, А. Волошинська, Н. Картрайт, С. Кембелл, В. Комаров, Т. Кузина, Д. Лібман, А. Ленихан, Д. Маркс, К. Ньюман, Д. Марчі, С. Сатклифф, Р. Славін, А. Сидорова, Т. Чулицька, Дж. Харді та ін.

Дослідники Т. Кузина, Т. Чулицька [95], А. Волошинська, В. Комаров [24], стверджують, що доказовий підхід започатковано в медицині: заснований на достовірних даних про ефективність і безпечність медичних заходів та їх обговорення з пацієнтом. Його результативність сприяла поширенню його ідеї в інших видах суспільної діяльності, включаючи державну політику. Вперше ДДП застосовано в Західній Європі і США у другій половині ХХ ст. Її

цінністю є ідеологічно неупереджене і об'єктивне прийняття і реалізація стратегічних політико-правових рішень, оцінювання їх наслідків на основі достовірних емпіричних даних. Цей підхід частково використано під час чергового етапу реформи СОЗ в Україні у 2018 р. (підрозділ 1.3).

Т. Кузина, Т. Чулицька [95] сформулювали принципи ДДП: методологічні передумови, якість і кількість даних; прозорість, часові і кадрові ресурси. Вони зазначають, що доказовий підхід не гарантує ефективність ДДП. Незважаючи на недоліки (високі витрати, методологічні спотворення, упередженість дослідників, збільшення часу на прийняття політичного рішення), ДДП широко використовується у західних і пострадянських країнах. Великобританія перша застосувала і набула досвіду з аналітичної підтримки ДДП, зокрема у соціальній сфері, охороні здоров'я, освіті тощо [260]. Основні доказові дослідження покладено на позавідомчу Раду з економічних та соціальних досліджень, при якій діє Центр ДДП Великобританії [243]. У США законом утворено Комісію з питань посилення використання доказового підходу в діяльності уряду [257]; сформульовано принципи ДДП: конфіденційність, наукова доведеність, прозорість, помірність узагальнень, продуктивність. У європейській політиці також визнано і закріплено цей підхід у форматі наукового консультування, заснованого на надійних, публічно доступних даних. У пострадянському просторі цей підхід просувається міжнародними інститутами і організаціями, які консультують національні уряди.

ДДП висвітлено у монографії Л. Гонюкової, В. Козаков та ін., які трактують поняття «доказова політика» [54, с. 205–207] як: *1) упровадження органами влади тих заходів і програм політики, ефективність яких доведена практикою та підтверджена дослідженнями; 2) особливу методологію, що заснована на доказовому підході.* Спираючись на твердження Г. Бенкса [239], дослідники зазначають, що існує низка методологій ДДП, відмінних підходами до опрацювання різних за характером проблем і шляхів їх розв'язання. Їх спільною функцією є теоретико-прикладна перевірка ефективності державної

політики. Г. Бенкс державну політику вважає за експеримент, який має бути забезпечений належним обґрунтуванням або добре опрацьованою теорією. За ретельного вивчення, обговорення і опрацювання можна їх розглядати як докази, які сформулюють певну упевненість в досягненні очікуваних результатів. Загальна доступність доказів є надійною протидією впливу групових політичних інтересів.

В часто цитованих працях А. Волошинської і В. Комарова, Л. Гонюкової, В. Козакова, інших [24; 54, с. 207–212] докази представлено трьома групами за рівнем достовірності: наукові, соціологічні і неофіційні (табл. 2.3). Доказові інструменти представлено також трьома групами: 1) інструменти для збирання доказів; 2) систематизовані бази даних знань (статистичні дані, рекомендації, опис кращих практик, керівництва, результати досліджень, опитувань тощо); 3) офіційні доказові процедури (оцінювання регуляторного впливу, порядок розробки політик тощо). Обмеження доказової методології обумовлені (Л. Гонюкова і В. Козаков [54, с. 217]): недосконалістю доказової інформації; неналежним використанням статистичних даних; нерозумінням функціонування політики і того, що необхідно обґрунтувати; розбіжностями теорії і практики, отриманого результату і наслідків «кращої практики» тощо.

Таблиця 2.3

Розподіл доказів за ступенем їх достовірності

№	Групи доказів	Характеристика	Ступінь достовірності	Застосування
1	Наукові	Результати наукових досліджень і експериментів, пілотних проєктів, явища і закономірності розвитку природи і суспільства, статистичні і кількісні дані тощо; великі дані, міжнародний досвід (при правильному його інтерпретуванні)	Найбільш надійні, (об'єктивні, науково доведені)	Широке
2	Соціологічні	Результати опитувань, фокус-групових і польових досліджень, консультації із зацікавленими особами, громадськістю (якщо дослідження проведені правильно)	Більш-менш надійні (менш науково доведені)	Часто (уточнюючі до 1 групи)
3	Неофіційні (інтуїтивні, рефлексивні)	Думки досвідчених осіб, що приймають рішення, експертів і посадових осіб	Слабконадійні і	Доповнення до 1 і 2 груп доказів

Дискусійними є розбіжності у розумінні «доказова» і «обґрунтована» політика. На погляд автора, будь-яка політика має бути доказаною (доведеною) шляхом наукового обґрунтування. Оскільки суспільно значущі проблеми і шляхи їх розв'язання є слабо структурованими, то доцільно розглядати допустимий рівень ймовірності правдоподібності її доказового обґрунтування. Такий підхід відомий в теорії рішень, зокрема в аспекті інновацій в ПУА [128; 137, с. 150–166; 251]. Незважаючи на ці недоліки, Л. Гонюкова і В. Козаков, А. Волошинська, В. Комаров [24;54] наголошують на актуальності дискурсу щодо доцільності ДДП, необхідності продовження розвитку доказової методології, оскільки вона є кроком до: відкритості, незаангажованості, прагматичності, нейтральності, неупередженості, аналітики високої якості, що зменшує ризики реалізації нових політик. Водночас, їх успішність підвищить довіру суспільства до влади, сприятиме розвитку країни.

Л. Гонюкова, В. Козакова і інші наголошують на необхідності ретельного відпрацювання кожного кроку формування політики за використанням: методу «дерева проблем» для визначення проблеми; інструментів збирання і аналізу доказів; методу «дерева цілей» для генерування варіантів політики; алгоритму логіки вибору політики (проблема → причини → передумови → як плануємо подолати причини? → план реалізації → діяльність з реалізації плану → результат розв'язання причини). Привабливим для формування ДПОЗ є загальний 4-етапний алгоритм опрацювання запозиченої зарубіжної моделі-прототипу (Л. Гонюкова, В. Козаков, Т. Діхтяр, Н. Картрайт, Дж. Харді та ін. [54, с. 212–216; 1, с. 240]: 1) аналіз процесів реалізації та результатів моделі-прототипу; 2) горизонтальний і 3) вертикальний пошуки; 4) верифікація результатів за допомогою чотирьох стратегій «Передсмертна», «Мислити перспективно», «Мислити ретроспективно», «Це працює. Завдяки чому?». Також цікавою є розробка О. Мельниченко [111], який конкретизує 7-етапну логіку подолання суспільних проблем і демонструє спектр доказових інструментів.

А. Волошинська, В. Комаров [24] узагальнено описують процес формування і реалізації ДДП, який можна представити етапами: 1) аргументована актуальність проблеми у середовищі осіб, що приймають рішення; 2) обґрунтування ДДП на основі її моделі, включаючи: цілепокладання (формулювання цілей і завдань), оцінку її ефективності, очікуваних результатів, прямих і опосередкованих ефектів від реалізації політики, розробку альтернативних варіантів її здійснення (у т. ч. і без втручання уряду); 3) обґрунтування відбору основних альтернатив реалізації ДДП, обрання з них раціонального її варіанту (шляхом порівняння основних її альтернатив, виявлення і зіставлення вигід, прямих та опосередкованих витрат, зовнішніх негативних ефектів, а також за використанням унормованої процедури «оцінки регулюючого впливу»); 4) поглиблене і детальне опрацювання раціонального варіанту ДДП; 5) оприлюднення результатів розрахунків, доступних (прозорих) для розуміння і перерахунку третіми особами. 6) реалізація раціонального варіанту ДДП, її об'єктивний і незалежний моніторинг, обґрунтування необхідних корегувань на основі доказів; 7) оцінювання загальної ефективності реалізованої ініційованої ДДП. Кожний із зазначених етапів має забезпечуватися достовірною доказовою базою, яка формується шляхом пошуку, накопичення, систематизації і інтерпретації інформації, включаючи досвід про реалізацію ДДП.

Досліджуючи доказову державну політику щодо педагогічної освіти, В. Філіпова [209;210, с. 243–313] розглядає двох етапний алгоритм її формування і реалізації: 1) *проблемно-аналітичний* (виявлення і систематизація поля проблем, генерація альтернативних шляхів їх розв'язання; 2) *проекткування політичних рішень*, їх законодавче унормування, коротко-, середньо- і довгострокове програмування. Основним методологічним інструментом визначається: сценарне моделювання можливих гіпотез функціонування і розвитку педагогічної освіти у майбутньому; підхід і принципи щодо управління ризиками при формуванні і реалізації ДДП. А. Сидорова [187] досліджує розглянутий вище 4-х етапний алгоритм втілення зарубіжного досвіду стосовно

ДДП у галузі освіти і пропонує: цю ідею застосувати для масштабного поширення (дифузії) результатів пілотних проектів у сфері ДУ освітою; дотримуватися класичних правил застосування інструментів ДПП (зокрема, причина випереджає наслідки; забезпечується причинний взаємозв'язок між ознаками і можливістю поширення виявленої залежності поза рамками експерименту).

Ю. Єсмуханова [65] досліджує ринок доказової аналітики в Україні. Зазначає, що попит і пропозиції на цьому ринку збільшилися у 2014 р., що обумовлено потребами реформ у сферах корупції і децентралізації; судовій, медичній, освітній і державно-управлінській системах. Регламент КМУ унормував обов'язкове застосування ДДП, дотримання цього підходу поклав на директори міністерств у повному обсязі. Дослідниця висвітлила проблеми для:

– *аналітичних центрів* – відсутність кваліфікованих експертів; часові обмеження на проведення якісних досліджень; необхідність інноваційних підходів і вивчення зарубіжного досвіду;

– *органів влади* – виборчий цикл і політична конкуренція є перешкодою для застосування ДДП; прагнення досягнути швидких результатів; часові обмеження на обґрунтування рішень; відсутність аналітичних пропозицій із сфер культури, охорони здоров'я і освіти унаслідок обмеженого фінансування досліджень.

Розглянемо питання формування і реалізації вітчизняної ДПОЗ на засадах зарубіжного досвіду. Основні правові, економічні, соціальні, екологічні, гуманітарні, організаційні, інші засади державної політики у певній сфері, як правило, унормовуються відповідним законом України. Зокрема, унормованими є засади державної регіональної політики, антикорупційної політики, молодіжної і мовної політики [146; 147; 149; 160]; розроблено протягом 2015–2019 рр. законопроект «Про засади державної політики охорони здоров'я» [148], який було включено до порядку денного ВРУ, а в кінці 2019 р. відкликано. Порівняння зазначених засад державних

політик свідчить, що вони не тільки змістовно, а й структурно відмінні. Це обумовлено особливостями предметів сфер політик, їх мети (цілей), принципів, завдань і способів їх виконання. Приміром, мета: державної регіональної політики полягає у створенні умов для динамічного, збалансованого розвитку України та її регіонів тощо [149]; антикорупційної політики є створення відповідної системи прийняття рішень на основі результатів аналізу достовірних даних [146]. В основному підходи до розробки закону щодо регіональної політики і законопроекту про засади Д(П)ПОЗ є подібними. В цьому законопроекті доцільно виокремити розділи щодо моніторингу реалізації Д(П)ПОЗ і її фінансового забезпечення, а останнє – конкретизувати. Його позитивом є актуалізація: доказового менеджменту при розробці офіційних документів, управління СОЗ на основі доказових даних і світових практик; стратегій реалізації Д(П)ПОЗ на загальнодержавному і регіональному рівнях. Питання формування і реалізації ДПОЗ покладено на МОЗ.

Попередньо проведений аналіз зарубіжних реформ НСОЗ свідчить про високий рівень складності процесів їх здійснення, отримання неочікуваних результатів, що обумовлено впливом значної кількості негативних факторів. Вітчизняна практика реформи СОЗ також демонструє суттєві проблеми передусім унаслідок її значної складності, суттєвої недосконалості і застарілості чинної ДПОЗ. Тому, її законопроект необхідно удосконалити, спираючись на доказовий підхід. Спираючись на напрацювання А. Волошинської, В. Комарова, Л. Гонюкової, В. Козакова, Т. Діхтіря, Н. Картрайта, В. Лехан, А. Сидорової, Р. Салтмана, Дж. Фігейраса, Дж. Харді та ін., пропонується загальна модель підходу до формування і реалізації Д(П)ПОЗ (рис. 2.4).

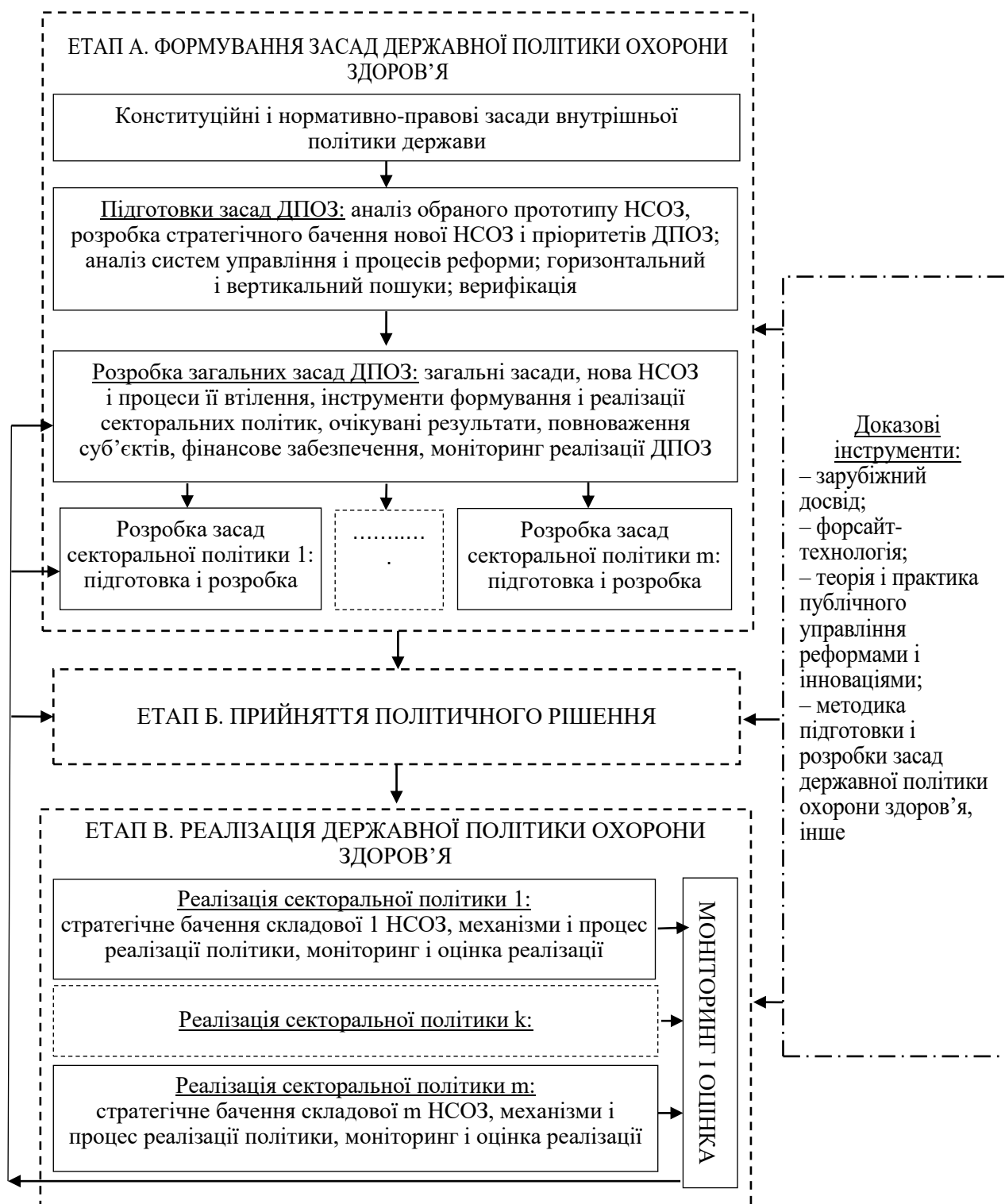


Рис. 2.4. Модель розробки і реалізації доказової ДПОЗ (складена авторкою)

Ця модель реалізує принцип «від загального до конкретного» у межах трьох етапів (рис. 2.4): формування Д(П)ПОЗ (етап А), її прийняття (етап Б) і реалізації (етап В). Основні відмінності цієї моделі полягають у тому, що: *по-перше*, на кроці підготовки засад Д(П)ПОЗ (етап А) опрацьовується кращий

зарубіжний досвід медичних реформ для розробки стратегічного бачення нової НСОЗ, визначення шляхів її впровадження в реаліях України, спираючись на Конституційні і нормативно-правові засади внутрішньої політики держави в аспекті ОЗ, (табл. 2.4); *по-друге*, на наступному кроці (етапу А) розробляються загальні засади Д(П)ПОЗ, з яких принципово важливі відображаються в стандартизованій формі (табл. 2.5); *по-третьє*, на подальшому кроці (етапу А) загальні засади Д(П)ПОЗ розгалужуються на окремі її секторальні політики, особливості засад яких конкретизуються у стандартизованій формі (табл. 2.5); *по-четверте*, на етапі Б загальні і секторальні засади разом унормовуються законом України за використанням державного механізму формування політики держави; *по-п'яте*, на етапі В секторальні політики по чергово реалізуються (у відповідності до унормованих пріоритетів) з метою втілення стратегічного бачення відповідної складової загальної моделі нової НСОЗ; *по-шосте*, на кожному етапі моделі (рис. 2.4) використовується адекватний доказовий інструментарій.

Розкриємо логіку підготовки засад доказової Д(П)ПОЗ (п. 1 табл. 2.4). Вивчення вітчизняних і зарубіжних напрацювань (підрозділи 1.3 і 2.1) переконує у доцільності запропонованої моделі формування і реалізації Д(П)ПОЗ (рис. 2.4), оскільки, зокрема Р. Салтман і Дж. Фігейрас підкреслюють, що у світі медичні реформи засновані на запозиченні кращого досвіду зарубіжжя. Запозичення соціальних інновацій із зовнішнього середовища є закономірністю: країни наслідують прогресивні НСОЗ, реформи, інші організаційні форми, концепції, механізми, моделі тощо (рис. 2.2 [183, с. 367–400]). Експерти «Української медичної експертної спільноти» (підрозділ 1.3) і інші дослідники актуалізують необхідність проектування стратегічного бачення нової НСОЗ і шляхів її втілення, запрошують до співпраці (п. 2 табл. 2.4). Переконливим прикладом цієї думки є напрацювання С. Богданова [13, с. 105–130], який, досліджуючи державне стратегічне планування системи медичної реабілітації, розпочинає його з формування бачення майбутнього стану цієї системи у взаємозв'язку з проектуванням. У

даному разі, принципово важливим доказовим інструментом є форсайт-технологія, адаптована до потреб ПУА (докладно розглянуто в підрозділі 2.3). Оскільки нова НСОЗ є інновацією, то її і процеси її впровадження розглядає теорія і практика соціальних інновацій в ПУА [128; 137]. Їх осмислення формує нове розуміння реформи СОЗ: процеси реформ і процеси в інноватиці є подібними. Так, Великий тлумачний словник сучасної української мови [20, с. 1235] трактує поняття «реформа» як *перетворення, зміна, нововведення в якій-небудь сфері суспільного життя, галузі знань*. А. Пригожин (фундатор вітчизняної інноватики, досліджує соціальні інновації) трактує поняття «інновація» [140, с. 32–33] як *цілеспрямовану зміну, яка вносить у середовище впровадження (організацію, поселення, суспільство тощо) нові відносно стабільні елементи*. Ю. Яківць [235, с. 12–19] найвищим рівнем новизни інновацій вважає *епохальне нововведення, яке може бути: надто суспільно-значущим інституціональним нововведенням, передвісником переходу до нового технологічного або економічного способу виробництва, соціокультурного устрою, утворення чергової світової цивілізації*.

Таблиця 2.4

**Логіка методики підготовки засад доказової ДПОЗ, заснованої
на втіленні зарубіжного досвіду**

№	Етап	Характеристика
1	2	3
1	Аналіз обраного зарубіжного прототипу НСОЗ	Аналіз вітчизняних і зарубіжних напрацювань щодо вибору привабливої побудови НСОЗ для України;
2	Проектування стратегічного бачення нової вітчизняної СОЗ	Проектування стратегічного бачення нової вітчизняної СОЗ із застосуванням доказової методології, включаючи форсайт-технології
3	Розробка пріоритетних напрямів і заходів ДПОЗ	Проектування стратегічного бачення пріоритетних напрямів і заходів за використанням форсайт методології
4	Аналіз систем управління і процесів реалізації обраної зарубіжної реформи-прототипу	Аналіз процесу і результатів обраного проекту-прототипу (може бути реформа, політика, інші організаційні форми заходів, об'єднаних загальною ціллю і забезпечені ресурсами), інформація про який є доступною для впроваджувачів

1	2	3
5	Горизонтальний пошук	Пошук і аналіз зовнішніх і внутрішніх факторів, що забезпечують успішність реформи-прототипу у вітчизняних реаліях, а саме: – наявність фінансового, матеріального, методичного і кадрового забезпечення, підтримки влади, зацікавлених осіб, у цьому проєкті, попереднього досвіду; вплив неповноти цих факторів; – чи є цей проєкт складовою інших проєктів? чи є інші проєкти зі спільною ціллю? чи вплине невдача цього проєкту на успішність іншого?
6	Вертикальний пошук	Обґрунтування каузальної тотожності і відмінностей колишніх (закордонних) і теперішніх (вітчизняних) особливостей політичних і культурних реалій, механізмів втілення реформи-прототипу і вітчизняної НСОЗ
7	Верифікація	Верифікація спрямована на посилення переконання щодо достовірності спроектованого образу нової НСОЗ, обраних механізмів, процесів і факторів забезпечення успішності медичної реформи. Для посилення надійності верифікації необхідно дослідити: 1) ситуацію провалу медичної реформи; 2) поетапний «перспективний» план послідовної побудови нової НСОЗ у взаємозв'язку з необхідними ресурсами і відповідальними особами; 3) «перспективний» план у зворотному напрямі для з'ясування відповідності очікуваного результату попередньо визначеним головному завданню і головній цілі; 4) реальні умови реалізації цього плану, які можуть унеможливити, сповільнити його здійснення навіть при наявності всіх факторів забезпечення

Формами об'єктивації цієї інновації може бути: утворення нових держав, якісна зміна однієї або декількох сфер суспільства, а також промислові, наукові і технічні революції, поширення глобалізації. Ю. Яківць трактує поняття «інновація» як *внесення в різноманіття видів людської діяльності нових елементів (видів, способів), які покращують її результативність*. Тобто, за складністю реформу НСОЗ можна порівняти з епохальною інновацією.

Аналіз напрацювань А. Пригожина і Ю. Яківця (згадані вище), Л. Бойко-Бойчука, О. Набатова, А. Попова, Т. Соловйова [14; 116; 192] свідчить, що нині світ соціальних інновацій розподіляється на чотири основні групи (табл. 2.5).

Новочасна Вікіпедія [194] розкриває всеосяжну класифікацією цих інновацій, формулює поняття «соціальна інновація» як нові: ідеї, стратегії, технології, які сприяють вирішенню соціально-значущих завдань, обумовлюють

соціальні зміни в суспільстві; соціальні системи, системи освіти, охорони здоров'я і суспільних комунікацій, які засновані на інноваційних підходах і / або технологіях. Тобто, нова НСОЗ, Д(П)ПОЗ і Стратегія її втілення є соціальними інноваціями.

Таблиця 2.5

Основні типові групи соціальних інновацій

Ознаки за спрямованістю на:	Характеристика інновацій
1. Розвиток суспільства	Трансформаційні інновації, як новий спосіб інституціонального розвитку шляхом впровадження нових практик, стандартів і правил в соціально-політичній трансформації суспільства
2. Розвиток організацій	Інновації, як новий спосіб розв'язання соціальних проблем організації шляхом впровадження нових матеріальних стимулів, системи оплати праці, форм організації праці та колективних відносин, правових норм, нових методів навчання і виховання тощо
3. Розвиток людини	Інновації, як новий спосіб розвитку людського капіталу, професійної компетентності, соціальної і індивідуальної компетентності, професійної орієнтації; нові методи навчання, отримання додаткової освіти, формування світогляду, здорового способу життя, інноваційної культури; нові етичні норми, зміна індивідуальної та професійної поведінки людей
4. Розв'язання суспільних проблем	Функціональні інновації, як новий спосіб розв'язання проблем із надання соціальних послуг (не державних і ринкових) у межах концепцій соціальної економіки, економіки стійкого розвитку, соціального підприємництва

Наступним аргументом щодо нового розуміння реформ є подібність класичного інноваційного процесу (етапи розробки інновації (у т. ч. запозиченої), прийняття рішення і її реалізації, включаючи її поширення, зокрема в медичній галузі) і процесу реформи СОЗ (рис. 2.4). Це дозволяє стверджувати, що реформа є вищою, законодавчо унормованою організаційною формою, яка включає одне або декілька нововведень, визначає основні інструменти його впровадження та забезпечення. Спираючись на твердження С. Кравченко [88; 89], можна поняття «урядова реформа СОЗ» трактувати як *результат інноваційного оновлення медичної галузі, визначальними рисами якого є: якісна зміна, заснована на засадах Конституції і внутрішньої політики держави та спрямована на збереження, відновлення та зміцнення здоров'я і попередження захворювань громадян*

України шляхом впровадження нової НСОЗ; поступові і поетапні зміни; законність, збереження основ існуючого державного і суспільного ладу.

Аналізуючи законопроект про засади ДПОЗ [147], узагальнена структура нової НСОЗ в Україні має включати (рис. 2.5): три основні системи щодо охорони громадського здоров'я, медичного обслуговування і фінансування; механізми забезпечення (щодо регулювання доступу до лікарських засобів, вакцин, виробів медичного призначення і технологій; наукових досліджень, кадрового і інформаційного забезпечення, інформаційної політики держави у складі Д(П)ПОЗ). Для забезпечення належного реформування і функціонування нової НСОЗ цей перелік механізмів потрібно доповнити механізмами з: професійного навчання (у т. ч. щодо лідерів-реформаторів) і комунікації, методологічного, технологічного і інфраструктурного забезпечення (у т. ч. щодо належного здійснення реформи); ліцензування, акредитації, формування реформаторської культури, інші. Окрім того, зарубіжний досвід (підрозділ 2.1), законопроект щодо засад ДПОЗ наголошують на механізмах щодо: доказового підходу, солідарного фінансування НСОЗ; якісного ПУА, управління медичними закладами, надання медичної допомоги; права участі громадян в управлінні місцевою СОЗ; права пацієнта на отримання якісної МД; права свободи вибору лікаря, лікарні і страховика тощо. Проектуючи стратегічне бачення нової НСОЗ (рис. 2.4, табл. 2.4) за використанням відповідної форсайт-програми, важливо дотримуватися принципу «необхідності і достатності» з метою уникнення її надлишкової деталізації або недоврахування принципових елементів, які у наступному перешкоджають вчасному здійсненню реформи.

Належно спроектований образ нової НСОЗ є підставою для *розробки пріоритетних напрямів і заходів ДПОЗ* (рис. 2.4; п. 3 табл. 2.4) шляхом використання форсайт-методології, включаючи результати теоретико-прикладних досліджень, кращих світових практик. Ранжування пріоритетів Д(П)ПОЗ (згідно черговості етапів впровадження нової НСОЗ, рис. 2.5), необхідно співвіднести з секторальними політиками. Законопроект про засади

ДПОЗ визначає першорядним пріоритетом (основним) реорганізацію чинної СОЗ (виокремлення основних, відносно самостійних видів МД). Першочерговим (основним) є створення ПМД, а потім – вторинної, третинної і інших видів МД. Другорядним пріоритетом (основним) має постати політика щодо розвитку системи охорони громадського здоров'я (далі – СОГЗ). Допоміжними пріоритетами є створення: системи механізмів фінансування нової НСОЗ, справедливого розподілу тягаря витрат на неї; системи механізмів забезпечення належного функціонування нової НСОЗ, включаючи витрати на реформування чинної СОЗ.

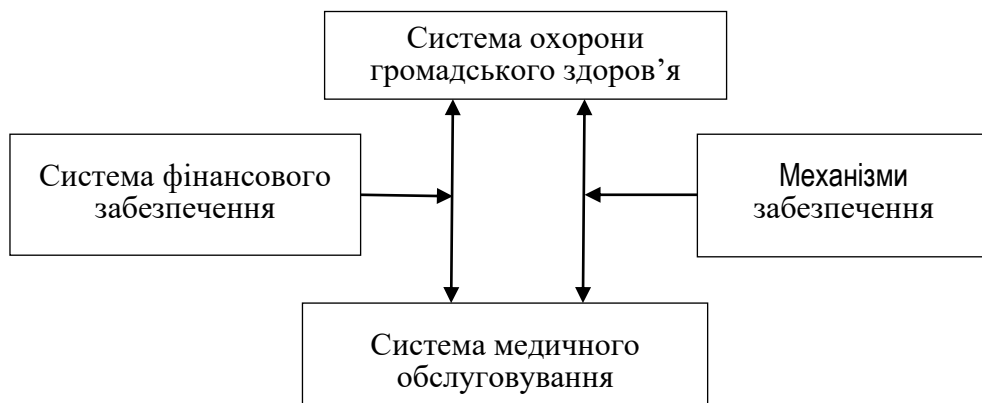


Рис. 2.5. Узагальнена структура НСОЗ в Україні (складено авторкою)

Щодо аналізу систем управління реформою (рис. 2.4; п. 4 табл. 2.4), то зарубіжний досвід свідчить (підрозділ 2.1), що: ці системи є значно впливовими на успішність реформи; використано централізовану і децентралізовану системи. Перша визнана найбільш успішною. Законопроект про засади ДПОЗ до суб'єктів державного управління відносить ОВВ і органи місцевого самоврядування у межах їх унормованих повноважень. Інструментами реалізації ДПОЗ законопроект передбачає семирічні Загальнодержавні стратегії (програми) розвитку НСОЗ та плани заходів з їх реалізації. Ключовим фактором успішності під час реформи є політичний статус МОЗ, його повноваження і легітимність в системі публічної влади, що також необхідно унормувати. Щодо аналізу процесу реформи НСОЗ (п. 4 табл. 2.4), то під час підготовки засад ДПОЗ (рис. 2.4) необхідно його

структурувати у відповідності до визначених пріоритетів політики. Приміром, реорганізація чинної СОЗ, розвиток СОГЗ, включаючи механізми забезпечення.

Враховуючи твердження Р. Салтмана і Дж. Фігейраса[183], вітчизняні реалії, *горизонтальний пошук* (рис. 2.4; п. 5 табл. 2.4) зосереджено на визначенні зовнішніх і внутрішніх факторів, що позитивно або негативно вплинуть на успіх реформи. Передусім, необхідно з'ясувати рівні макроекономічної, фінансової, політичної, суспільної, корпоративної і кадрової готовності до масштабних і глибинних перетворень в СОЗ України. Ці фактори у зарубіжжі суттєво вплинули на здатність уряду належним темпом здійснити реформу. Також вагомим фактором є узгодженість інтересів суспільства, політиків, державників, публічних службовців, заінтересованих сторін. Механізм подолання цього спротиву також має бути враховано, спираючись на досвід зарубіжжя. Впливовими внутрішніми факторами є: політична підтримка, належне управління, розподіл відповідальності, фінансові ресурси (у зарубіжжі залучалися місцеві ресурси), унормування методичних розробок для розробок стратегій і програм; мотивація реформаторів (у зарубіжжі використано разові і постійні фінансові стимули) тощо. Осмислення цих факторів, оцінка впливу їх неповноти, використання механізмів подолання негативних чинників сформує передумови щодо створення «вікна можливостей» для здійснення реформи.

Вертикальний пошук (п. 6 табл. 2.4) забезпечує обґрунтування тотожності і відмінностей тодішніх (закордонних) і теперішніх (вітчизняних) політичних та культурних умов і особливостей механізмів впровадження обраного закордонної реформи-прототипу СОЗ і спроектованого (вітчизняного) образу нової НСОЗ. Головним завданням є формування переконання у тому, що колишня зарубіжна реформа-прототип є прийнятною для теперішніх вітчизняних реалій. Якщо є відмінності, то необхідно з'ясувати у чому вони полягають? чи можливо їх подолати або «пом'якшити»?

Верифікація (п. 7 табл. 2.4) спрямована на підтвердження достовірності спроектованого образу нової НСОЗ, обраних механізмів, процесів і факторів забезпечення успіху медичної реформи шляхом формування переконання у: *по-перше*, наявності необхідних факторів забезпечення реформи і їх достатності; *по-друге*, правильності вибору її загального алгоритму реалізації; *по-третє*, відповідності завдань головній цілі ДПОЗ; *по-четверте*, відсутності надлишкових заходів і витрат. Для посилення надійності верифікації необхідно дослідити: 1) ситуацію провалу медичної реформи з метою виявлення і запровадження додаткових заходів для уникнення цієї ситуації; 2) поетапну реалізацію реформи шляхом побудови «перспективного» плану (програми, дорожньої карти, сценарію), який відобразить процес послідовної побудови нової НСОЗ у взаємозв'язку з необхідними ресурсами і відповідальними особами; 3) «перспективний» план у зворотному напрямі для з'ясування відповідності очікуваного результату попередньо визначеним головному завданню і головній цілі; у разі необхідності, скорегувати план додатковими факторами, які посилять ефективність реформи до початку її реалізації; 4) реальні умови реалізації «перспективного» плану, які можуть унеможливити, сповільнити його здійснення, навіть при наявності всіх факторів забезпечення; тобто, переконатися в спроможності бути реалістичним в теперішніх умовах і завдяки чому?

Переконавшись у достовірності отриманих результатів на кроці підготовки загальних засад ДПОЗ (рис. 2.4, табл. 2.4) потрібно їх зафіксувати в спеціально розробленій формі (табл. 2.6). Наступним кроком є конкретизація загальних засад ДПОЗ для кожної із секторальних політик (рис. 2.4). Останні спрямовані на послідовне втілення окремих складових нової НСОЗ у відповідності до визначених пріоритетів. Порядок підготовки засад окремої секторальної політики здійснюється у відповідності до процесу підготовки загальних засад ДПОЗ (табл. 2.4 і 2.6; рис. 2.4). Тобто, започатковується з розробки моделі стратегічного бачення окремої складової нової НСОЗ і завершується верифікацією цієї моделі, механізмів, факторів і процесу її втілення. Отримані

результати є підґрунтям для формування засад секторальної політики у форматі, що відображає табл. 2. 6. Слід зазначити, що модель стратегічного бачення складової нової НСОЗ має бути також комплексною, враховувати основні і забезпечуючі складові. Виконання етапу Б (щодо прийняття політичного рішення, рис. 2.4) засновано на використанні державного механізму формування політики держави шляхом розробки відповідного законопроекту і його законодавчого унормування.

Таблиця 2.6

Загальні засади державної політики охорони здоров'я

№	Розділи	Характеристика розділів
1	2	3
1	Загальні засади	Терміни, мета, принципи і пріоритети, її об'єкти і суб'єкти, законодавство
2	Нова НСОЗ і процес її втілення	Стратегічне бачення нової НСОЗ і загального процесу її втілення, включаючи послідовність, зміст і терміни здійснення його етапів
3	Інструменти формування і реалізації ДПОЗ	<p>Інструментами поетапного <u>формування</u> ДПОЗ є семирічні Загальнодержавні і регіональні стратегії; Інструментами <u>реалізації</u> цих стратегій є плани заходів з їх виконання.</p> <p>На кожному етапі ці інструменти утворюють систему документів, яка включає: Загальнодержавну стратегію реалізації певної секторальної політики (пріоритету) ДПОЗ, план заходів з реалізації цієї стратегії, регіональні стратегії (далі – РС) і плани їх реалізації.</p> <p>Вимогами до розробки Загальнодержавної секторальної стратегії (далі – ЗДСС) є: розробляються МОЗ, затверджуються законом України; визначаються тенденції, основні проблеми, пріоритети, стратегічні цілі, напрями, оперативні цілі, а також основні завдання, етапи, механізми реалізації, моніторингу і оцінки результативності, врахування інтересів учасників реформи, консультації з ними тощо.</p> <p>Вимоги до розробки планів заходів реалізації ЗДСС: розробляються МОЗ на встановлений термін у відповідності до порядку, що визначений КМУ; включають заходи, обсяги і джерела фінансування, відповідальних осіб, показники результативності їх виконання.</p> <p>Вимогами до розробки РС є: співвіднесення з періодом дії і структурою ЗДСС; затвердження обласними і міськими радами; їх оприлюднення, консультування з зацікавленими суб'єктами тощо; РС конкретизуються у відповідних місцевих програмах.</p> <p>Вимоги до розробки планів заходів реалізації РС: розробляються місцевими ОВВ на встановлений термін у відповідності до порядку, що визначений КМУ; включають заходи, обсяги і джерела фінансування, відповідальних осіб, показники результативності їх виконання</p>

Продовження табл. 2.6

1	2	3
4	Очікувані результати	Характеризується очікуваний результат від реалізації ЗДСС з визначенням конкретних і вимірюваних параметрів
5	Повноваження суб'єктів політики	Визначення повноважень суб'єктів, задіяних до здійснення політики на всіх рівнях публічного управління.
6	Фінансове забезпечення	Фінансування з бюджетів усіх рівнів і інших джерел, незаборонених законом
7	Моніторинг реалізації	Визначаються механізми моніторингу і оцінювання параметрів отриманих результатів

Основними інструментами є чинні Регламенти КМУ і ВРУ [155; 162], методичні рекомендації щодо розробки законопроектів [138] і стратегій [177], обґрунтування безперервного вдосконалення СОЗ в Україні [117]. Після прийняття закону щодо засад ДПОЗ, необхідно підготувати і затвердити постановою КМУ методичні рекомендації щодо розробки стратегій і планів їх реалізації у медичній сфері.

Головними критеріями для розробки законопроекту про засади ДПОЗ можна запропонувати:

по-перше, структура і зміст засад повинні бути унормованими базовим керівництвом до дій з формування і реалізації засад ДПОЗ, її побудова і структура законопроекту повинні співвідноситися (рис. 2.4, табл. 2.6); виклад цих засад повинен бути послідовним і логічним, доступним для огляду ДПОЗ, правильного її сприйняття, розуміння і застосування;

по-друге, засади ДПОЗ мають розкривати (табл. 2.6): загальні і секторальні засади; стратегічне бачення нової НСОЗ і загальний процес її втілення; інструменти формування і реалізації засад ДПОЗ; очікувані результати, повноваження суб'єктів ДПОЗ; фінансове забезпечення і моніторинг її реалізації;

по-третє, головним є розуміння того, що: об'єктом ДПОЗ є якісно нова НСОЗ, яка є складною соціальною інновацією (утворена сукупністю взаємозв'язаних основних та забезпечувальних нововведень), втілення якої оновить чинну СОЗ шляхом її довгострокових і масштабних перетворень; нова НСОЗ також має бути комплексною на етапах формування і реалізації.

Реалізація засад ДПОЗ (етап В, рис. 2.4) заснована на послідовному здійсненні кожної із секторальних політик. Її реалізація започатковується з комплексного уточнення моделі складової k нової НСОЗ, механізмів, процесів впровадження, ресурсів, моніторингу і оцінки результату, оскільки: ці, попередньо розроблені елементи, є дещо ідеалізованими стосовно теперішніх реалій чинної СОЗ; процес вмонтування в останню нових елементів обов'язково потребує їх взаємоадаптації, включаючи механізми, які забезпечать належне функціонування вже зміненої СОЗ. У цьому випадку також корисною є форсайт-технологія, попередній вітчизняний і зарубіжний досвід.

Інструментами реалізації засади ДПОЗ визначено стратегії і плани загальнодержавного і регіонального рівнів, які мають управляти відповідними процесами. Оскільки більшість складових k передбачають їх масштабне поширення у просторі медичної галузі в Україні, то доцільно скористатися відповідними напрацюваннями [137, с. 78–96]. В ситуації, що розглядається, логіка реалізації секторальної політики полягає у тому, що об'єктом управління є загальний реформаторський процес (рис. 2.6).

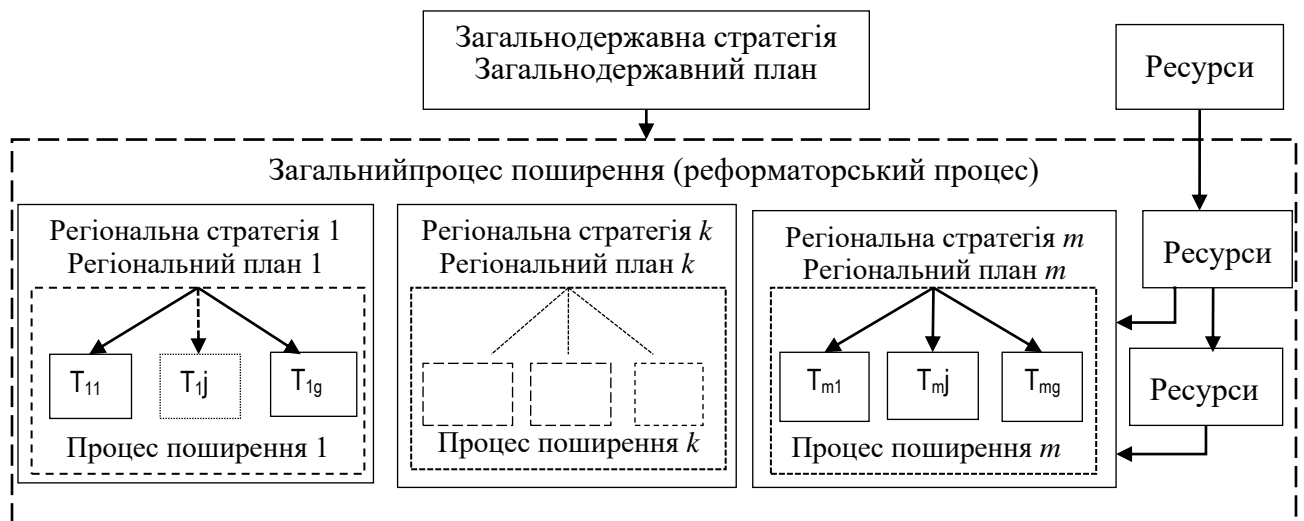


Рис. 2.6. Логіка реалізації секторальної політики у складі ДПОЗ
(складено авторкою)

Останній утворюється сукупністю регіональних процесів, які забезпечують свою частину поширення однотипної складової k . Її втілення в конкретній місцевій СОЗ забезпечує сукупність інноваційних процесів з врахуванням відповідних ресурсів. При цьому ресурси вищих рівнів мають забезпечити їх нестачу на нижчих рівнях.

Для ситуації, що розглядається, вдалим інструментом контролю, моніторингу і оцінки процесу втілення складової k нової НСОЗ є моделі Басса і Роджерса, які є взаємопов'язаними [137, с. 85–93]. Перша модель описується S-подібною закономірністю щодо масштабного поширення нововведення в соціальній системі. Ця модель дозволить кількісно спрогнозувати і відстежити динаміку послідовного накопичення вже впроваджених складових k у просторі медичної галузі. Модель Роджерса доповнює модель Басса. Перша характеризується дзвіноподібною кривою, яка характеризуватиме швидкість (інтенсивність) зміни кількості новоутворених складових k у часі.

Таким чином, з'ясовано сутність сучасних поглядів щодо методології доказової державної політики, на підставі чого розроблено узагальнений підхід до формування і реалізації Д(П)ПОЗ в Україні, заснований на використанні: зарубіжного досвіду, основних теоретико-прикладних положень публічного управління реформами та нововведеннями; логіки розробки законопроектів, підготовки і стандартизованої фіксації загальних і секторальних засад політики держави; поетапного втілення секторальних політик, моніторингу і оцінювання їх реалізації; форсайт-технології для побудови та впровадження стратегічного бачення нової НСОЗ. Слід підкреслити, що доказовий підхід передбачає також використання адекватних наукових методів.

2.3. Форсайт-технологія як інструмент доказової державної (публічної) політики охорони здоров'я

Напрацювання попереднього підрозділу концептуально розкрили сутність доказової (обґрунтованої) Д(П)ПОЗ. Цей підхід набуває законодавчого унормування в Україні, зокрема в аспекті молодіжної, регіональної і антикорупційної політик. Його актуалізовано в законопроекті про засади ДПОЗ. Невід'ємною складовою доказового підходу є форсайт-технологія (далі – ФТ) яка актуалізувалася в останні десятиріччя завдяки її здатності проєктувати (прогнозувати) образ об'єкту у майбутньому в умовах значної невизначеності [244; 30]. Форсайт-методологія (далі – ФМ) приваблює широке коло: *вітчизняних вчених*, зокрема її досліджують О. Васильєва, М. Кизим, І. Клопов, Т. Кравченко, М. Кривцова, Б. Маліцький, І. Матюшенко, І. Шостак, М. Данова, В. Рибінцев, О. Садовник, М. Семенов, М. Цедік, В. Філіппова, О. Шпикуляк, О. Ходаківська, І. Ярошенко; *зарубіжних дослідників*, приміром, її розглядають: Н. Гапоненко, Л. Гохберг, Е. Еріксон, М. Кінен, Т. Ладикова, А. Ланских, І. Мілес, М. Мустафіна, К. Попер, І. Салімянова, С. Серьогина, В. Сизов, А. Смірнов, А. Соколов та ін.

ФТ набуває поширення в багатьох напрямках теорії, методології і практики, зокрема: Н. Гапоненко [39] досліджує теоретико-методологічні засади форсайту економіки знань, в прийнятті стратегічних рішень, розкриває методи і моделі застосовані в зарубіжних національних і корпоративних форсайт-програмах; Б. Маліцький [107] розглядає форсайт-дослідження (далі – ФД) в обґрунтуванні системи науково-технологічних і інноваційних пріоритетів; І. Салімянова [182] аналізує форсайт щодо визначення пріоритетів науки і технологій.

Цінними для цього дослідження є напрацювання, що стосуються використання форсайт-технології в ПУА, зокрема: О. Васильєва [19] опрацьовує форсайт у забезпеченні сталого розвитку аграрної сфери; С. Квітка

[75–77] приділяє увагу методам, механізмам і перспективам форсайту в ПУА, його відмінностям від традиційного соціального прогнозування; Т. Кравченко [90, 91] аналізує ФТ, її доцільність використання в місцевому самоврядуванні, зокрема в аспекті розвитку сільського господарства і сільських територій; В. Кривцова [92] розглядає регіональний аспект використання ФТ для прогнозування розвитку людського потенціалу, де одним із ключових чинників є охорона здоров'я; А. Ланских [97] розкриває форсайт-методологію у формуванні пріоритетів державної освітньої політики; В. Рибінцев, І. Клопов [173] досліджують форсайт в аспекті реалізації стратегії розвитку економіки; О. Садовник [181] аналізує форсайт як інструмент прогнозування продуктово-ринкової стратегії розвитку агробізнесу; М. Семенов [184] аналізує європейський досвід ФД у розвитку міст і регіонів; М. Мустафіна [115] досліджує ФТ у аспекті охорони громадського здоров'я; В. Філіппова [211–215] ґрунтовно опрацьовує форсайт і сценарний підхід в аспекті державної політики у сфері педагогічної освіти; М. Цедік [220; 221] визначила перспективи і моделі застосування регіонального форсайту в системі ПУА; І. Шостак [229; 230] досліджує питання комп'ютеризації в аспекті прогнозування регіонального науково-технічного розвитку; О. Шпикуляк і О. Ходаківська [231] опрацьовують прогнозування економічних процесів за методологією «форсайт».

Застосування ФТ, як інструменту доказової Д(П)ПОЗ, розглянемо для проектування образу цієї політики і її складових у віддаленій перспективі. У цьому аспекті форсайт-підхід має ґрунтуватися на адекватній методології, яка заснована на нових теоретико-прикладних дослідженнях про: ФТ в публічному управлінні (С. Квітка, В. Філіппова [75–77; 211–215], у т. ч. в аспекті охорони здоров'я (InnaVoshko [244]); доказову політику держави (Л. Гонюкова та ін. [54]) і ДПОЗ (І. Вошко [33]); ПУА урядовими реформами і соціальними інноваціями (С. Кравченко, С. Попов [88; 89; 128; 137]), зарубіжний досвід реформування НСОЗ (викладено у підрозділі 2.1) тощо. Ці наукові напрацювання є доведеними і сприятимуть продукуванню:

якісної інформації (чинник – а); адекватного інструментарію для змістовно-якісного її опрацювання (чинник – б), нових наукових знань щодо побудови і реалізації Д(П)ПОЗ (чинник – с), актуальних засад для формування професійної компетентності реформаторів (чинник – d). Виходячи з цього, правдоподібність політико-правового рішення щодо Д(П)ПОЗ можна охарактеризувати ймовірністю $D = f(a, d, c, d)$ [128, 132]. Найвищий рівень правдоподібності D можливий за умови, що $D > D_p$ (D_p – порогове значення, яке задовольняє розробника політики). Якщо ж $D < D_p$, то необхідно систематично оновлювати інформацію, належно її опрацьовувати з метою посилення правдоподібності цього стратегічного політико-правового рішення. Такий підхід до розуміння правдоподібності D прийняття рішення є цілком прийнятним з позиції побудови образу Д(П)ПОЗ, оскільки погляд у віддалене майбутнє завжди супроводжується невизначеностями. Слід врахувати, що останні доповняться також «просторовими» невизначеностями НСОЗ, обумовлені її територіальними відмінностями в організаційній культурі, ментальності, уподобаннях, які перешкоджатимуть руху реформи і, навіть, можуть її відхилити.

Відомими способами проектування образу об'єкту у майбутньому є прогностні і форсайт дослідження. Перші забезпечують формування цілісної системи Державних прогностних і програмних документів [142; 165]. Прогнозування напрямів, альтернативних шляхів і строків досягнення параметрів цілісного розвитку медичної галузі є офіційним орієнтиром для розробки Д(П)ПОЗ на середньострокову перспективу (на 5 років). Порівнюючи прогностні і форсайт дослідження, дослідники, зокрема Т. Кравченко, С. Квітка, О. Садовник, В. Рибінцев, І. Клопов, В. Філіппова, М. Цедік [75–77; 90; 91; 172; 173; 214–215; 220; 221] вважають, що форсайт-технологія є більш продуктивною, доводять переваги її використання в ПУА унаслідок того, що:

по-перше, ця технологія ґрунтується на використанні широкого спектру методів, здатних спроєктувати віддалене майбутнє (на 10–20 років вперед);

передбачає розробку альтернативних варіантів розвитку, вироблення узгоджених конструктивних заходів з досягнення обраних стратегічних напрямів; забезпечує оцінку можливих перспектив розвитку, зокрема медичної галузі; визначення ймовірних соціально-економічних ефектів, можливих ризиків й упущеної економічної вигоди; передбачає систему раннього попередження про негативні чинники, що є особливо цінним з точки зору виявлення факторів спротиву нововведенням у межах урядових реформ;

по-друге, проектування цього образу забезпечується системною роботою і комунікацією, активною і конструктивною дискусією широкого кола зацікавлених стейкхолдерів (експертів і науковців різного спрямування, представників влади, бізнесу і громадськості, зокрема від професійних організацій). Така розширена участь є цінною не тільки для проектування образу Д(П)ПОЗ, а й з позиції забезпечення успішності її впровадження як способу соціалізації інноваційної ідеї, яка з часом постане «своєю».

Застосування форсайт-технології нині утверджується в Україні, зокрема відомими є: форсайт економіки України на середньо- (2015–2020 рр.) і довгостроковий (2020–2030 рр.) часові горизонти [217]; форсайти розвитку людського капіталу України 2025 [92] і впливу COVID-19 на економіку і суспільство [216]. У зарубіжжі публічна влада поширено використовує форсайт-технологію. Зокрема, у Великобританії, Фінляндії поширено використовуються форсайт-програми, працюють парламентські комітети майбутнього, відповідні інформаційно-аналітичні, а також державні структури, включаючи Департамент здоров'я, Національну службу охорони здоров'я, які забезпечують форсайт-підтримку діяльності уряду [66].

До недоліків форсайт-технології дослідники відносять значні фінансово-матеріальні витрати. Проте, їх величина є значно меншою, ніж втрати суспільства від значної затримки втілення, зокрема реформи медичної галузі. Інший недолік пов'язаний з відсутністю оцінювання правдоподібності (точності) передбачення, у т. ч. щодо достовірності образу нової ДПОЗ. Для усунення цього недоліку необхідно: систематично повторювати ФД, що і передбачає форсайт-

методологія і її постійно удосконалювати; генерувати нові знання про сутність образу майбутнього об'єкту і шляхів його побудови. Ці знання передусім мають забезпечити належне оновлення вже застарілих, неактуальних на теперішній час засад Д(П)ПОЗ. Механізм їх оновлення визначено нормативно-правовими засадами внутрішньої і зовнішньої політики в Україні.

Ретроспективний аналіз напрацювань свідчить, що форсайт-технологія зародилася як спосіб технологічного прогнозування. Згодом її застосували для прогнозування економік країн світу (у Великобританії, США, Німеччині, Ірландії, Японії, Китаї), їх окремих галузей (галузевий форсайт). Попередньо згадані дослідники Т. Кравченко, С. Квітка, О. Садовник, В. Рибінцев, В. Філіппова, М. Цедік та ін. дослідили поняття «форсайт» (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Трактування поняття «форсайт»

Автор	Визначення
Б. Мартін	Форсайт – це систематичні спроби заглянути в довгострокове майбутнє розвитку науки, технології, економіки і суспільства з метою визначити стратегічні галузі наукових досліджень і появу базових технологій, від застосування яких можна очікувати найбільші економічні і соціальні вигоди
Й. Шварц	Форсайт – це діяльність, спрямована на критичне мислення стосовно довгострокового розвитку, проведення дискусій щодо такого розвитку задля створення широкої представницької демократії, формування майбутнього шляхом впливу на державну політику
UNIDO	Форсайт – це сценарне прогнозування соціально-економічного розвитку економіки, промисловості та суспільства в 10–20 річній перспективі
EU FOREN Guide	Форсайт – це систематичний, спільний процес побудови бачення майбутнього, націленого на підвищення якості прийняття в даний момент рішень і прискорення спільних дій. Ідеологія форсайту походить від конвергенції тенденції сучасних розробок в області політичного аналізу, стратегічного аналізу та прогнозування»
О. Садовник	Форсайт – це технологія, яка містить сукупність методів і засобів, що використовуються для реалізації фахівцями складного процесу стратегічного передбачення шляхом поділу його на систему послідовних взаємопов'язаних процедур і операцій, які мають на меті розробку концепції розвитку окремого сегменту діяльності підприємства, галузі чи країни в цілому в середньостроковому або довгостроковому періоді
С. Квітка	Форсайт – це спеціальна технологія формування пріоритетів розвитку різних сфер життя суспільства з метою мобілізації максимально великої кількості учасників для досягнення якісно нових результатів у розвитку країни, регіону, громади
	Форсайт – це процес, метою якого є визначення можливого майбутнього, створення його бажаного образу та визначення стратегій його досягнення

Їх аналіз за основними ознаками («форсайт-результат», «форсайт-процес») дозволив виявити предметне поле форсайт-технології (табл. 2.8). Так, Т. Кравченко [90; 91], спираючись на поняття, сформульовані UNIDO і EU FOREN Guide, стверджує, що основною функцією (метою) застосування форсайт-технології є підтримка прийняття стратегічних рішень (у т. ч. політико-правових) на підставі розробки і аналізу альтернатив сценаріїв розвитку.

Аналіз поля дії ФТ (табл. 2.8) підтверджує доцільність її використання в ПУА, у т. ч. сферою охорони здоров'я, оскільки стосується, зокрема: проектування образу об'єкту і стратегії його побудови; концепції середньострокового або довгострокового розвитку галузі в цілому. Спроектоване майбутнє є підґрунтям для підвищення якості прийняття теперішніх рішень і прискорення спільних реформаторських дій.

Таблиця 2.8

Характеристика поняття «форсайт» за основними його ознаками

Форсайт-результат	Майбутні стратегічні галузі наукових досліджень і базових технологій, які є перспективними для отримання найбільших економічних і соціальних вигід
	Прогноз соціально-економічного розвитку економіки, промисловості та суспільства в 10–20 річній перспективі
	Довгостроковий розвиток, широка представницька демократія, майбутнє, сформоване шляхом впливу на державну політику
	Майбутнє, як спосіб підвищення якості прийняття теперішніх рішень і прискорення спільних дій
	Концепція розвитку окремого сегменту діяльності підприємства, галузі чи країни в цілому в середньостроковому або довгостроковому періоді
	Пріоритети розвитку різних сфер життя суспільства
	Бажаний образ та стратегії його досягнення
Форсайт-процес	Систематичні спроби побачити майбутнє розвитку науки, технологій, економіки і суспільства у довгостроковій перспективі
	Сценарне прогнозування
	Критичне мислення, проведення дискусій щодо довгострокового розвитку
	Систематичний, спільний процес побудови бачення майбутнього
	Технологічний процес стратегічного передбачення
	Процес формування пріоритетів розвитку шляхом мобілізації максимально великої кількості учасників
Процес визначення можливого майбутнього, створення його бажаного образу	

У цьому аспекті цінними є теперішні напрацювання В. Філіппової [214; 215], яка досліджує ФТ щодо формування і реалізації ДДП з педагогічної освіти. Т. Кравченко [90; 91] і С. Квітка [75–77] визначають функції форсайт-методології, характеризують сукупність її методів (табл. 2.7–2.9). О. Садовник [181] аналізує функції цієї методології у межах «ромбу форсайту» (креативність, експертиза, взаємодія, достовірність); доповнює його додатковою сучасною функцією («керованість») у складі «п'ятикутника форсайту»: *креативність* (генерування ідей), *експертиза* (експертні оцінки), *взаємодія* (експертів у прийнятті ключових рішень), *достовірність* (верифікація форсайт-ідей) і *керованість* (керування кластерами проєктів). Перелік цих функцій можна уточнити і розширити, спираючись на загальну методологію досліджень і конкретні завдання ФД.

Таблиця 2.9

Особливості форсайт-методології

Форсайт методи	Обмежено використовуються методи кількісних оцінок Поширено використовуються методи експертних оцінок: метод Дельфі, визначення критичних технологій, розробка сценаріїв, зворотне сценарування, експертні панелі, розробка майбутнього; аналіз глобальних трендів; мультикритерійний аналіз; аналіз взаємних впливів; SWOT-аналіз; екстраполяція трендів; картування технологій; картування стейкхолдерів; суспільні панелі; моделювання і симуляція; мозковий штурм; виділення ключових технологій; матриця варіантів, проведення конференцій, багатокритеріальне оцінювання, бенчмаркінг; випробовування; ігри; огляд джерел, сканування джерел, бібліографічний аналіз, ін. (С. Квітка, Т. Кравченко)
Функції ФТ	Ромб функцій: «креативність (генерування форсайт ідей) – експертиза (перевірка цих ідей на відповідність встановленим вимогам) – взаємодія (спільне прийняття ключових рішень експертами) – достовірність (верифікація форсайт-напрацювань)»
Ідеологія ФТ в ПУА	Заснована на конвергенції тенденцій сучасних розробок в області політичного аналізу, стратегічного аналізу та прогнозування»
Особливості ФТ в ПУА	1) комплексна взаємодія науки, технології та суспільства не лише як мислення, розмірковування про майбутнє, а й дискурс про нього і його творення; 2) здійснення більш ефективного вибору з можливих варіантів майбутнього; 3) конфлікт висновків щодо розвитку науки й технологій з громадською думкою з позиції відповідності можливостей науки суспільним потребам

У цьому дослідженні доцільно: ФТ розглядати як галузевий форсайт; сформулювати поняття «форсайт медичної галузі» – як *спосіб експертної підтримки прийняття довгострокових (на 10–20 років) політико-правових рішень, заснований на систематичному, активному, критичному і широкоформатному дискурсі, використанні продуктивних методів пізнання майбутнього образу державної політики охорони здоров'я і її складових.* Особливість прийняття цього рішення полягає у тому, що воно законодавчо унормує сьогодні один із сценаріїв розвитку Д(П)ПОЗ, згідно з яким у наступному має сформуватися майбутня НСОЗ.

Відомими є підходи до структурування і змістовного наповнення методики форсайт-дослідження. Прикладами є ФД економіки України [217], напрямів розвитку науки і техніки України (М. Кизим [78]) і людського потенціалу регіону (М. Кривцова [92]).

На існування різних підходів до структурування форсайт-дослідження вказує В. Рибінцев [173]. Він стверджує, що поширеним є трьох етапне форсайт-дослідження, яке реалізує три функції форсайт-методології («креативність», «експертиза» і «взаємодія»). Вважаємо за доцільне цей підхід обрати базовим для формування образу доказової Д(П)ПОЗ і доповнити ФД четвертим етапом (табл. 2.10) для реалізації додаткової функції «достовірність», що забезпечить верифікацію отриманих результатів.

На організаційному етапі (табл. 2.10) необхідно виконати завдання за вказаними стадіями. При цьому головне визначитися з: ймовірним комплексом методів, враховуючи їх тип і функціональне призначення; можливими витратами з бюджету держави і інших джерел фінансування; масштабом і рівнем охоплення ФД (у даному разі його простором є медична галузь у цілому); горизонтом дослідження – мінімум 10 років; колом осіб, що забезпечать політичну, владну (урядом, МОЗ) і фінансову підтримку цього дослідження.

Етапи форсайт-технології в публічному управлінні: аспект державної політики охорони здоров'я

Організаційний етап	Етап формування експертного середовища	Етап здійснення форсайт-дослідження	Етап верифікації, підтвердження достовірності
1) постановка гіпотези ФД	1) підбір ключових акторів	1) проведення дослідження	1) формування експертного середовища
2) формування цілей і завдань проєкту	2) підбір експертних груп	2) аналіз проблем, тенденцій, взаємовпливу рушійних сил	2) експертне опитування
3) вироблення плану роботи		3) формування варіантів майбутнього або пропозиції щодо бажаних його варіантів	3) проведення фокус-інтерв'ю
4) формування очікуваних наслідків			4) проведення інтерв'ю «компетентний експерт»

На етапі формування експертного середовища (табл. 2.10) необхідно, виходячи з особливостей застосування попередньо обраного комплексу продуктивних методів, визначитися з колом досвідчених ключових осіб (передусім від публічної влади, медичних закладів, громадських організацій) і експертних груп з конкретних питань Д(П)ПОЗ. До останніх необхідно залучити представників органів публічного управління, медичних закладів і громадських інституцій, бізнесу, інших; врахувати рівень поточного стану розробки ДПОЗ.

На третьому (дослідницькому) етапі (табл. 2.10) необхідно на:

– *першій стадії* виявити поле проблем, важливі тенденції і напрями ФД з використанням методів аналізу літератури і мозкового штурму;

– *другій стадії* проаналізувати основні проблеми, тенденції та взаємовплив рушійних сил за використанням методів експертних панелей, екстраполяції трендів або SWOT-аналізу;

– *третьої стадії* сформувані можливі або запропонувати бажані варіанти образу майбутньої ДПОЗ за використанням методів сценаріїв або Дельфі.

На етапі верифікації (підтвердження достовірності) отриманих результатів ФД необхідно (табл. 2.10):

– *першої стадії* сформувані коло експертів, спроможних оцінити достовірність спроектованого нового образу Д(П)ПОЗ;

– *другої стадії* провести експертне опитування, опрацювати і узагальнити його результати і виявити коло найбільш досвідчених експертів;

– *третьої стадії* провести фокус-інтерв'ю з найбільш досвідченими експертами і обрати з них найбільш компетентного експерта;

– *четвертої стадії* провести інтерв'ю «компетентний експерт».

Виходячи із вище зазначеного, головним підсумком є:

1) ціллю форсайт-дослідження і його результатом має бути змістовне наповнення всіх складових образу Д(П)ПОЗ;

2) кращий результат ФД можна досягнути шляхом поєднання більш продуктивних методів і обрання найбільш досвідчених експертів.

Попередньо можна стверджувати, що у якості основного (на третьому етапі (третьої стадії) ФД) доцільно обрати метод сценаріїв, який, спираючись на матрицю комбінації методів форсайт-дослідження (В. Рибінцев [173]), доповнити методами моделювання, інтерв'ю, мозкового штурму, SWOT-аналізу, інші.

Наведені вище судження лише узагальнено характеризують структуру процесу форсайт-дослідження щодо формування образу нової Д(П)ПОЗ. Для зменшення рівня невизначеності необхідно конкретизувати ФД за основними, найбільш вагомими етапами формування і реалізації Д(П)ПОЗ на засадах доказового підходу (рис. 2.6). Для цього використаємо напрацювання Л. Гонюкової, В. Козакова, С. Кравченко, С. Попова [54; 88; 89; 137], інших, а також власні, авторські розробки (І. Voshko [244]). Аналізуючи ці напрацювання, а також невдалу практику впровадження системи управління

якістю в системі виконавчої влади [154], можна стверджувати, що ключовою складовою для розуміння сучасної Д(П)ПОЗ є образ нової НСОЗ, яка має бути впроваджена в медичній галузі на засадах інноваційної діяльності у межах урядових реформ. Тому, у попередньому підрозділі розгляд Д(П)ПОЗ започатковано з формування головної її складової – образу нової НСОЗ (рис. 2.4, табл. 2.4). У зв'язку з цим, її образ необхідно сформувати на етапі проведення ФД1 (рис. 2.7). Цей образ є надто складною соціальною інновацією (Вікіпедія [194]), яка є запозиченою, а її впровадження обумовить глибоке перетворення всієї медичної галузі. Загалом, впровадження будь-якої інновації, а особливо соціальної інновації, завжди породжує невизначеності високого рівня.

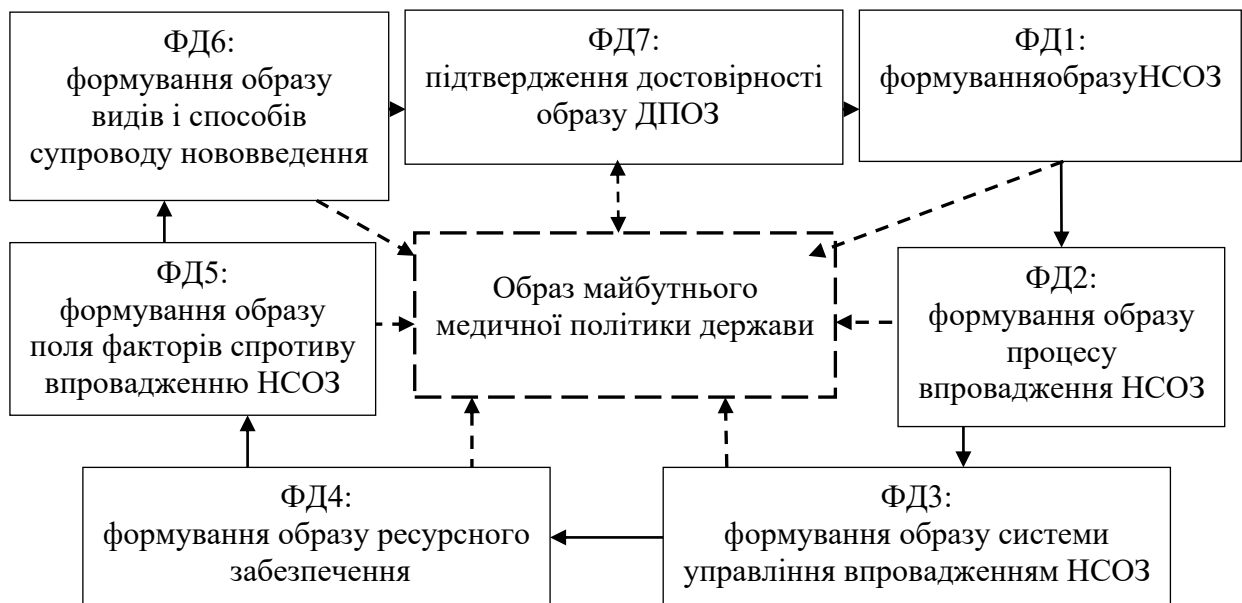


Рис. 2.7. Етапи форсайт-дослідження державної політики охорони здоров'я

У підрозділі 2.2 зазначалося, що образ майбутньої НСОЗ має бути: сформованим на етапі розробки засад Д(П)ПОЗ (рис. 2.4, табл. 2.4); комплексним і включати основні і додаткові принципово важливі складові, що забезпечать її повноцінне функціонування; враховувати основні сприятливі фактори, які є відомими з вітчизняної і зарубіжної практики реформ. Також необхідно подолати невизначеності пов'язані із: визначенням потреб і

перспектив розвитку вітчизняної медичної галузі, включаючи сучасні технології; забезпеченням конкурентності НСОЗ, якості публічного управління охороною здоров'я, надання МП, їх доступності у просторі країни і соціально-справедливої їх оплати з врахуванням внесків населення, страхових компаній, роботодавців, іншого.

Теж необхідно завчасно виявити і вирішити можливі проблеми при впровадженні нової НСОЗ, оскільки обов'язково постане питання про її адаптування до реалій медичної галузі і, навпаки, останньої до першої. Оскільки нововведення (образ нової НСОЗ) забезпечується інноваційною діяльністю у межах урядових реформ (С. Попов [137, с. 97]), то структурування цієї діяльності підвищить рівень її розуміння, додатково зменшить рівень невизначеності при проведенні ФД.

Для структурування інноваційної діяльності доцільно використати системно-діяльнісний метод, який дозволяє її представити відкритою системою, яка логічно поєднує основні її зовнішні і внутрішні складові. До останніх відносяться: процес нововведення, управлінський процес, ресурси і основні види та способи супроводу. Вітчизняний досвід медичної реформи свідчить про поетапне впровадження кожного із видів медичної допомоги. Процес їх впровадження є завжди оригінальним, поєднує процеси поширення видів МД у просторі медичної галузі і інноваційні процеси в конкретному закладі ОЗ. Іноді ці процеси складно структурувати, тому вони здійснюються ітеративним шляхом: методом спроб і помилок. Тому, для подолання цих невизначеностей необхідно провести наступний етап форсайт-дослідження: ФД2 (рис. 2.7). Подальше проведення ФД забезпечується такими етапами:

– ФД3 спрямований на обґрунтоване конструювання системи управління зазначеними вище процесами в умовах слабко структурованої управлінської ситуації. Для цієї ситуації І. Ансофф [1] рекомендує використати методи стратегічного менеджменту. Тому, головним для цього етапу є побудова раціональної системи стратегічного управління нововведеннями у медичній галузі;

– ФД4 стосується визначення обсягу і якості ресурсів, де, поряд з іншим (матеріально-фінансовим, інформаційно-методичним і науко-дослідним забезпеченням тощо) найвагомішою є професійна компетентність реформаторів, яка має ґрунтуватися на освітньому стандарті, підґрунтям для розробки якого є професійний стандарт. Його розробка є трудомісткою, слабо визначеною і потребує додаткового форсайт-дослідження;

– ФД5 забезпечує виявлення поля можливих факторів спротиву нововведенням, визначення з них найбільш загрозливих з метою їх завчасного подолання або «пом'якшення»;

– ФД6 спрямований на визначення наявних у медичній галузі основних видів і способів супроводу процесу нововведень щодо навчання, комунікації, досліджень, методологічного і технологічного забезпечення, формування реформаторської культури. Незнання їх наявності і потреб в них, також обумовить невизначеності, які постануть факторами спротиву. Якщо вони і є в наявності, то важливо завчасно з'ясувати: яким є їх наявний стан, їх обсяг і якість, яка є їх придатність до використання?, яким чином можна компенсувати їх нестачу із зовнішнього середовища?

Поєднання результатів кожного із зазначених етапів ФД сформує загальний образ майбутньої Д(П)ПОЗ. Загальне форсайт-дослідження (рис. 2.6) завершується етапом ФД7, який забезпечує верифікацію отриманого результату шляхом доведення його достовірності (правдоподібності) за спеціальною методикою. Ця методика має поєднати методи опитування, фокус-інтерв'ю, інтерв'ю «компетентний експерт» (С. Попов [137]). Етап верифікації (ФД7) має ґрунтуватися на поглибленому опрацюванні Д(П)ПОЗ. При постановці проблеми, на вирішення якої спрямована ця політика, необхідно відповісти на питання: чому це є проблемою?, в яких країнах і яких контекстах вона є проблемою, а в яких на неї не звертають увагу? При розробці можливих заходів відповісти на питання: де і як над цією проблемою працювали?, які приклади є успішними для розв'язання цієї проблеми?, які заходи виявилися ефективними, а які ні і чому?

Дотримуючись поглядів Л. Гонюкової, В. Козакова та ін.[54] можна стверджувати, що викладені вище твердження щодо форсайт-дослідження в аспекті Д(П)ПОЗ, поглиблюють засади теорії і методології доказової політики держави у межах галузі знань «Публічне управління та адміністрування». Доцільність і корисність цих тверджень заснована на: доведених результатах попередніх наукових досліджень і реформаторської практики; поглибленому розумінні методології доказової державної політики.

Висновки до другого розділу

В розділі досліджено зарубіжний досвід медичних реформ, які зумовлені загальносвітовими проблемами: тенденцією до неспинного зростання фінансових витрат на охорону здоров'я; необхідністю посилення здатності НСОЗ до покращення здоров'я населення. Їх розв'язання здійснювалося шляхом запровадження механізмів: реорганізації НСОЗ для виокремлення основних видів медичної допомоги; децентралізації НСОЗ і їх фінансування, участі громадськості в управлінні місцевими СОЗ; права вибору лікаря, лікарні й страховика, участі пацієнта у прийнятті медико-лікувальних рішень; посилення раціонального розподілу ресурсів і ощадливості НСОЗ в умовах конкурентності на ринку надання медичних послуг; підвищення ефективності управління медичними закладами і якості надання медичних послуг; посилення спроможності НСОЗ до покращення здоров'я населення. З'ясовано, що: реалізація зарубіжних медичних реформ виявилася складною з неочікуваними наслідками; на їх хід істотно вплинули зовнішні соціальні інновації й цінності, економічні та політичні фактори, вид системи управління, політичний статус Міністерства охорони здоров'я. Щодо наявності універсальної (типової) стратегії, то вона відсутня, оскільки мають місце

суттєві національні, економічні й історичні відмінності; особливості державного устрою і груп впливу на формування і реалізацію Д(П)ПОЗ.

Також виявлено, що головними факторами успіху реформ НСОЗ є наявність їх стратегій. Їх розробка потребує значних зусиль для визначення стратегічних напрямів і пріоритетів, планів. Останні включають: підзвітність і відповідальність; структуру управління процесом реалізації реформи; аналіз фінансових, людських і технічних ресурсів, етапи реалізації, включаючи терміни їх проведення. Темпи реалізації реформ суттєво залежали від наявності політичної волі і якості управління, а також від вибору: виду структури системи управління (централізована, децентралізована); «вікна можливостей» (протяжністю не більше 5 років); інфраструктури інформаційно-аналітичної підтримки. На хід реформ вплинули: рівень професійної компетентності кадрового складу реформаторів; підтримка населення, медичних працівників, політичної еліти і зацікавлених груп, які прагнули реалізувати власні інтереси тощо.

Дослідженою розроблено модель формування та реалізації засад Д(П)ПОЗ в Україні, яка заснована на: принципі «від загального до конкретного» за трьома етапами – формування цієї політики, її прийняття і реалізації; доказової логіки втілення зарубіжного досвіду, форсайт-дослідження, теорії і практики ПУА реформ і інновацій, відповідного методичного забезпечення тощо. Перший етап моделі забезпечує підготовку і розробку загальних і секторальних засад Д(П)ПОЗ за використанням доказового підходу, зокрема пропонується застосувати ФТ для розробки стратегічного бачення нової НСОЗ, визначення пріоритетних напрямів і заходів, процесів реалізації Д(П)ПОЗ. Наступний етап спрямований на законодавче унормування загальних і секторальних засад цієї політики за використанням відповідного державного механізму. Третій етап заснований на почерговій реалізації секторальних політик (згідно з попередньо визначеними пріоритетами), моніторингу й оцінювання їх реалізації.

Досліджено сутність форсайт-методології, форсайт-технологіїта сформульовано поняття «форсайт медичної галузі». Для цього дослідження запропоновано концептуальну модель форсайт-технології з етапами: організаційний, формування експертного середовища, форсайт-дослідження й верифікації. Вона реалізує функції форсайт-методології: «креативність», «експертиза», «взаємодія» і «достовірність». Побудовано модель форсайт-дослідження для розробки образів нової НСОЗ, процесу її втілення й управлінського процесу, ресурсного забезпечення, поля факторів спротиву цьому нововведенню, видів і способів супроводу його впровадження, верифікації вироблених засад Д(П)ПОЗ.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАСАД ДОКАЗОВОЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Результати досліджень у попередніх підрозділах розкрили особливості: політичного процесу в ПУА, державного механізму формування і реалізації державної політики в Україні, у т. ч. в аспекті Д(П)ПОЗ; вітчизняних проблем її формування і реалізації; зарубіжного досвіду реформ НСОЗ; доказової Д(П)ПОЗ; форсайт-методології в ПУА стосовно медичної галузі. Спираючись на вище зазначені напрацювання, експертні оцінки і інструменти доказової політики, визначимо актуальні стратегічні орієнтири ПУА розвитком засад ДПОЗ в Україні.

3.1. Стратегічні орієнтири публічного управління розвитком засад доказової державної політики охорони здоров'я

Для визначення найактуальніших стратегічних орієнтирів розвитку засад Д(П)ПОЗ скористаємося методологією стратегічного аналізу (SWOT-аналізу). Абревіатура SWOT послідовно означає англійські слова «strength» – сила, «weakness» – слабкість, «opportunity» – можливість, «threat» – загроза (небезпека). У цьому дослідженні ця методологія має забезпечити визначення зазначених орієнтирів з достатньо прийнятним рівнем достовірності. У середині ХХ ст. методологію SWOT-аналізу розробив К. Ендрюс, яка з часом постала загально визнаним і потужним інструментом для стратегічного аналізу значного за обсягом масиву інформації про стан і тенденції розвитку обраного об'єкту дослідження (С. Попов [137, с. 317]. SWOT-аналіз поширився в бізнес-управлінні, а згодом його було адаптовано до потреб

галузі ПУА. Зокрема, вітчизняні дослідники використали його як інструмент діагностування стартових умов для розробки Стратегій, а саме:

– В. Бакуменко, М. Іжа, С. Попов [5, с. 7–40; 137] застосували цей аналіз як інструмент експертної аналітики державного управління;

– С. Попов, І. Сенча [134; 127] використали SWOT-аналіз для визначення стратегічних орієнтирів інноваційного розвитку системи державного управління в Україні;

– І. Вошко адаптувала цей інструмент для визначення стратегічних орієнтирів ПУ розвитком первинної медичної допомоги Новоград-Волинської громади [130, с. 77–89];

– Г. Дробенко, В. Мамонова, Ю. П. Шаров [55; 108; 227; 228] розглянули його в аспекті територіального і муніципального управління;

– В. Пархоменко, В. Прошко, П. Мавко [120] дослідили SWOT-аналізу у аспекті стратегічного планування розвитку громади;

– О. Євмешкіна [64] дослідила SWOT-аналіз в аспекті державного стратегічного планування в Україні; В. Тертичка [200] докладно розкрив SWOT-аналізу як базовий інструмент стратегічного управління, у т. ч. на центральному, регіональному і операційному рівнях управління.

Стратегічний аналіз привернув увагу багатьох закордонних вчених, зокрема: С. Віханського [22], А. Томпсона, А. Стрикленда [206], Р. Фатхутдінова [208] та ін. У томі 2 Енциклопедії державного управління Ю. Шаров [57, с. 32–33] характеризує сутність SWOT-аналізу (в аспекті стратегічного планування) як такий, що:

по-перше, є зручним способом діагностування стартових умов для розробки стратегії; системним способом аналізу чинників зовнішнього (можливості і загрози) і внутрішнього (сильні і слабкі сторони) середовищ суб'єкта планування шляхом систематизації неоднорідної інформації (аналітичної, соціологічної, статистичної, управлінської і іншої інформації);

по-друге, продукує лише корисні орієнтири для розробки ефективної стратегії, яка головним чином базується на сильних сторонах суб'єкта

планування і стратегічно сприятливих можливостях і, водночас, на переборенні («пом'якшенні») чинників слабких сторін і зовнішніх загроз.

О. Євмешкіна [64, с. 156] більш стисло характеризує базову модель SWOT-аналізу як процедуру формування стратегічного плану, яка заснована на пошуку деякої точки на перетині визначених можливостей і загроз та сильних і слабких сторін організації (суб'єкта планування). Для виявлення і оцінювання зовнішніх факторів (політичних, економічних, соціальних і технологічних) дослідниця пропонує застосувати PEST-аналіз. Ю. Шаров [57, с. 32–33] розширює їх спектр, до яких додає: культурні умови, чинники державного регулювання. Р. Салтман і Дж. Фігейрас [183, с. 367–400] (рис. 2.2) зовнішні фактори характеризує з позиції ДПОЗ: макроекономічна і політична ситуація, соціальні цінності, нововведення в НСОЗ зарубіжних країн.

Щодо сильних та слабких сторін, які підконтрольні суб'єкту планування, то Ю. Шаров [57, с. 32–33] вважає головним завданням визначити і оцінити їх стратегічне значення. До сильних сторін він відносить ті фактори (ресурси, здатності, внутрішні обставини чи ситуації), які, спираючись на сприятливі зовнішні можливості, протистоять загрозам, допомагають функціонуванню або розвитку суб'єкта планування. До слабких сторін Ю. Шаров відносить: неналежну якість або відсутність ресурсів (матеріальних або нематеріальних); фактори, обставини або ситуації, які ослаблюють здатність організації до використання зовнішніх можливостей; посилення можливого впливу загроз загалом, що негативно впливають на діяльність або розвиток організації.

Якщо стисло, то ідея SWOT-аналізу заснована на 4 взаємозв'язаних квадрантах. Таблиця. 3.1 наочно їх демонструє, кожен з яких заснований на взаємодії трьох відповідних внутрішніх і зовнішніх чинниках: тобто, розглядається SWOT-матриця розмірністю 6 x 6. Кожен із зазначених квадрантів відображає перехресну взаємодію відповідних чинників, а саме квадрант: SO забезпечує перехресну взаємодію сильних сторін S і зовнішніх можливостей O; ST – сильних сторін S і зовнішніх загроз T; WO – слабких сторін W і можливостей O; WT – слабких сторін W і загроз T.

МАТРИЦЯ SWOT-АНАЛІЗУ

		Зовнішні фактори						
		Можливості (O)			Загрози (T)			
Внутрішні фактори	Сильні сторони (S)	СТРАТЕГІЧНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ (SO)			СТРАТЕГІЧНІ ФАКТОРИ ЗАХИСТУ (ST)			Σ_B
		$S_1 \times O_1$	$S_1 \times O_2$	$S_1 \times O_3$	$S_1 \times T_1$	$S_1 \times T_2$	$S_1 \times T_3$	Σ_{sot1}
		$S_2 \times O_1$	$S_2 \times O_2$	$S_2 \times O_3$	$S_2 \times T_1$	$S_2 \times T_2$	$S_2 \times T_3$	Σ_{sot2}
	$S_3 \times O_1$	$S_3 \times O_2$	$S_3 \times O_3$	$S_3 \times T_1$	$S_3 \times T_2$	$S_3 \times T_3$	Σ_{sot3}	
	Слабкі сторони (W)	СТРАТЕГІЧНІ ФАКТОРИ СТРИМУВАННЯ (WO)			СТРАТЕГІЧНІ ФАКТОРИ КРИЗИ (WT)			
		$W_1 \times O_1$	$W_1 \times O_2$	$W_1 \times O_3$	$W_1 \times T_1$	$W_1 \times T_2$	$W_1 \times T_3$	Σ_{wot1}
		$W_2 \times O_1$	$W_2 \times O_2$	$W_2 \times O_3$	$W_2 \times T_1$	$W_2 \times T_2$	$W_2 \times T_3$	Σ_{wot2}
$W_3 \times O_1$		$W_3 \times O_2$	$W_3 \times O_3$	$W_3 \times T_1$	$W_3 \times T_2$	$W_3 \times T_3$	Σ_{wot3}	
Σ_Γ	Zswo1	Zswo2	Zswo3	Zswt1	Zswo2	Zswo3		

Припустимо, що фактори вже визначені і експертно оцінені: тобто, визначено їх рейтинг з врахуванням ймовірності настання зовнішніх чинників (S і T) та спроможності суб'єкта планування реалізувати зовнішні можливості O. Суми у правому стовпчику Σ_B (по вертикалі у табл. 3.1) кількісно визначають різницю між силою впливу сильних сторін S у поєднанні з можливостями O і протидією загроз T цим сторонам. Суми по горизонталі Σ_Γ (найнижчий рядок у табл. 3.1) характеризують силу впливу: можливостей O у поєднанні з сильними S і слабкими W сторонами; загроз T у поєднанні з сильними S і слабкими W сторонами. Суми у правій половині табл. 3.1 завжди є від'ємними, що означає протидію лівій стороні цієї таблиці. Найбільші значення сум Σ_{sotk} і Σ_{wotn} (у самому правому стовпчику таблиці Σ_B) визначають

найсильніші і найслабкіші сторони суб'єкта планування. Найбільші позитивні суми Z_{swog} (в самому нижньому рядку \sum_{Γ} в лівій стороні табл. 3.1) характеризують найсильніші можливості у поєднанні з сильними і слабкими сторонами. Найменші від'ємні суми Z_{swog} (в рядку \sum_{Γ} в правій половині табл. 3.1) вказують на найбільш впливові загрози у поєднанні з сильними S і слабкими W сторонами організації.

Аналіз SWOT-матриці (табл. 3.1) свідчить, що всі її елементи перехресно взаємозв'язані: по вертикалі і горизонталі. Цей взаємозв'язок можна описати системою рівнянь (1): або ж відповідною матрицею. У цьому прикладі розмірність рівнянь (матриці) складає 6 x 6. Для визначення відповідних груп стратегічних орієнтирів важливо віднайти таке поєднання факторів (табл. 3.1), які б забезпечили кількісну перевагу сум лівої сторони матриці SWOT-аналізу \sum_{Lwotn} над правою її стороною \sum_{Pwotn} , а саме:

$$\begin{aligned} \sum_{Lwot1} = S_1 \times O_1 + S_1 \times O_2 + S_1 \times O_3 &> \sum_{Pwot1} = S_1 \times T_1 + S_1 \times T_2 + S_1 \times T_3 \\ \dots\dots\dots &> \dots\dots\dots && (3.1) \\ \sum_{Lwot3} = W_3 \times O_1 + W_3 \times O_2 + W_3 \times O_3 &> \sum_{Pwot3} = W_3 \times T_1 + W_3 \times T_2 + W_3 \times T_3. \end{aligned}$$

Сприятливою є ситуація, коли має місце найбільша кількісна перевага сум лівої сторони рівнянь (3.1) над правою, що свідчить про найвищу спроможність суб'єкта планування (його сильних і слабких сторін) до реалізації визначених пріоритетів і заходів за підтримки зовнішніх можливостей. У протилежному випадку має місце невдала ситуація, що спонукає до перегляду певних факторів з метою досягнення переваги правих сум над лівими у рівнянні (3.1).

У випадку сприятливої ситуації найбільші суми по горизонталі \sum_{sotk} і \sum_{wotn} (у стовпчику \sum_B) виокремлять найбільш вдалі фактори, які сформуують групи орієнтирів:

– *розвитку* (квадрант SO), де поєднуються найвагоміші сильні сторони і зовнішні можливості (для забезпечення розвитку);

– *захисту* (квадрант ST), де поєднуються найвагоміші сильні сторони і загрози (для протидії перших другим, що забезпечить захист);

– *стримування* (квадрант WO), де поєднуються найвагоміші зовнішні можливості і слабкі сторони (вплив перших позитивно підсилить другі, що забезпечить стримування впливу слабких сторін);

– *кризові* (квадрант WT), де поєднуються найвагоміші слабкі сторони і зовнішні загрози, які утворюють конфлікт і, навіть, можлива кризова ситуація.

Спираючись на попередні напрацювання зазначених вище дослідників і власні розробки, розглянемо методику проведення SWOT-аналізу для визначення актуальних для сьогодення стратегічних орієнтирів ПУ розвитком засад Д(П)ПОЗ. При цьому виходимо з того, що ця політика: є першорядним і належно розробленим керівництвом для реформування СОЗ в Україні; забезпечить цілеспрямоване посилення спроможності суб'єктів Д(П)ПОЗ до її реалізації. Провідні її складові розглянуто у підрозділі 2.2 з врахуванням доказового підходу. На винятковій теперішній актуальності Д(П)ПОЗ, невідкладності прийняття її засад наголошують експерти вітчизняної медичної спільноти, дослідники, а також на це вказують респонденти під час опитування у межах цього дослідження. Згадаємо їх твердження проте, що: необхідність сучасної і унормованої Д(П)ПОЗ є актуальною 89,2% (дуже актуальною 49,1%, актуальною 40,1%); її відсутність значно стримує теперішню медичну реформу (дуже стримує – 53% і стримує – 37,3% опитуваних); недоліки, пов'язані з Д(П)ПОЗ, мають високий (56,4%) і достатній (26,4%) впливи на формування проблем реформи СОЗ у цілому.

У цьому дослідженні базовою оберемо методику SWOT-аналізу, використану автором при визначенні стратегічних орієнтирів публічного управління (далі –ПУ) розвитком первинної медичної допомоги Новоград-Волинської громади [130, с. 77–89]. Стосовно предмету цього дослідження методика включає такі основні три етапи: підготовчий, перехресного аналізу і визначення стратегічних орієнтирів ПУ розвитком засад ДПОЗД (табл. 3.2).

**Методика визначення стратегічних орієнтирів публічного управління
розвитком засад ДПОЗ**

1. Підготовчий етап:	2. Етап перехресного аналізу:	3. Етап визначення стратегічних орієнтирів:
<ul style="list-style-type: none"> – визначення головної мети методики; – формулювання критеріїв; – визначення полів зовнішніх і внутрішніх факторів 	<ul style="list-style-type: none"> – розробка інструментарію з визначення інтегральних оцінок; – опрацювання інтегральних оцінок; – перевірка виконання умови рівняння 1 	<ul style="list-style-type: none"> – розробка інструментарію з визначення рейтингу позитивних і негативних факторів; – визначення стратегічних орієнтирів розвитку, захисту, стримування і кризи

*На підготовчому етапі передусім сформулюємо головну мету цієї методики, яка полягає у обґрунтованому визначенні актуальних для сьогодення стратегічних орієнтирів ПУ розвитком засад ДПОЗ. При її досягненні дотримуємося сукупності критеріїв. В основу головного критерію покладемо актуальні, безумовні (фундаментальні, відправні) на теперішній час політичні установки щодо подальшого розвитку засад ДПОЗ (Додаток В, табл. 1, позиції 1, 4, 7, 14, 20, 24, 27, 28). За попереднім аналізом експертних оцінок зовнішніх факторів вони отримали найвищі рейтинги, що переконує в їх чинності для сьогодення. І, навпаки, їх відсутність унеможливить подальші дії ПУ щодо розвитку засад ДПОЗ. Узагальнюючи ці фактори, сформулюємо обов'язковий для дотримання головний критерій цієї методики, який полягає в *фіксації нині твердої політичної волі найвищого керівництва країни щодо необхідності: визнання права кожної людини на здоров'я як європейської цінності; подальшого проведення медичної реформи в умовах суспільно-політичної і економічної стабільності в Україні, враховуючи сучасні світові тренди розвитку СОЗ в умовах ринку; посилення стратегічної спроможності ПУ щодо розвитку засад ДПОЗ в умовах розвиненого громадянського суспільства.**

Дотримання головного критерію забезпечується основними критеріями:

– основним актором (суб'єктом розробки і реалізації засад Д(П)ПОЗ) є МОЗ, оскільки саме на нього ці функції і завдання держави покладено нормативно-правовими засадами, які визначені в законах України і актах КМУ, а також про це наголошено в законопроекті про засади цієї політики;

– при визначенні стратегічних орієнтирів опираємося на найкраще використання ендогенної спроможності (внутрішніх факторів) МОЗ і зовнішніх можливостей з метою посилення його сильних сторін і усунення недосконалостей слабких сторін, а також для захисту від загроз із зовні;

– SWOT-аналіз є головним інструментом цієї методики, оскільки він є визнаним інструментом для аналітичного опрацювання великого обсягу інформації про поточний стан і тенденції розвитку будь-якого об'єкту дослідження;

– загальне поле кожного виду зовнішніх і внутрішніх факторів має складатися з не менш, ніж 15 чинників; їх оцінювання має здійснюватися за використанням спеціально розробленої опитувальної анкети (Додаток В); середовище респондентів має бути чисельністю не менше 100 осіб, які науково або професійно дотичні до теперішніх проблем реформування СОЗ в Україні;

– головна мета методики вважається досягнутою за умови, коли має місце кількісної переваги кожної із сум лівої сторони рівнянь (1) над правою; чим більша перевага, тим сприятливішою є ситуація.

Попередній досвід застосування базової методики свідчить про необхідність уникнення певних технологічних складнощів її використання, зокрема на 2 і 3 етапах (перехресного аналізу і визначення стратегічних орієнтирів). Тому, зберігаючи головну ідею цієї методики, доцільно її удосконалити шляхом введення додаткових критеріїв для опрацювання зовнішніх і внутрішніх факторів на зазначених етапах:

– використаємо не тільки коефіцієнти, що характеризують ймовірність настання зовнішніх чинників і спроможність публічної влади їх реалізувати (їм протидіяти), а й коефіцієнт «актуальність», який забезпечить доказовий відбір першорядних чинників в аспекті досягнення головної мети цієї методики;

– для забезпечення наочного і усвідомленого аналізу факторів, виокремимо із загального поля кожного із зазначених видів чинників їх основне поле, яке має складатися з не більше, ніж 9 найвищих за рейтингом

факторів, що спростить процес осягнення дослідниками їх сутності у вимірі чинників цього поля;

– допускається узагальнення в одному факторі змістів декількох чинників, які є спорідненими за змістом і кожний відображає окремий аспект об'єкта дослідження.

Для формування загальних полів зовнішніх можливостей і сильних сторін, а також для оцінювання рівня їх впливу використаємо табличну форму з п'ятибальною шкалою оцінок (табл. 3.3), де: 5 – означає «найбільш (стратегічно) впливова», 4 – «достатньо впливова»; 3 – «більш-менш впливова»; 2 – «найменш впливова»; 1 – «не актуальна». Для формування загальних полів зовнішніх загроз і слабких сторін, а також для оцінювання рівня їх впливу також використаємо табличну форму з п'ятибальною шкалою оцінок (подібну табл. 3.3), де для:

– загроз (5 – означає «найбільш впливова (катастрофічна)», 4 – «достатньо впливова»; 3 – «більш-менш впливова»; 2 – «найменш впливова»; 1 – «не актуальна»);

– слабких сторін– 5 є «найбільш впливова (найслабкіша, катастрофічно слабка)», 4 – «достатньо впливова (достатньо слабка)»; 3 – «більш-менш впливова (більш-менш слабка)»; 2 – «найменш впливова (найменш слабка)»; 1 – «не актуальна».

Таблиця 3.3

Потенційно можливі зовнішні (внутрішні) фактори

Фактори	Рівень впливу				
	5	4	3	2	1
<i>Інше допишіть</i>					

Для проведення експертного оцінювання зовнішніх і внутрішніх факторів автором було розроблено і апробовано спеціальну опитувальну анкету (Додаток В). Підготовка до опитування і його проведення проводилося у першій половині 2021 р. в онлайн-режимі. В опитуванні взяли участь

110 респондентів – представники медичної (більше 70%) і соціальної сфер Вінницької, Миколаївської, Житомирської, Одеської і Херсонської областей. В експертному опитуванні взяли участь 5 депутатів Новоград-Волинської міської ради, керівники органів ПУ і закладів медичної галузі, лікарі, викладачі, аспіранти і слухачі ОРІДУ НАДУ при Президентові України і медичних закладів освіти, наукова і практична діяльність яких стосується публічного управління охороною здоров'я і соціального захисту. В опитуванні взяли участь респонденти, з яких:

– *за віком*: 10% – старше 60 років; 24,5% – 51–60 років; по 28,2% – 41–50 років і 31–40 років; 8,2% – до 30 років; *за статтю*: жінок – 60,9%, чоловіків – 39,1%; *за загальним трудовим стажем*: більше 25 років – 35,5%; 20–25 років – 15,5%; 16–20 років – 17,3%; 10–15 років – 22,7%; 4–9 років – 9,1%; 1–3 роки – незначний відсоток; *за трудовим медичним стажем*: більше 25 років – 33,3%; 21–25 років – 25,6%; 16–20 років – 13%; 10–15 років – 18%; 4–9 років – 9%; 1–3 роки – 2,1%.

– *за освітою* – у всіх респондентів вища освіта, з яких 17,3% мають науковий ступінь; *за професійною посадою*: безпосередньо в охороні здоров'я – 53,2%; юриспруденція (9,2%) і управління (21,1%) у сфері ОЗ; решта (6,5%) респондентів працюють в закладах освіти, соціальних службах і структурах, які безпосередньо дотичні до галузі ОЗ; – *за посадою*: керівники – 40%; спеціалісти (більшість лікарі) – 58,2%; депутати місцевого рівня – 4,5%; науково-педагогічні працівники – 1,8%.

Наведена вище характеристика дозволяє вважати, що переважна більшість опитуваних є досвідченими респондентами, мають теоретичний і практичний досвід реформування СОЗ в Україні і є безпосередніми її учасниками. Наявна кількість респондентів (110 осіб) дозволяє стверджувати про високий рівень достовірності отриманих результатів опитування. Під час розробки анкети, її апробації і доповнень респондентами в ході опитування було визначено загальну кількість зовнішніх і внутрішніх факторів:

можливості – 28 чинників, загрози – 64, сильні – 27 і слабкі сторони – 43. Результати експертних оцінок цих факторів представлено у додатку Г.

Під час опрацювання зовнішніх і внутрішніх факторів:

– застосовано колективну розробку стратегічних орієнтирів за участі колег по аспірантурі і магістратурі (за спеціальністю «ПУА») і професійній діяльності, наукові і практичні інтереси яких є спорідненими і мають навички використання SWOT-аналізу; опрацювання зовнішніх і внутрішніх факторів здійснювалося окремо, різними підгрупами по 3 особи;

– для зручності подальших дій частину споріднених за змістом чинників узагальнено; зокрема, в таблиці 1(Додаток В) узагальнено близькі за змістом позиції 2 і 16, 6 і 15, 9 і 10, 8 і 23, що не суперечить відповідному додатковому критерію цієї методики;

– використано сумарний рівень впливу $r_{нд}$ кожного фактора, який дорівнює сумі експертних оцінок його найбільшого і достатнього впливу; цей показник найбільш узагальнено характеризує рівень позитивного впливу кожного із чинників;

– враховано актуальність кожного фактору (використано коефіцієнт a_j , табл. 3.4), що допомогло дослідникам зорієнтуватися на розгляді кожного фактору з точки зору його корисності для досягнення головної мети цієї методики і тим самим забезпечило більш зручне і правильне формування основного поля чинників.

Таблиця 3.4

Шкала оцінки актуальності a_j фактора з точки зору досягнення головної мети методики: визначення першочергових стратегічних орієнтирів публічного управління розвитком засад ДПОЗ

Оцінка a_j	Характеристика оцінок a_j
+5	Найбільш вдалий фактор для досягнення головної мети методики
+4	Достатньо вдалий фактор для досягнення головної мети методики
+3	Більш-менш вдалий фактор для досягнення головної мети методики
+2	Дещо вдалий фактор для досягнення головної мети методики
+1	Найменш вдалий фактор для досягнення головної мети методики
0	Нейтральний фактор для досягнення головної мети методики

Проміжні оцінки зовнішніх факторів розраховувалися по формулам $O_{ap} = r_{ндoh}a_j$ і $T_{zp} = r_{ндth}a_j$. Оцінки внутрішніх факторів, розраховані по формулам $S_k = r_{ндsh}a_j$; $W_m = r_{ндwh}a_j$, є остаточними. Врахування коефіцієнта a_j забезпечило більш зручне «просіювання» зовнішніх і внутрішніх факторів, орієнтуючись на досягнення головної мети цієї методики. За підсумками підготовчого етапу аналітично опрацьовано всі фактори, а із них сформовано 4 основні поля зовнішніх і внутрішніх чинників: кожне з цих полів складається із 9 чинників з найвищими оцінками (табл. 3.5–3.8). Раціональне виокремлення чинників основного поля забезпечувалося шляхом ітеративного опрацювання загальних полів факторів. При цьому зовнішні і внутрішні чинники опрацьовувалися різними підгрупами дослідників.

Таблиця 3.5

**Основні фактори «можливості» для визначення стратегічних орієнтирів
ПУ розвитком засад ДПОЗ**

№	Зміст можливості	Рівень впливу (найбільш + достатньо впливові)	Ймовірність настання	Спроможність реалізувати	Актуальність	Підсумкова оцінка
		$r_{ндh}$	p_i	s_n	a_j	O_a
1	2	3	4	5	6	7
Найбільш значущі можливості						
1	Домінування державного управління, його стратегічна спроможність, зокрема щодо реформи ОЗ	74,5	1	5	5	1862,5
2	Наявність законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я»	74,5	1	5	5	1862,5
3	Наявність чинних прикладів засад державних політик в Україні, заснованих на стратегічному менеджменті і відповідного методичного забезпечення	67,3	1	5	5	1682,5
Більш-менш значущі можливості						
4	Наявність визнаного досвіду з реформування національних СОЗ зарубіжжя	62,7	1	5	5	1567,5
5	Наявність теоретико-прикладних розробок щодо доказової політики, у т. ч. з форсайт-технологій в ПУА	73	1	5	4	1460
6	Наявність теоретико-прикладних засад стратегічного і інноваційного менеджменту в теорії і практиці ПУА	70	1	5	4	1400

1	2	3	4	5	6	7
Найменш значущі						
7	Наявність вітчизняного освітньо-наукового і аналітичного потенціалу, спроможного забезпечити підтримку розробки і реалізації засад ДПОЗ, враховуючи зарубіжний досвід	62	1	5	4	1240
8	Наявність вітчизняного досвіду професійної підготовки публічних службовців	74	1	5	3	1110
9	Наявність вітчизняного досвіду реалізації політики якості у виконавчій владі	58,2	1	5	3	873

Таблиця 3.6

Основні фактори «загрози» для визначення стратегічних орієнтирів ПУ розвитком засад ДПОЗ

№	Зміст загроз	Рівень впливу (найбільш + достатньо впливові)	Ймовірність настання	Спроможність протидіяти	Актуальність	Підсумкова оцінка
		$r_{ндh}$	p_i	s_n	a_j	T_z
Найбільш значущі						
1	Відсутні офіційні сучасні ДПОЗ і стратегія її реалізації	77,3	1	4	5	1546
2	Відсутнє єдине і чітке стратегічне бачення моделей нових ДПОЗ і СОЗ, реформ і проєктів їх реалізації	86,4	0,75	4	5	1296
3	Відсутнє методичне забезпечення з розробки стратегічного бачення нової СОЗ	80	0,75	4	5	1200
Більш-менш значущі						
4	Відсутнє методичне забезпечення розробки засад ДПОЗ і стратегії її реалізації на основі доказового підходу	79,1	0,75	4	5	1186,5
5	Низький рівень якості публічного управління процесами реформи вітчизняної СОЗ	73,6	0,75	4	5	1104
6	Відсутнє активне впровадження доказової політики, форсайт-технології в публічному управлінні ОЗ	71,8	0,75	4	5	1077
Найменш значущі						
7	Слабка освітньо-наукова, аналітична і методична підтримка реформи СОЗ України	71,8	0,75	4	5	1077
8	Слабка професійно-реформаторська підготовка управлінців у відповідності до потреб реалій в Україні	76,4	0,75	3	5	859,5
9	Ігнорування доведеними науково і практикою інструментів реформування СОЗ, зокрема стратегічним менеджментом, доказовим підходом	75,5	0,75	3	5	849,4

Таблиця 3.7

Основні фактори «сильні сторони» для визначення стратегічних орієнтирів ПУ розвитком засад ДПОЗ

№	Зміст сильних сторін	Рейтинг впливу (найбільший + достатній вплив)	Актуальність	Підсумкова оцінка
		$r_{ндh}$	a_j	S_k
Найбільш значущі				
1	Наявність у МОЗ легітимних повноважень, його виключної ролі у формуванні і реалізації ДПОЗ	77,3	5	386,5
2	Наявність компетентного керівництва і високо кваліфікованого персоналу у складі МОЗ	77,3	5	386,5
3	Наявність у публічних службовців і медичних працівників МОЗ певного реформаторського досвіду, у т. ч. практики державного управління з використанням сучасних інструментів	76,4	5	382
Більш-менш значущі				
4	Наявність прагнення продовжити реформу СОЗ	75,5	5	377,5
5	Наявність певного досвіду з розробки бачення реформи СОЗ	71	5	355
6	Наявність певного реформаторського досвіду щодо доказового менеджменту	71	5	355
Найменш значущі				
7	Наявність у складі МОЗ певного освітньо-наукового потенціалу щодо реформи СОЗ	68,2	5	341
8	Наявність можливості залучення зовнішніх ресурсів до реформування СОЗ	72,7	4	290,8
9	Наявність механізмів зовнішньої і внутрішньої комунікації МОЗ і медичного закладу	64,5	4	258

Таблиця 3.8

Основні фактори «слабкі сторони» для визначення стратегічних орієнтирів ПУ розвитком засад ДПОЗ

№	Зміст слабких сторін	Рейтинг (найбільший + достатній вплив)	Актуальність	Рейтинг підсумковий
		$r_{ндh}$	a_j	W_m
1	2	3	4	5
Найбільш значущі				
1	Відсутнє прагнення запроваджувати сучасні інструменти менеджменту	82	5	410
2	Недостатня увага розробці і законодавчому унормуванню ДПОЗ і стратегії її реалізації	82	5	410
3	Слабка стратегічна спроможність МОЗ до вироблення ефективних політик у вимірі сучасних потреб	81	5	405

Продовження табл. 3.8

1	2	3	4	5
Більш-менш значущі				
4	Недосконале опрацювання образу нової СОЗ	80	5	400
5	Низький рівень стратегічного мислення керівництва МОЗ, їх консервативність, брак визнаних державних «проривних» менеджерів	78,2	5	391
6	Відсутні усталені навички публічного управління реформою СОЗ	78,2	5	391
Менш значущі				
7	Відсутня система стратегічного управління реформою СОЗ	76,4	5	382
8	Слабка мотивація кадрового складу МОЗ до здійснення реформи СОЗ	74,5	4	298
9	Недостатня увага реформаторсько-орієнтованому професійному навчанню керівників і працівників у сфері охорони здоров'я	73,6	4	294,4

На другому етапі (перехресного аналізу) здійснено подальше опрацювання основних полів зовнішніх факторів з метою визначення їх інтегральних оцінок, які є підсумковими і інтегрально характеризують кожен «можливість» O_a і «загрозу» T_z (табл. 3.1) з врахуванням вже отриманих проміжних оцінок на першому етапі. При розрахунках інтегральних оцінок зовнішніх факторів враховано: проміжні оцінки O_{ap} і T_{zp} певного чинника (табл. 3.5–3.8); ймовірність настання кожного із зовнішніх факторів p_i залежно від теперішнього стану його розробленості (або використання); спроможності s_n МОЗ реалізувати кожний фактор «можливість» (або захиститися, протидіяти фактору «загроза»).

Підсумкові оцінки розраховувалися по формулах: $O_a = O_{ap}p_i s_n$; $T_z = T_{zp}p_i s_n$. Інструментами для оцінювання ймовірності настання зовнішніх факторів p_i і спроможності s_n їх реалізувати (або захиститися, протидіяти) обрано відповідні шкали оцінок (табл. 3.9 і 3.10). У цьому випадку, аналітичне опрацювання основних полів зовнішніх чинників здійснювалося також шляхом ітерацій попередньо визначеними підгрупами. Слід зазначити, що на завершенні другого етапу обов'язково необхідно перевіряти виконання умови, що визначає рівняння (3.1) (табл. 3.1).

У протилежному випадку необхідно повернутися до першого етапу і знову повторювати його процедури і наступного етапу поки не виконається умова рівняння (3.1). Тобто, дотримуючись відповідного основного критерію,

необхідно здійснити перевірку на правильність прийняття рішення про наявність сприятливої ситуації або її відсутність. Це рішення визначить подальші дії: перейти до третього етапу або повернутися до першого етапу.

Таблиця 3.9

Шкала для оцінювання ймовірності виникнення можливостей і загроз

Характеристика випадковості «можливості» («загрози»)	p_{oi} (p_i)
Найменш очікуваний прояв можливості чи загрози (неможлива або зникне)	0,05
Малоймовірний прояв можливості чи загрози (не проявиться або зникне)	0,25
Однакові ймовірності прояву чи не прояву можливості або загрози	0,50
Достатня ймовірність прояву можливості чи загрози (виникне)	0,75
Висока ймовірність прояву можливості чи загрози (проявиться обов'язково)	0,95

Таблиця 3.10

Шкала оцінки здатності внутрішніх факторів використати можливості або протидіяти загрозам

	Оцінка	Характеристика оцінок
Сильні сторони G_{sj}	+5	Найбільш вдала ситуація для використання можливості або захисту від загрози
	+4	Вдала ситуація для використання можливості або захисту від загрози
	+3	Більш-менш вдала ситуація для використання можливості або захисту від загрози
	+2	Дещо вдала ситуація для використання можливості або захисту від загрози
	+1	Найменш вдала ситуація для використання можливості або захисту від загрози
	0	Нейтральна ситуація для використання зовнішніх факторів
Слабкі сторони G_{tj}	-1	Найменш ускладнене використання можливості або захисту від загрози
	-2	Дещо ускладнене використання можливості або захисту від загрози
	-3	Більш-менш ускладнене використання можливості або захисту від загрози
	-4	Ускладнене використання можливості або захисту від загрози
	-5	Найбільш ускладнене (заперечує) використання можливості або захисту від загрози

Третій етап (етап визначення стратегічних орієнтирів) полягав у виборі інструменту для визначення рейтингу (ранжування) позитивних і негативних факторів, які визначені за результатами другого етапу.

На погляд автора, доцільно застосувати інструмент ранжування факторів, використаний С. Поповим, І. Сенчею та ін. [137; 5; 134]. Його ідею відображає табл. 3.11. Ранжування факторів за допомогою цього інструменту дозволяє остаточно виявити стартові позиції розвитку засад Д(П)ПОЗ у

форматі стратегічних орієнтирів: розвитку, захисту, стримування і кризи, які відповідно згруповані у квадрантах SO, ST, WO та WT (табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Ранжування позитивних і негативних факторів

№	Сильні сторони	Оцінка	Слабкі сторони	Оцінка	Можливості	Оцінка	Загрози	Оцінка	Рейтинг
1 · к		$+\sum_{\text{сmax}}$		$-\sum_{\text{слmin}}$		$+\sum_{\text{тmax}}$		$-\sum_{\text{зmin}}$	Найбільш значущі
к+1 · п									Більш-менш значущі
п+1 · h									Найменш значущі

Дослідження проведене за цією методикою відповідає головній її меті, головному, основним і допоміжним її критеріям (правилам), які сформульовані на першому етапі, а також дотримано умову рівняння 1. Аналітичне опрацювання факторів і їх оцінювання опиралося на спроможність внутрішніх чинників вдало використати можливості для розвитку сильних сторін і позитивного посилення слабких сторін. Також враховувалося: здатність використати переваги сильних сторін з метою протидії загрозам; розуміння кризових ситуацій, що можуть виникнути унаслідок взаємодії слабких сторін і загроз.

Це дослідження підтвердило висловлення відомого науковця Ю. Шарова [228] у тому, що проведення SWOT-аналізу є творчою інтерпретацією проблемної ситуації. Її глибоке розуміння і наявність адекватного інструментарію сприятиме успішному розв'язанню цієї ситуації. Унікальність цього аналізу полягає у одночасному і сумісному опрацюванні зовнішніх і внутрішніх факторів. На погляд автора, більш усвідомленому аналітичному опрацюванню цієї ситуації сприяло поглиблене вивчення і розуміння попередніх результатів цього дисертаційного дослідження щодо теперішніх особливостей формування і реалізації державної політики охорони здоров'я в Україні і зарубіжжі.

Для досягнення головної мети методики – обґрунтоване визначення актуальних для сьогодення стратегічних орієнтирів ПУ розвитком засад Д(П)ПОЗ, і дотримуючись її головного, основних і допоміжних критеріїв, проаналізовано зовнішні і внутрішні фактори та виокремимо з них найбільш, більш-менш і найменш значущі фактори. Найбільш значущі фактори є теперішніми стратегічними орієнтирами для Міністерства охорони здоров'я України щодо розвитку засад цієї політики (табл. 3.12) з врахуванням ймовірності настання і спроможності реалізувати ці орієнтири. Для подальшого розгляду цікавим є удосконалення методики, що використана у цьому дослідженні, зокрема в аспекті правильності прийняття рішення про сприятливу або несприятливу ситуації.

Таблиця 3.12

Оцінки найбільш значущих позитивних і негативних факторів

№	Характеристика факторів	Підсумкова оцінка
<i>Сильні сторони</i>		S_k
1	Наявність у МОЗ легітимних повноважень, його виключної ролі у формуванні і реалізації засад ДПОЗ	386,5
2	Наявність компетентного керівництва і високо кваліфікованого персоналу у складі МОЗ	386,5
3	Наявність у публічних службовців і медичних працівників МОЗ певного реформаторського досвіду, у т. ч. практики державного управління з використанням сучасних інструментів	382
<i>Слабкі сторони</i>		W_m
1	Недостатня увага до розробки законодавчого унормування ДПОЗ і стратегії її реалізації	410
2	Відсутнє прагнення запроваджувати сучасні інструменти менеджменту	410
3	Слабка стратегічна спроможність МОЗ до вироблення ефективних політик у вимірі сучасних потреб	405
<i>Можливості</i>		O_a
1	Домінування державного управління у здійсненні внутрішньої політики держави, його стратегічна спроможність, зокрема щодо реформи ОЗ	1862,5
2	Наявність законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я»	1862,5
3	Наявність чинних прикладів засад державних політик в Україні, заснованих на стратегічному менеджменті і відповідному методичному забезпеченні	1682,5
<i>Загрози</i>		T_z
1	Відсутні офіційні сучасні засади ДПОЗ і стратегія їх реалізації	1546
2	Відсутнє єдине і чітке стратегічне бачення моделей нових ДПОЗ і СОЗ, реформ і проєктів їх реалізації	1296
3	Відсутнє методичне забезпечення з розробки стратегічного бачення нової СОЗ	1200

Використовуючи виявлені найбільш значущі стратегічні орієнтири для сьогодення (табл. 3.12), необхідно розробити пріоритетні напрями удосконалення публічного управління розвитком засад ДПОЗ.

3.2. Пріоритетні напрями удосконалення публічного управління розвитком засад державної політики охорони здоров'я

Виявлення стратегічних орієнтирів ПУ розвитком засад ДПОЗ опиралася на стратегічну здатність МОЗ. Виходячи зі змісту стартової ситуації щодо стратегічних орієнтирів, необхідно визначити пріоритетні напрями удосконалення (далі – ПНУ) ПУ у цій галузі. Звісно, що якість визначення пріоритетів залежатиме від рівня досконалості методологічного інструментарію. Для його побудови існують різні підходи, відмінні предметом дослідження і методологією, на яких вони засновані. У підрозділі 3.2 охарактеризовано поле застосування форсайт-методології, зокрема для прогнозування пріоритетів розвитку економіки (М. Згуровський), людського потенціалу (М. Кривцова), науки і техніки (І. Салімянова, Б. Маліцький), продуктово-ринкової стратегії агробізнесу (О. Садовник). Привертає увагу широко застосована і розвинута методологія аналізу ієрархій [179], розроблена в 1970 роках Т. Сааті для підтримки прийняття рішень при розв'язанні складних проблем, зокрема в аспекті охорони здоров'я. Цікавими є сучасні розробки щодо визначення пріоритетів: динамічного доступу до ресурсів в прецедентному управлінні бізнес-процесами (С. Чалий, І. Левикін [222]); державного управління в умовах глобалізації та регіоналізації, (Л. Х. Тихончук [202]); сталого розвитку на регіональному та місцевому рівнях: адаптація цілей сталого розвитку ООН в Україні (В. Громоздов [43]). У межах предмету цього дослідження цікавими є напрацювання щодо визначення пріоритетів: соціально-економічних стратегій розвитку регіону

України (Н. Юристовська [234], Аналітична записка [233]); показників, що характеризують рівень загроз інформаційній безпеці держави (О. Косоков [86]), розвитку підприємства, яке веде спільний міжнародний бізнес (О. Кахович, Ю. Кахович [74], інвайронментальної безпеки України (М. Мащенко, А. Литвиненко [111]). Також цінним є підхід щодо вдалого упорядкування пріоритетів (відокремлення найважливішого від зайвого), заснований на матриці Ейзенхауера [110].

Ідеї зазначених вище методологічних підходів реалізовано у методиці для визначення пріоритетних напрямів удосконалення системи державного управління з метою її інноватизації [127; 137, с. 248–249]. Ця методика заснована на опрацюванні найважливіших внутрішніх і зовнішніх факторів (тобто, попередньо визначених у підрозділі 3.1, найактуальніших стратегічних орієнтирів) у межах SWOT-матриці за допомогою техніки «3С». Цю матрицю адаптовано автором для визначення пріоритетних напрямів удосконалення ПУ розвитком первинної медичної допомоги Новоград-Волинської громади [130, с. 69–81]. Практика використання цієї методики засвідчила про необхідність її удосконалення, зокрема в аспекті предмету цього дослідження.

Головна ідея цієї методики заснована на співставленні 4 груп найважливіших факторів (стратегічних орієнтирів), згрупованих за ознаками розвитку, захисту, спротиву (стримування) і кризи. Тобто, послідовно і попарно-перехресно опрацьовуються зазначені фактори, згруповані у межах SWOT- матриці, за використанням відповідної техніки (рис. 3.1). Ініціаторами такого формально-логічного аналізу завжди є внутрішні фактори (сильні і слабкі сторони), де головними акторами є сильні сторони. Цей аналіз реалізується шляхом попарно-перехресного співставлення зазначених факторів для отримання відповідей на спеціально поставлені запитання з боку: по-перше, сильних сторін до можливостей, загроз і слабких сторін; по-друге, слабких сторін до можливостей і загроз. Такий формально-логічний аналіз забезпечує продукування теперішніх пріоритетних напрямів розвитку,

захисту, спротиву і кризи. Тобто, продукування ПНУ опирається на ендогенну спроможність органу публічної влади (МОЗ).

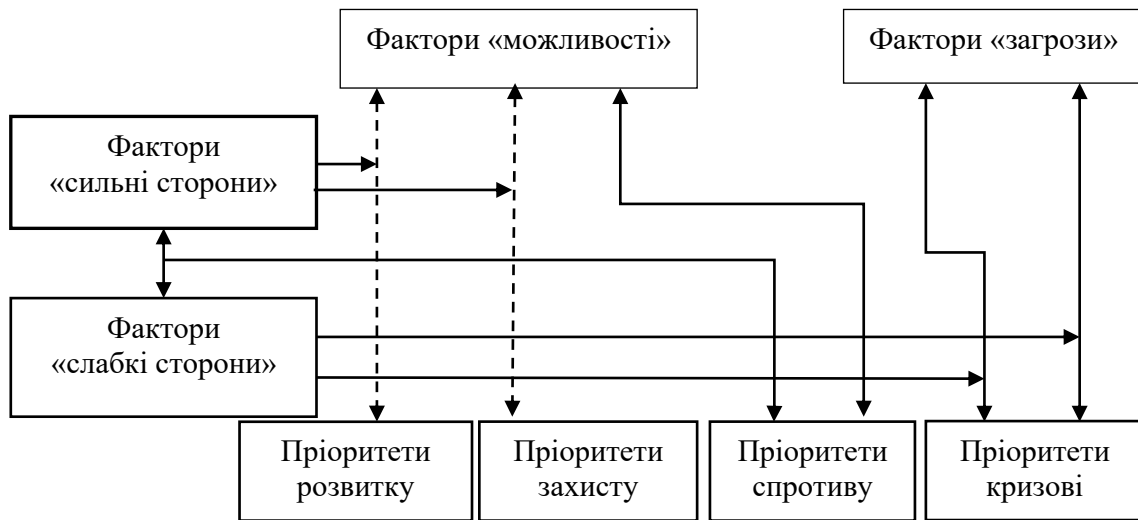


Рис. 3.1. Співставлення 4-х факторів: розвитку, захисту, спротиву і кризи(складено авторкою)

Слід уточнити, що на відміну від тверджень попередньо згаданих дослідників, у даному випадку фактично формально-логічне опрацювання охоплює 4 фактори, яке здійснюється у межах SWOT-матриці. Тобто, має місце 4-х факторна техніка (техніка «4Ф»), використання якої вмонтовано в SWOT-матрицю. Техніка «4Ф» передбачає отримання відповідей на 6 питань, які сформульовані у SWOT-матриці (рис. 3.2). У цій техніці 6 питань розглядає «залишкову» ситуацію як співставлення слабких сторін і загроз з метою виявлення «кризових» пріоритетів, спрямованих на подолання («пом'якшення») зовнішніх загроз. Нагадаємо, що попарно-перехресному опрацюванню підлягають стратегічні орієнтири, що визначені у підрозділі 3.1 (табл. 3.12).

Сутність вище розглянутої ідеї цього формально-логічного аналізу більш конкретно розкрито в матриці «стратегічний аналіз → пріоритетні напрями удосконалення» (рис. 3.2). В неї вмонтовано техніку «4Ф», сутність якої полягає у формулюванні відповідних питань від одного чинника до іншого для отримання відповідей за зазначеними напрямками попарно-перехресних зв'язків.

		Матриця «стратегічний аналіз → пріоритети удосконалення»			
		Аналіз переваг та недоліків	Зовнішні фактори		Пріоритети удосконалення
			Можливості	Загрози	
Внутрішні фактори	Сильні сторони 1...к...п	Які сильні сторони сприяють розвитку засад ДПОЗ за допомогою використання конкретно яких можливостей?	Орієнтири розвитку		Пріоритети розвитку
		Які сильні сторони сприяють захисту від загроз?		Орієнтири захисту	Пріоритети захисту
	Слабкі сторони 1...к...п	Які слабкі сторони можна виправити за допомогою конкретно яких сильних сторін?	Орієнтири спротиву		Пріоритети спротиву
		Які слабкі сторони можна компенсувати за допомогою використання конкретно яких можливостей?			
		Які слабкі сторони можна виправити для зменшення конкретно яких загроз?		Орієнтири кризові	Пріоритети кризові
		Як виправити залишки слабких сторін для подолання загроз, що залишилися?			

Матриця «Механізми забезпечення → пріоритети удосконалення → відповідальні суб'єкти»		
Механізми забезпечення	Пріоритети удосконалення	Відповідальні суб'єкти
Першочергові		
Організаційні	Кабінет Міністрів України
.....
Другочергові		
Правові	Верховна Рада України
.....
Забезпечувальні передумови		
Методичні	Освітньо-наукові і аналітичні структури
.....

Рис. 3.2. Визначення ПНУ публічного управління розвитком засад ДПОЗ (адаптовано авторкою на основі джерел [130; 137]).

За наслідками цього формально-логічного аналізу формулюються ПНУ, які систематизовані за ознаками розвитку, захисту, спротиву і кризи. Поєднання зазначеної вище матриці з матрицею «механізми забезпечення ← пріоритети удосконалення → відповідальні суб'єкти» забезпечує систематизацію ПНУ у просторі ознак: черговість реалізації пріоритетів; відповідальні суб'єкти (суб'єктів публічної влади) за їх виконання; форми

об'єктивації механізмів (організаційних, правових, економічних, інших), що офіційно унормовують впровадження пріоритетів. Сутність матриці «механізми забезпечення ← пріоритети удосконалення → відповідальні суб'єкти» заснована передусім на ідеях методів, що відображають матриці Ейзенхауера і ABC. Ці методи мають широке застосування і розвивають ідею принципу Парето [2]. Так, І. Причепа та ін. [141] характеризують сукупність методів (у т. ч. методи Парето і Ейзенхауера) в аспекті тайм-менеджменту; О. Хринюк, М. Корчовна, В. Гриньова [218;42] розглядають ABC-метод як спосіб розподілу витрат підприємства; А. Горілик, В. Горілик, В. Попович, Б. Громовик [40] характеризують програмний продукт Nortor щодо інтегрованого ABC/FMR/(XYZ)/VED-аналізу споживання лікарських засобів в медичних закладах. Ці методи набули широкого застосування як способи розподілу (сортування, систематизації) об'єктів за ознаками: важливість, черговість і делегування. Привертає увагу метод ABC, де ключовим у розподілі черговості ПНУ є дотримання причино-наслідкової логіки: причина випереджає наслідки.

У цьому дослідженні, розглянутий вище формально-логічний аналіз реалізується у форматі двох етапної методики: (1) визначення пріоритетів і їх (2) упорядкування у просторі ознак: черговість, механізми забезпечення і суб'єкти відповідальності. *Головна мета* цієї методики полягає у визначенні ПНУ і їх упорядкуванні у просторі чотирьох координат: «черговість», «механізми забезпечення», «пріоритетні напрями удосконалення», «суб'єкти відповідальності». *Головні критерії* зосереджені на: обов'язковому домінуванні власних спроможностей МОЗ при попарно-перехресному продукуванні ПНУ за результатами співставлення саме зі сторони його внутрішніх факторів (сильних і слабких сторін) з зовнішніми факторами (можливостями, загрозами); дотриманні причино-наслідкової логіки при визначенні черговості попередньо сформульованих ПНУ; їх упорядкуванні передусім за ознаками черговості їх виконання та їх взаємозв'язку з відповідними механізмами і суб'єктами відповідальності; врахуванні основних видів і способів супроводу законопроектувальної діяльності.

Дотримуючись головної мети і ключового критерію сформулюємо ПНУ шляхом постановки відповідних питань, що наведені у матриці «стратегічний аналіз → пріоритети удосконалення» (рис. 3.2), і отримання відповідей за результатами попарно-перехресного співставлення стратегічних орієнтирів згрупованих за ознаками розвитку, захисту, спротиву та кризи (табл. 3.12). Наслідки цього співставлення представлено в таблицях 3.13–3.17: ПНУ згруповані за ознаками розвитку, захисту, спротиву та кризи. Щодо відповідей на «залишкові» питання: як виправити залишки слабких сторін для подолання загроз, що залишилися?, то слід зазначити в обраному переліку зовнішніх і внутрішніх факторів вони практично відсутні, оскільки ключовий критерій визначає обов'язкове спирання на власні спроможності МОЗ.

Такими зовнішніми факторами є: несприятливі політична, соціальна і економічна ситуації, застарілі, але чинні нормативно-правові засади щодо чинних пріоритетів у медичній сфері, інструментів формування і реалізації Д(П)ПОЗ. Однак, слід пам'ятати про «слабко переборні» загрози для внутрішньої спроможності МОЗ. Аналізуючи зміст табл. 3.13–3.17 можна помітити, що деякі ПНУ дещо перекликаються, але кожний із них має свій особливий нюанс. Це є нормальним явищем, оскільки стратегічні орієнтири неодноразово попарно-перехресно опрацьовується у межах різних співставлень. Для подальшого розгляду необхідно перейти до більш високого рівня узагальнень при формулюванні основних ПНУ.

Таблиця 3.13

Пріоритетні напрями удосконалення: група розвитку

<i>Відповіді на питання: Які сильні сторони сприяють розвитку засад ДПОЗ за використанням конкретно яких можливостей?</i>		
<i>Сильні сторони</i>	<i>Можливості</i>	<i>Розвиткові ПНУ</i>
1	2	3
1. Наявність у МОЗ легітимних повноважень, його виключної ролі у формуванні і реалізації засад ДПОЗ	1. Наявність законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я»	1.1. Проаналізувати наявний законопроект «Про засади ДПОЗ» щодо виявлення його переваг і недоліків, виробити пропозиції щодо його удосконалення, враховуючи сьогоденний вітчизняний і зарубіжний досвід

Продовження табл. 3.13

1	2	3
	2. Наявність чинних прикладів засад державних політик в Україні, заснованих на доказовому підході, стратегічному менеджменті і відповідному методичному забезпеченні	1.2. Дослідити переваги і недоліки чинних прикладів в інших сферах засад державних політик в Україні, заснованих на доказовому підході, стратегічному менеджменті і відповідному методичному забезпеченні
	3. Домінування державного управління у здійсненні внутрішньої політики держави, його стратегічна спроможність, зокрема щодо реформи ОЗ	1.3. Розробити законопроект «Про засади ДПОЗ» за підтримки інформаційно-аналітичних структур; подати його на розгляд КМУ і оприлюднити у суспільстві
2. Наявність у складі МОЗ компетентного керівництва і високо кваліфікованого персоналу	1. Наявність законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я»	2.1. Організувати і здійснити вивчення і широке обговорення переваг і недоліків наявного законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я» за участі експертного медичного середовища
	2. Наявність чинних прикладів засад державних політик в Україні, заснованих на доказовому підході, стратегічному менеджменті і відповідному методичному забезпеченні	2.2. Організувати і здійснити вивчення і широке обговорення привабливих прикладів чинних засад державних політик в Україні, заснованих на доказовому підході, стратегічному менеджменті і відповідному методичному забезпеченні
	3. Домінування державного управління у здійсненні внутрішньої політики держави, його стратегічна спроможність, зокрема щодо реформи ОЗ	2.3. КМУ організувати розробку нового законопроекту «Про засади ДПОЗ», його обговорити у межах відповідної експертно-аналітичної платформи за участі політиків, державників, експертів, медичної спільноти і громадськості
3. Наявність у публічних службовців і медичних працівників певного досвіду реформи СОЗ, у т. ч. щодо державного управління з використанням сучасних інструментів	1. Наявність законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я»	3.1. Виявити переваги і недоліки наявного законопроекту «Про засади ДПОЗ» для урахування теперішнього досвіду реформи вітчизняної СОЗ у новому законопроекті
	2. Наявність чинних прикладів засад державних політик в Україні, заснованих на доказовому підході, стратегічному менеджменті і відповідному методичному забезпеченні	3.2. Проаналізувати привабливі приклади чинних засад державних політик в Україні щодо можливості використання їх переваг і врахування їх недоліків через призму наявного досвіду реформи СОЗ в Україні
	3. Домінування державного управління у здійсненні внутрішньої політики держави, його стратегічна спроможність, зокрема щодо реформи ОЗ	3.3. КМУ організувати розробку нового законопроекту «Про засади ДПОЗ» і його обговорення (у межах відповідної експертно-аналітичної платформи) за участі політиків, державників, експертів медичної спільноти і громадськості для врахування вітчизняного досвіду реформ

Пріоритетні напрями удосконалення: група захисту

<i>Відповіді на питання: Які сильні сторони сприяють <u>захисту</u> від загроз?</i>		
<i>Сильні сторони</i>	<i>Загрози</i>	<i>Захисні ПНУ</i>
1. Наявність у МОЗ легітимних повноважень, його виключної ролі у формуванні і реалізації засад ДПОЗ	1. Відсутні офіційні сучасні засади ДПОЗ і стратегія їх реалізації	1.1. Ініціювати розробку законопроекту щодо засад доказової ДПОЗ, заснованої на стратегічному менеджменті, спираючись на легітимні повноваження МОЗ
	2. Відсутнє єдине і чітке стратегічне бачення моделей нових ДПОЗ і СОЗ, реформ і проєктів їх реалізації	1.2. Ініціювати розробку єдиного і чіткого стратегічного бачення моделей нових ДПОЗ і СОЗ, реформ і проєктів їх реалізації на засадах форсайт-методології, спираючись на легітимні повноваження МОЗ
	3. Відсутнє методичне забезпечення з розробки стратегічного бачення нової СОЗ	1.3. Ініціювати розробку і унормувати методичне забезпечення щодо стратегічного бачення нової СОЗ, заснованого на форсайт-методології, спираючись на легітимні повноваження МОЗ
2. Наявність у складі МОЗ компетентного керівництва і високо кваліфікованого персоналу	1. Відсутні офіційні сучасні засади ДПОЗ і стратегія їх реалізації	2.1. Розробити законопроект «Про засади ДПОЗ», його обговорити і унормувати за використанням відповідних чинних процедур; залучити до цього компетентний кадровий потенціал МОЗ і зовнішні інформаційно-аналітичні структури
	2. Відсутнє єдине і чітке стратегічне бачення моделей нових ДПОЗ і СОЗ, реформ і проєктів їх реалізації	2.2. Розробити, обговорити і унормувати стратегічне бачення моделей нових ДПОЗ і СОЗ, реформ і проєктів їх реалізації із залученням компетентного кадрового потенціалу МОЗ і зовнішніх інформаційно-аналітичних структур та використанням форсайт-програм
	3. Відсутнє методичне забезпечення з розробки стратегічного бачення нової СОЗ	2.3. Розробити, обговорити і унормувати методичне забезпечення з формування стратегічного бачення моделі нової СОЗ, заснованого на форсайт-методології, із залученням компетентного кадрового потенціалу МОЗ і зовнішніх інформаційно-аналітичних структур
3. Наявність у публічних службовців і медичних працівників певного досвіду реформи СОЗ, у т. ч. щодо державного управління з використанням сучасних інструментів	1. Відсутні офіційні сучасні засади ДПОЗ і стратегія їх реалізації	3.1. Розробити, обговорити і внести пропозиції до нового законопроекту «Про засади ДПОЗ», засновані на теперішньому реформаторському досвіді кадрового складу МОЗ і експертного медичного середовища
	2. Відсутнє єдине і чітке стратегічне бачення моделей нових ДПОЗ і СОЗ, реформ і проєктів їх реалізації	3.2. Розробити, обговорити і внести пропозиції до розробки стратегічного бачення моделей нових ДПОЗ і СОЗ, реформ і проєктів їх реалізації, засновані на теперішньому реформаторському досвіді кадрового складу МОЗ і експертного медичного середовища
	3. Відсутнє методичне забезпечення з розробки стратегічного бачення нової СОЗ	3.3. Розробити, обговорити і внести пропозиції до розробки методичного забезпечення щодо стратегічного бачення нової СОЗ, засновані на теперішньому реформаторському досвіді кадрового складу МОЗ і експертного медичного середовища

Пріоритетні напрями удосконалення: група спротиву

<i>Відповіді на питання:</i>		
Які конкретні сильні сторони можна використати для виправлення слабких сторін?		
<i>Сильні сторони</i>	<i>Слабкі сторони</i>	<i>ПНУ спротиву</i>
1	2	3
1. Наявність у МОЗ легітимних повноважень, його виключної ролі у формуванні і реалізації засад ДПОЗ	1. Недостатня увага до розробки законодавчого унормування ДПОЗ і стратегії її реалізації	1.1. Посилити відповідальність посадових осіб щодо невідкладної розробки і законодавчого унормування засад ДПОЗ і стратегії її реалізації шляхом перегляду положень про відповідні структурні підрозділи, спираючись на легітимні повноваження і нормативно-правові акти МОЗ
	2. Відсутнє прагнення запроваджувати сучасні інструменти менеджменту	1.2. Розробити та здійснити заходи щодо переконання посадових осіб МОЗ про необхідність використання сучасного реформаторського менеджменту і у цьому аспекті розробити відповідні пропозиції і ініціювати їх внесення до законів України щодо внутрішньої і зовнішньої політики держави, основ законодавства про ОЗ
	3. Слабка стратегічна спроможність МОЗ до вироблення ефективних політик у вимірі сучасних потреб	1.3. Посилити стратегічну спроможність структур МОЗ, спираючись на власні легітимні повноваження, шляхом розробки і запровадження методології з вироблення ефективних політик у вимірі сучасних потреб за участі зовнішніх інформаційно-аналітичних структур
2. Наявність у складі МОЗ компетентного керівництва і високо кваліфікованого персоналу	1. Недостатня увага до розробки законодавчого унормування ДПОЗ і стратегії її реалізації	2.1. Розробити та здійснити заходи щодо переконання посадових осіб МОЗ про невідкладну необхідність для України офіційно унормувати засади ДПОЗ і стратегії її реалізації, спираючись на його легітимні повноваження, досвід компетентного керівного складу
	2. Відсутнє прагнення запроваджувати сучасні інструменти менеджменту	2.2. Розробити і здійснити заходи щодо переконання посадових осіб МОЗ про невідкладну необхідність запровадження інструментів сучасного менеджменту, спираючись на його легітимні повноваження і досвід компетентного керівного складу
	3. Слабка стратегічна спроможність МОЗ до вироблення ефективних політик у вимірі сучасних потреб	2.3. Розробити та здійснити заходи щодо посилення методології стратегічної спроможності МОЗ до вироблення ефективних політик у вимірі сучасних реалій, спираючись на його легітимні повноваження, досвід компетентного керівного складу
3. Наявність у публічних службовців і медичних працівників певного досвіду реформи СОЗ, у т. ч. щодо державного управління з використанням сучасних інструментів	1. Недостатня увага до розробки законодавчого унормування ДПОЗ і стратегії її реалізації	3.1. Розробити та здійснити заходи щодо нагальної необхідності розробки і унормування ДПОЗ і стратегії її реалізації, спираючись на легітимні повноваження МОЗ та реформаторський досвід публічних службовців і медпрацівників
	2. Відсутнє прагнення запроваджувати сучасні інструменти менеджменту	3.2. Розробити та здійснити заходи щодо невідкладного запровадження інструментів сучасного реформаторського менеджменту, спираючись на легітимні повноваження МОЗ, реформаторський досвід керівників і медпрацівників

Продовження табл. 3.15

1	2	3
	3. Слабка стратегічна спроможність МОЗ до вироблення ефективних політик у вимірі сучасних потреб	3.3. Розробити та здійснити заходи щодо посилення методології стратегічної спроможності МОЗ до вироблення ефективних політик у вимірі сучасних реалій, спираючись на його легітимні повноваження, реформаторський досвід його публічних службовців і медпрацівників

Таблиця 3.16

Пріоритетні напрями удосконалення: група спротиву
(за рахунок потенціалу можливостей)

<i>Відповіді на питання:</i> Які слабкі сторони можна компенсувати за допомогою використання конкретно яких можливостей?		
<i>Слабкі сторони</i>	<i>Можливості</i>	<i>ПНУ спротиву</i>
1	2	3
1. Недостатня увага до розробки законодавчого унормування ДПОЗ і стратегії її реалізації	1. Наявність законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я»	1.1. З'ясувати проблеми впровадження наявного законопроекту «Про засади ДПОЗ» з метою їх врахування в реальних діях МОЗ при розробці і унормуванні нового законопроекту
	2. Наявність чинних прикладів засад державних політик в Україні, заснованих на доказовому підході, стратегічному менеджменті і відповідному методичному забезпеченні	1.2. Використати для розробки і унормування нового законопроекту «Про засади ДПОЗ», розробленого МОЗ і заснованого на сучасних підходах, наявні чинні приклади засад державних політик в Україні в інших сферах
	3. Домінування державного управління у здійсненні внутрішньої політики держави, його стратегічна спроможність, зокрема щодо реформи ОЗ	1.3. Запозичити відповідні ресурси і досвід КМУ, інших міністерств для їх втілення в МОЗ з метою посилення його спроможності до розробки і законодавчого унормування ДПОЗ і стратегії її реалізації, спираючись на можливість чинного домінування уряду у здійсненні внутрішньої політики держави, його стратегічної відповідальності, зокрема щодо реформи ОЗ
2. Відсутнє прагнення запроваджувати сучасні інструменти менеджменту	1. Наявність законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я»	2.1. Розробити та здійснити заходи щодо невідкладного посилення стремління посадових осіб МОЗ використовувати сучасні інструменти, спираючись на приклад наявного «Про засади ДПОЗ», заснованого на новітніх підходах
	2. Наявність чинних прикладів засад державних політик в Україні, заснованих на доказовому підході, стратегічному менеджменті і відповідному методичному забезпеченні	2.2. Розробити та здійснити заходи щодо невідкладного посилення стремління (заохочення) посадових осіб МОЗ використовувати сучасні інструменти, спираючись на чинні приклади засад державних політик в Україні, заснованих на новочасних підходах
	3. Домінування державного управління у здійсненні внутрішньої політики держави, його стратегічна спроможність, зокрема щодо реформи ОЗ	2.3. Активізувати МОЗ до застосування сучасних інструментів, спираючись на домінування уряду, його міністерств здійснювати внутрішню політику держави, їх стратегічну спроможність, зокрема щодо реформування ОЗ

Продовження табл. 3.16

1	2	3
3. Слабка стратегічна спроможність МОЗ до вироблення ефективних політик у вимірі сучасних потреб	1. Наявність законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я»	3.1. Посилити стратегічну спроможність МОЗ до вироблення ефективних політик у сучасних реаліях, спираючись на наявний законопроект «Про засади ДПОЗ», заснований на сучасних нововведеннях
	2. Наявність чинних прикладів засад державних політик в Україні, заснованих на доказовому підході, стратегічному менеджменті і відповідному методичному забезпеченні	3.2. Посилити стратегічну спроможність МОЗ до вироблення ефективних політик у сучасному вимірі, спираючись на чинні приклади засад державних політик в Україні, заснованих на сучасних підходах
	3. Домінування державного управління у здійсненні внутрішньої політики держави, його стратегічна спроможність, зокрема щодо реформи ОЗ	3.3. Посилити стратегічну спроможність МОЗ до вироблення ефективних політик у сучасному вимірі, спираючись на реальні можливості уряду, його міністерств щодо стратегічної спроможності до ефективного здійснення реформаторської політики держави, зокрема у сфері ОЗ

Таблиця 3.17

Пріоритетні напрями удосконалення: група кризи**(за рахунок зменшення потенціалу загроз)**

Відповіді на питання: Які слабкі сторони можна виправити для зменшення конкретно яких загроз?		
Слабкі сторони	Загрози	ПНУ загрози
1	2	3

На підставі проведеного аналізу визначено узагальнені пріоритетні напрями удосконалення ПУ розвитком засад доказової ДПОЗ, якими є:

пріоритети розвитку:

– дослідити наявний законопроект «Про засади ДПОЗ» з метою виявлення його переваг, недоліків і проблем впровадження, вироблення пропозицій щодо його удосконалення, враховуючи сьогоденний вітчизняний і зарубіжний досвід реформ СОЗ;

– проаналізувати переваги і недоліки чинних прикладів засад державних політик в Україні, заснованих на доказовому підході, стратегічному менеджменті і відповідному методичному забезпеченні;

– ініціювати МОЗ і розробити новий законопроект «Про засади доказової ДПОЗ» за підтримки інформаційно-аналітичних структур, враховуючи

попередній досвід розробки політик держави в Україні; подати цей законопроект на розгляд і затвердження КМУ і оприлюднити для обговорення у суспільстві;

пріоритети захисту:

– залучити до розробки нового законопроекту «Про засади доказової ДПОЗ» компетентний кадровий потенціал МОЗ і зовнішні інформаційно-аналітичні структури; при розробці законопроекту врахувати вітчизняний і зарубіжний досвід, інструменти стратегічного менеджменту і бачення моделей нових ДПОЗ і СОЗ, реформ і проєктів їх реалізації;

– розробити і унормувати методичне забезпечення щодо проєктування засад доказової державної політики охорони здоров'я;

– розробити і унормувати методичне забезпечення з проєктування стратегічного бачення нової СОЗ на засадах форсайт-методології;

по-третє, пріоритети спротиву:

– посилити стратегічну спроможність МОЗ шляхом розробки і запровадження методології з вироблення сучасних ефективних політик за участі зовнішніх інформаційно-аналітичних структур;

– розробити та здійснити заходи щодо переконання посадових осіб МОЗ про необхідність використання сучасного реформаторського менеджменту, посилення відповідальності і мотивації цих осіб щодо невідкладної розробки і законодавчого унормування засад доказової ДПОЗ і стратегії її реалізації;

– розробити пропозиції про використання сучасного менеджменту у здійсненні реформ і ініціювати їх внесення до законів України щодо внутрішньої і зовнішньої політики держави, основ законодавства про ОЗ;

пріоритети кризові:

– актуалізувати у суспільстві важливість розробки і унормування засад доказової ДПОЗ і стратегії її реалізації з метою забезпечення належної успішності медичної реформи;

– активізувати підвищення стратегічної спроможності МОЗ шляхом розробки і унормування відповідної методології і методичного забезпечення медичної реформи;

– посилити відповідальність кадрового складу МОЗ і його мотивацію до розробки і унормування засад доказової ДПОЗ і стратегії її реалізації.

Відібрані, виважені і належно сформульовані ПНУ упорядковано представлено у просторі ознак матриці «механізми забезпечення ← пріоритети удосконалення → відповідальні суб'єкти» (табл. 3.18).

Таблиця 3.18

Матриця «Механізми забезпечення → пріоритети удосконалення → відповідальні суб'єкти»

Механізми забезпечення	Пріоритети удосконалення	Відпов. суб'єкти
1	2	3
Першочергові		
Організаційно дослідницькі	Дослідити наявний законопроект «Про засади ДПОЗ» для виявлення його переваг, недоліків і проблем впровадження, вироблення пропозицій щодо його удосконалення, враховуючи вітчизняний і зарубіжний досвід реформ СОЗ	МОЗ
Організаційно дослідницькі	Проаналізувати переваги і недоліки чинних прикладів засад державних політик в Україні, заснованих на доказовому підході, стратегічному менеджменті і відповідному методичному забезпеченні	МОЗ
Організаційно проєктувальні	Ініціювати і розробити новий законопроект «Про засади доказової ДПОЗ» за підтримки інформаційно-аналітичних структур, враховуючи досвід розробки політик держави в Україні; подати цей законопроект на розгляд і затвердження КМУ і оприлюднити для обговорення у суспільстві	МОЗ
Другочергові		
Організаційно кадрової підтримки	Залучити до розробки нового законопроект «Про засади доказової ДПОЗ» компетентний кадровий потенціал МОЗ і зовнішні інформаційно-аналітичні структури	МОЗ
Організаційно методичні	Розробити і унормувати методичне забезпечення щодо проєктування засад ДПОЗ, стратегічного бачення нової СОЗ на засадах доказової і форсайт методологій	МОЗ
Забезпечувальні передумови		
Організаційно забезпечувальні	Посилити стратегічну спроможність МОЗ шляхом розробки і запровадження методології з вироблення сучасних ефективних політик за участі зовнішніх інформаційно-аналітичних структур	МОЗ
Організаційно забезпечувальні	Здійснити заходи щодо переконання посадових осіб МОЗ про необхідність використання сучасного реформаторського менеджменту, посилення відповідальності і мотивації цих осіб щодо невідкладної розробки і унормування засад доказової ДПОЗ і стратегії її реалізації	МОЗ
Організаційно забезпечувальні	Розробити пропозиції про використання сучасного менеджменту у здійсненні реформ і ініціювати їх внесення до законів України щодо внутрішньої і зовнішньої політики держави, основ законодавства про ОЗ	МОЗ

1	2	3
Організаційно забезпечувальні	Актуалізувати у суспільстві важливість наявності офіційних засад доказової ДПОЗ і стратегії її реалізації для забезпечення належної успішності медичної реформи	МОЗ
Організаційно забезпечувальні	Активізувати підвищення стратегічної спроможності МОЗ шляхом розробки і унормування відповідної методології із забезпечення медичної реформи	МОЗ
Організаційно забезпечувальні	Посилити відповідальність кадрового складу МОЗ і його мотивацію до розробки і унормування засад доказової ДПОЗ і стратегії її реалізації	МОЗ

Слід зазначити, що у цій матриці зазначено тільки основні і забезпечувальні ПНУ. Проте, відомо, що будь-який вид діяльності (і у т. ч. з проєктування закону) має більш ширший спектр основних видів і способів супроводу. Окрім, проєктувально-дослідницького супроводу важливо врахувати основні види і способи щодо навчання, комунікації, методологічного і технологічного забезпечення, формування реформаторської культури, інформаційно-методичного та консультативного забезпечення.

З-поміж основних видів і способів першорядним є навчання, зокрема керівників у сфері управління охороною здоров'я, у т. ч. публічних службовців у цій галузі. Загальний стан системи цього навчання висвітлено у доповіді Національного агентства України з питань державної служби [196].

Ця доповідь підготовлена на виконання Концепції реформування системи професійного навчання публічних службовців (далі – Концепція), схваленої розпорядженням КМУ у 2017 р. [166]. Концепція заснована на принципах: визначення потреб у професійному розвитку; цілеспрямованість, прогностичність і випереджувальність; інноваційність і практична спрямованість. Цим принципам найбільш вдало відповідає сформульоване В. Савченко [180] поняття «потреби професійного навчання» як невідповідність між компетентностями (знаннями, вміннями та навичками), які повинен мати персонал компанії для виконання її поточних (середньо- і довгострокових) цілей, та тими наявними компетентностями, які персонал має сьогодні. Проблематика професійного навчання не є новою, є беззмінно актуальною для широкого кола викладачів, дослідників і практиків у різних галузях теорії і практики.

Автором досліджено підходи до покращення професійного навчання (звіт про НДР [139, с. 19–28]. Запропоновано використати аудит як інструмент, що сприяє розвитку цього навчання [6,132]. Зокрема, дослідники в структурі НАДУ відображають професійне навчання відкритою системою з поетапним циклічним процесом (рис. 3.3).

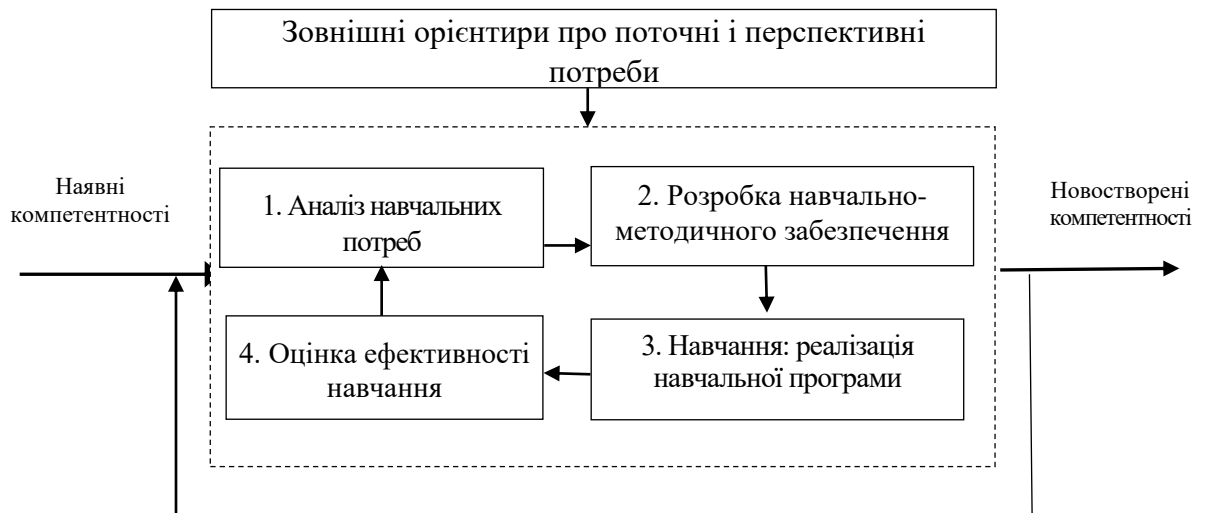


Рис. 3.3. Процес професійного навчання (складено авторкою)

Її входом є наявні компетентності, виходом – новостворені компетентності, а зовнішніми орієнтирами є джерелами інформації про поточні і перспективні потреби професійного навчання. Внутрішня логіка цієї системи відображає процес навчання. Перший етап «аналіз навчальних потреб» є рушійним, головним, оскільки відповідає на питання: чому навчати?; продукує змістовні передумови для здійснення другого етапу. Другий відповідає на питання: як навчати?; продукує відповідне навчально-методичне забезпечення. Третій етап зосереджений на навчанні, метою якого є формування новостворених компетентностей шляхом реалізації навчальної програми. Четвертий етап зосереджений на оцінюванні якості навчання.

Отримання відповіді на питання «чому навчати?» має ґрунтуватися на аналізі зовнішніх орієнтирів-джерел, які містять інформацію про поточні і

перспективні (середньо- і довгострокові) потреби. Сукупність цих потреб утворює їх загальне поле, яке складається із декількох сегментів. На погляд автора, доцільно склад кожного з них наповнити змістом функцій і завдань держави, які виконують публічні службовці, зокрема в органах влади медичної галузі на певному рівні управління. Відбір найбільш інформативних, достовірних і першорядних орієнтирів-джерел має опиратися на критерії, які відповідають принципам Концепції, а також конкретним реаліям професійної діяльності. При формуванні поля навчальних потреб необхідно прагнути досягти найбільшої їх відповідності змісту реалій ПУ. Приміром, на регіональному рівні для визначення навчальних потреб керівників у сфері управління охороною здоров'я за магістерською програмою можна запропонувати першорядні практико-орієнтовані джерела, а саме: Національна рамка кваліфікацій [151]; Стандарт вищої освіти за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» [156]; компетентнісний підхід в освіті; характеристики кінцевих (проміжних) продуктів, розробка яких визначена функціями і завданнями Положення про орган влади; експертні оцінки навчальних потреб, визначені вищим керівництвом; характеристика участі органу влади в реалізації стратегічних завдань сталого розвитку у конкретному регіоні; офіційні вимоги до керівників органу влади при їх призначенні. Ці джерела характеризують реалії ПУ, зокрема в СОЗ. Перелік джерел можна доповнювати (уточнювати). Однак, для уникнення інформаційного перевантаження доцільно обрати найбільш вагомі джерела за рейтингом оцінок надавачів освітніх послуг, їх замовників, представників громадськості. Для цього необхідно розробити відповідні критерії відбору, які відповідатимуть принципам Концепції і «місцевим» підходам до визначення навчальних потреб.

Також, важливо застосувати належний інструментарій для виявлення і опрацювання навчальних потреб. Найбільш доцільними є методи аналізу офіційних документів і наукових праць; опитування і проведення інтерв'ю. Їх необхідно адаптувати до потреб предмету дослідження. Логіку використання цих методів необхідно вмонтувати у трьох етапну методику. Перший її етап

має забезпечити збір відповідної інформації, на наступному етапі її опрацювати шляхом узагальнення, систематизації і представлення її у зручному форматі для подальшої роботи експертів. Потім необхідно сформуванати загальне поле навчальних потреб, яке потім трансформувати у основне поле, дотримуючись критеріїв: наявні можливості, обмеження і ресурси щодо належного забезпечення професійного навчання замовником і надавачем послуг у визначені терміни. На цих етапах необхідно виявити найбільш досвідчених експертів з-поміж дослідників, викладачів і практиків, яких залучити до третього етапу у якості компетентних експертів для верифікації отриманих результатів дослідження.

На погляд автора, цінним є підхід, який пропонує В. Сороко [193]. Цей дослідник пропонує при виявленні навчальних потреб орієнтуватися на можливі форми навчальних продуктів (табл. 3.19) для формування відповідних навиків і вмінь під час проведення практичних занять з дисципліни, що відноситься до спеціальності «Публічне управління та адміністрування». Також В. Сороко пропонує методику для визначення навчальних потреб, які мають змістовно ще більше наблизитися до реалій ПУ. Ця методика розпочинається з розробки Професійного стандарту, який у наступному має постати основою для розробки Стандарту вищої освіти, зокрема за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування».

Таблиця 3.19

Форми навчальних продуктів-завдань до практичних занять

Форми навчальних продуктів	Коротка характеристика
1	2
Прогнозні та програмні документи економічного і соціального розвитку	Стратегії (розвитку галузі, території, органу публічної влади); Програми (державні, цільові); Концепції (соцрозвитку, соціогуманітарної, інформаційної політики); Стратегічний план розвитку територій, галузей, підприємств, установ, ін.;
Проекти законодавчих і нормативно-правових актів з політики держави на загальнодержавному, територіальному і галузевому рівнях управління	Концепції: закону, законодавчого акту; указу (розпорядження) Президента України; розпорядження КМУ; інше

Продовження табл. 3.19

1	2
Проекти нормативних документів, що регламентують діяльність органу влади, структурного підрозділу	Статут громади, регламенту ради, положення про постійну комісію, ін.; угоди (двох-, багатосторонні), зокрема міжнародні; договір про обсяг використання ресурсів, спираючись на фактори, критерії і показники економічного зростання
Звіти	Про: функціональне обстеження; аналіз діяльності органу влади; оптимізацію шляхів розвитку галузі, регіону, підприємства заснованого на SWOT- I SMART-аналізі; оцінку соціально-економічного стану країни, території, галузі за використанням певних показників, ін.
Плани	Державний і регіональний бюджети, заходи для програм державного стимулювання розвитку регіонів заснованих на моніторингу показників і чинного порядку тощо;
Методики	Щодо: проектування управлінських процесів на принципах якості; розробки публічних послуг у складі регламенту органу влади
Інструкції	Щодо впровадження: е-документообігу; державних закупівель; е-технологій врядування, моніторингу виконання регіональних і галузевих програм та комплексних заходів
Наукові продукти	Статті, звіти, доповіді і публічні презентації, аналітичні довідки і записки, пропозиції, довідки
База даних	Щодо нормативно-правових засад забезпечення діяльності в певному секторі публічного управління на основі рубрикаторів компетентностей; інформації в межах компетенції за форматом номенклатури справ тощо
Інструменти для організації та адміністрування	Показники результативності політики у сфері управління; критеріїв оцінювання результативності і ефективності діяльності органу влади; Положення і Регламент, довідки і пропозиції щодо діяльності органу влади, виконання бюджету, розвитку території, галузі, ін.

І уже потім необхідно сформувавши перелік дисциплін, спираючись на навчальні результати, визначені у стандарті. Актуальність визначення навчальних потреб керівників у сфері управління СОЗ обумовлює необхідність невідкладної переорієнтації підходів до формування їх реформаторсько-професійних компетентностей. Саме на них має формуватися потенціал реформаторів для успішного продовження реформи СОЗ.

Завершаючи дослідження у межах цього підрозділу, слід зазначити, що отримані результати мають достатньо високий рівень достовірності, оскільки:

– результати засновані на опрацюванні експертних оцінок 110 респондентів; ці оцінки опрацьовані за використанням спеціально розробленої методики для отримання кінцевих результатів;

– методика заснована на логічному поєднанні визнаних наукових методів; досягнуто головну мету використаної методики з дотриманням критеріїв цього дослідження.

3.3. Верифікація нових теоретико-прикладних напрацювань у дисертаційному дослідженні

На сьогодні верифікація певних напрацювань є визнаною і поширеною у різних галузях знань. Особливості предмету дослідження визначають відмінності (іноді суттєві) верифікаційного дослідження. Зокрема, принцип верифікації у галузі знань «Публічне управління та адміністрування» охарактеризував В. Бакуменко в томі 2 Енциклопедії державного управління [57, с. 99] як першорядний принцип наукових досліджень. У цій галузі, зокрема В. Башкатов, С. Попов, С. Шубін [10;128;232] застосували верифікацію отриманих нових дисертаційних результатів за використанням експертних методів. Результати досліджень, отримані в підрозділах 2.2 і 2.3 стверджують, що верифікація є актуальним і невід’ємним інструментом доказової Д(П)ПОЗ і форсайт-досліджень.

У цьому підрозділі застосуємо верифікацію з метою отримання доказу про достовірність нових наукових напрацювань у цій дисертації. Спираючись на попередні напрацювання, зокрема [128;129], адаптуємо відому методику верифікації в аспекті предмету цього дослідження. Спочатку визначимося з розумінням сутності верифікації. Поняття «верифікація» (у Великому тлумачному словнику сучасної української мови [20, с. 122]) розкрито як перевірку істинності, встановлення достовірності. Енциклопедія сучасної України [41] термін «верифікація» трактує як методологічне поняття, що визначає процес встановлення істинності наукових положень у результаті їхньої емпіричної перевірки. Використовуючи твердження сформульоване у Вікіпедії [21], у цьому дослідженні поняття «верифікація» будемо розуміти як доказ того, що твердження і положення, що отримані в дисертації, є істинними.

Розрізняють прямі і опосередковані підходи до здійснення верифікації. У випадку складного об'єкту дослідження і складнощів його моделювання прямий підхід реалізувати досить важко (іноді не можливо) в галузі знань «Публічне управління та адміністрування». Зокрема, у підрозділі 2.1 описано складність реалізації реформ СОЗ в зарубіжних країнах, що обумовлено впливом різноманіття факторів. У цьому випадку виникне потреба у розробці особливої, досить складної і адекватної методики верифікації, яка затребує чималих ресурсів. Слід пам'ятати, що здійснення емпіричної верифікації в медичній галузі може спричинити неочікувані і ризикові наслідки. Тому первісно необхідно використати опосередкований вид верифікації. Зазначені вище дослідники (В. Башкатов, С. Попов, С. Шубін) використовують методики різного ступеню складності, які засновані на методах експертних оцінок.

У якості базового інструменту оберемо комплексну двох етапну методику [129], де: на першому етапі використано метод фокус-групової експертизи для оцінювання результатів за узагальненими показниками; на другому етапі застосовано метод «компетентного експерта» для оцінювання напрацювань у зворотному напрямі за більш деталізованим спектром показників. У цьому дослідженні також використаємо комплексну двох етапну методику, яка відмінна від попередньої частковим застосуванням інших методів досліджень (табл. 3.20). *Головна мета* комплексної методики полягає у доказі достовірності нових напрацювань у цьому дисертаційному дослідженні.

Таблиця 3.20

Комплексна методика верифікації отриманих нових результатів дослідження

№	Етап	Характеристика змісту фаз етапів
1	2	3
1	Метод дослідницького інтерв'ю	<ul style="list-style-type: none"> – <i>підготовча фаза</i>: формулювання головної мети і критеріїв; вибір методу проведення верифікації; обґрунтування інструментарію для верифікації; вибір показників верифікації; обрання суб'єктів середовища верифікації; – <i>фаза опрацювання експертних оцінок</i>; – <i>розробка узагальнених висновків</i>

1	2	3
2	Метод компетентного експерта	<ul style="list-style-type: none"> – фаза формулювання головної мети і критеріїв; – фаза концептуалізації засад необхідності, важливості й сутності розробки теоретико-прикладного забезпечення; – фаза обґрунтування доцільних напрямів дослідження; – фаза визначення відповідності отриманих результатів провідним напрямам проблемного поля; – фаза оцінювання якості найбільш значущих результатів досліджень

Головна мета першого етапу полягає у доказі достовірності нових напрацювань за використанням методу дослідницького інтерв'ю. Досягнення мети цього етапу забезпечується дотриманням головних критеріїв:

- верифікація має бути заснована на доступних для практичного використання (у т. ч. за трудомісткістю) методах, які забезпечать надійну експертну оцінку і досконалий аналіз якості нових наукових напрацювань;

- характеристики нових напрацювань мають якісно й кількісно відображати їх сутність, актуальність, істинність та корисність для подальшого розвитку теоретико-прикладних засад, їх значимість для навчального процесу;

- доказ достовірності отриманих наукових результатів має забезпечуватися належним формуванням середовища експертів, наукові та практичні інтереси яких найбільш наближені до предмету даного дослідження.

Щодо обрання експертних методів верифікації, то практика опитування (у підрозділі 3.1) засвідчила, що для окремої категорії респондентів питання анкети виявилися складними і, навіть, для науковців також, оскільки їх наукові інтереси дещо віддалені від теоретико-методологічного забезпечення саме Д(П)ПОЗ в Україні. Це пов'язано з тим, що оцінюванню підлягали «вузькі» питання, на яких спеціалізуються обмежене коло експертів. Приміром, під час опитування було з'ясовано, що тільки: 44% респондентів засвідчили про достатній і високий рівні власної теоретичної підготовки саме з питань засад ДПОЗ; 46,4% респондентів вважають, що вони більш-менш теоретично підготовлені; 40 % респондентів володіють високим і достатнім

рівнем практичного досвіду щодо реформування СОЗ. Тобто, отримати достовірні оцінки шляхом експертного опитування проблематично, оскільки у респондентів обов'язково виникнуть уточнюючі питання в процесі опитування.

Методологія публічного управління та адміністрування пропонує широке коло експертних методів [57, с. 320–321], зокрема: методи індивідуальних та колективних експертних оцінок (методи наукової комісії, «мозкової атаки», «Делфі» тощо). Колективні методи забезпечують більш високу надійність оцінок, ніж індивідуальні. Проте, перші методи є більш складними і ресурсно витратними, зокрема в часі. Більш доступними є індивідуальні методи, з-поміж яких привертають увагу методи аналітичної експертизи, інтерв'ю і фокус-групового інтерв'ю. Перші є менш доступними, оскільки вони є трудомісткими і ресурсно витратними для аналітичного опрацювання. В аспекті цього дослідження перевагу має метод інтерв'ю [57, с. 322–323], оскільки він характеризується: вищим рівнем доступності для реалізації (більш просте застосування, менші ресурсні витрати), менше впливає конформізм і кон'юнктура; незалежністю експертних оцінок; можливістю розширеного висловлювання експерта за попередньо сформульованими відкритими і закритими питаннями. Проте, інтерв'юер має оволодіти: прийомами ведення інтерв'ю і формування передумов для забезпечення відкритості висловлювань; логікою формулювання питань і їх обговорення. Тобто, для проведення першого етапу методики оберемо метод інтерв'ю (табл. 3.20). Особливістю цього інтерв'ю є його дослідницький характер.

Використовуючи визначені вище критерії для проведення дослідницького інтерв'ю, необхідно:

– структурувати (чітко і логічно) проблемні питання державної політики реформування СОЗ в Україні, спираючись на результати власного дослідження; до нових напрацювань слід віднести ті, що стосуються: протиріччя між загальнодержавним і галузевим механізмами формування і

реалізації ДПОЗ; результати аналізу проблем вітчизняного і зарубіжного досвіду реформування НСОЗ; засад ДПОЗ, засновані на доказовій і форсайт методологіях; визначених стратегічних орієнтирів і пріоритетів публічного управління розвитком засад ДПОЗ;

– відібрати доступну за складністю кількість (до 10–12) питань для обговорення, які характеризують принципово важливі нові теоретико-прикладні положення;

– в ході обговорення пропонувати експертам висловитися про теоретичну і практичну цінність отриманих результатів, доцільність їх використання у професійному навчанні керівників і працівників у сфері управління ОЗ;

– під час інтерв'ю (протяжністю до 30–40 хвилин) розкрити доступно і прозоро для сприйняття і роздумів питання для експертів;

– дотримуватися коротких висловлень на поставлені питання експерту, які завчасно йому надати (за 1–2 дні до інтерв'ю).

До середовища експертів дослідницького інтерв'ю було запрошено:

– Олександра Дмитровича Корвецького, кандидата медичних наук, доцента, який тривалий час очолював департаменти охорони здоров'я Одеської облдержадміністрації і Одеської міськради, викладав дисципліну «Публічна політики та управління у сфері охорони здоров'я» в ОРІДУ НАДУ при Президентові України за магістерською програмою підготовки медиків за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування», має наукові напрацювання у сфері управління охорони здоров'я і підготував кандидата наук з державного управління за проблематикою реформування охорони здоров'я в Україні;

– Оксану Миколаївну Рокунець-Сорочан, заступника начальника департаменту охорони здоров'я Одеської облдержадміністрації, практична і наукова діяльність якої стосується реформи СОЗ Одеської області;

– Світлану Віталіївну Мережицьку, начальника управління охорони здоров'я Херсонської міської ради, яка також професійно опікується питаннями реформи СОЗ у м. Херсоні.

Привертає увагу напрацювання Д. Титаренко і О. Титаренко [201], які формулюють методичні рекомендації з організації та проведення дослідницького інтерв'ю. Ці дослідники характеризують: поняття «інтерв'ю», підхід до формування середовища експертів, техніку проведення інтерв'ю, демонструють його ситуацію і запитання; питання документування і зберігання результатів інтерв'ю тощо. Спираючись на ці рекомендації, розробимо змістовну частину дослідницького інтерв'ю для кожного респондента (Додаток В).

На другому етапі комплексної методики застосовано метод «компетентного експерта», який також проведено в режимі інтерв'ю. Інтерв'юером вже є автор цих досліджень: тобто, має місце зворотної верифікації отриманих наукових напрацювань (з боку компетентного експерта). *Головною метою* цього етапу є більш поглиблена (ніж на попередньому етапі) верифікація нових напрацювань. Цей етап розкриває методика «компетентний експерт» (табл. 3.21). Головні критерії цього етапу полягають у:

по-перше, виявленні передусім головних суб'єктів, які зацікавлені у нових напрацюваннях, а також з'ясуванні їх необхідності і важливості, виходячи із необхідності розв'язання актуальних для сьогодення проблем Д(П)ПОЗ в Україні;

по-друге, переконливому доведенні, що обраний для верифікації предмет досліджень є доцільним, виходячи з його практичної потреби для подальшого розвитку засад ДПОЗ, актуальних напрямів їх теоретико-прикладного забезпечення;

по-третє, верифікація нових напрацювань передусім стосується перевірки їх відповідності (відхилення) найважливішим здобуткам попередньо

визначеним основним напрямом розвитку теоретико-прикладного забезпечення;

по-четверте, доказ достовірності нових найважливіших здобутків має підтверджуватися з'ясуванням адекватності використаного методологічного інструментарію; сутності та відповідності основних підходів попередників, на які спирається дослідник при розробці нових напрацювань, можливості їх використати у подальших дослідженнях.

Таблиця 3.21

Методика «компетентний експерт»

№	Етапи	Характеристика етапів
1	Підтвердження необхідності, важливості й сутності розробки ТПН	– визначення зацікавлених суб'єктів у ТПН; – обґрунтування необхідності і важливості розробки ТПН; – визначення узагальненого проблемного поля ТПН
2	Обґрунтування доцільних напрямів дослідження ТМН	обґрунтування основних напрямів ТПН щодо їх відповідності найбільш значущим потребам розвитку засад ДПОЗ
3	Визначення відповідності отриманих ТПН провідним напрямом проблемного поля	– аналіз отриманих ТПН за трьома групами: «доречні і враховані» (як найбільш значущі); «доречні, але невраховані»; «недоречні, але враховані»
4	Оцінювання якості найбільш значущих ТПН	– оцінка адекватності використаного методологічного інструментарію для отримання найбільш значущих ТПН; – з'ясування правильності, використаної у дослідженні логіки, ступеню обґрунтованості припущень та отриманих найбільш значущих ТПН; – підтвердження (заперечення) достовірності отриманих найбільш значущих ТПН і їх відповідність попередньо сформульованим потребам; – підсумкові висновки, розроблені компетентним експертом

У якості компетентного експерта було обрано доктора наук з державного управління, професора Марину Миколаївну Білинську, яка є визнаним науковцем з питань публічної політики і управління СОЗ в Україні, що підтверджується: наявністю відповідних монографій і підручників, викладанням дисциплін з Д(П)ПОЗ; підготовленими кандидатами наук з державного управління за проблематикою охорони здоров'я. Також вона має медичну освіту, досвід роботи у медичних закладах і Національній академії державного управління при Президентові України на посаді віце-президента тощо.

Перша фаза (другого етапу) заснована на методиці «компетентний експерт» (табл. 3.21), яка сфокусована на з'ясуванні потреб розвитку теоретико-прикладного забезпечення засад Д(П)ПОЗ на основі відповідей дослідника-респондента на питання компетентного експерта-інтерв'юера, а саме:

– які суб'єкти найбільш зацікавлені у розробці теоретико-прикладного забезпечення засад ДПОЗ?;

– у чому саме полягає необхідність і важливість розробки теоретико-прикладного забезпечення засад ДПОЗ і на підставі яких аргументів?;

– які проблеми розвитку засад ДПОЗ мають місце на теперішній час?

Друга фаза методики «компетентний експерт» заснована на обґрунтуванні напрямів дослідження засад ДПОЗ на основі відповідей дослідника-респондента на питання компетентного експерта-інтерв'юера, а саме:

– які напрями досліджень, на Ваш погляд, є актуальними для розвитку теоретико-прикладного забезпечення засад ДПОЗ?;

– які напрями теоретико-прикладних досліджень є найважливішими у аспекті їх відповідності сучасним потребам розвитку засад ДПОЗ?;

– які з основних напрямів досліджень є першочерговими і чому?

Третя фаза (другого етапу) стосується визначення відповідності (відхилення) фактично отриманих результатів провідними напрямками теоретико-прикладних досліджень: за результатами попереднього етапу цієї методики (табл. 3.20). У загальному випадку компетентний експерт визначає відповідність (або відхилення) отриманих здобутків шляхом їх розподілу за трьома групами (табл. 3.21): «доречні і враховані»; «доречні, але невраховані»; «недоречні, але враховані». Результати «доречні і враховані» розглядаються як найважливіші з-поміж отриманих у цьому дослідженні.

Розподіл отриманих результатів за їх важливістю

Новий результат досліджень	Доречні і враховані	Доречні, але невраховані	Недоречні, але враховані

Четверта фаза (другого етапу комплексної методики) спрямована на оцінювання достовірності найважливіших здобутків щодо теоретико-прикладного забезпечення засад ДПОЗ за такими питаннями експерта-інтерв'юера до дослідника-респондента:

– який методологічний інструментарій використано при отриманні найбільш значущих результатів досліджень?;

– які основні напрацювання (підходи, моделі, твердження, припущення тощо) попередників використано при розробці нових найважливіших результатів, а також у чому полягає сутність останніх?

Переконавшись у повноті обґрунтованості відповідей за зазначеними вище питаннями, компетентний експерт формулює верифікаційні висновки стосовно нових найважливіших здобутків дослідника шляхом формулювання їх:

– необхідності, важливості, практичної затребуваності суб'єктами публічної влади, передусім МОЗ;

– відповідності (відхилення) потребам розвитку теоретико-прикладного забезпечення засад ДПОЗ;

– доказового підтвердження достовірності нових напрацювань, спираючись на використання адекватного методологічного інструментарію, визнаних напрацювань попередників і обґрунтованості застосування їх ідей.

Підсумки верифікації нових теоретико-прикладних напрацювань.

Підсумки верифікації викладемо дотримуючись структури методики (табл. 3.20). Загалом дослідницьке інтерв'ю складалося із 11 питань, відповіді

на них були позитивними (у повному обсязі представлені у Додатку Д. Зміст питань і узагальнені відповіді на них були такими:

Питання 1 (дослідник звертається до експерта): *Як Ви вважаєте чи є актуальним предмет цього дослідження: формування і реалізація Д(П)ПОЗ в Україні?*

Відповідь 1: Дійсно, ця проблематика є найактуальнішою для сьогодення, оскільки за часи незалежності не унормовано мету, пріоритети, сучасні підходи до формування і реалізації доказової Д(П)ПОЗ. В Україні вже здійснюється реформа СОЗ і деякі сучасні підходи використано. Проте, відсутність офіційної Д(П)ПОЗ суттєво ускладнює реалізацію медичної реформи. Тому, вона здійснюється стримано, відставання від сусідніх країн складає майже 20 років, що є наслідком відсутності попередньо визначених стратегічних орієнтирів. І в цьому аспекті предмет дисертаційного дослідження є надто актуальним.

Питання 2 (дослідник звертається до експерта): *Чи не вважаєте Ви, що суперечність між загальнодержавним і галузевим механізмами є головною перешкодою на шляху розробки і унормування Д(П)ПОЗ?*

Відповідь 2. Так, це протиріччя має місце і є наслідком порушення логіки (у часі) формування основоположного законодавства в Україні. Справа у тому, що унормування основ законодавства у сфері охорони здоров'я у часі випередило фіксацію Конституції України (1996 р.), засад внутрішньої і зовнішньої політики (2010 р.). Оновлення і корегування цього законодавства є компетенцією основних суб'єктів політики держави: Верховної Ради України, Президента України і Кабінету Міністрів України. Це питання необхідно обов'язково урегулювати, зокрема в законі України «Про засади ДПОЗ».

Питання 3 (дослідник звертається до експерта): *Наскільки, на Ваш погляд, зазначені експертні рейтинги проблем реформування СОЗ відповідають дійсності?*

Відповідь 3. Зазначені експертні оцінки відповідають дійсності. Невиключно, що можливі деякі відхилення оцінок. Однак, належно відпрацьована Д(П)ПОЗ є визначальним орієнтиром у здійсненні реформи СОЗ. Саме політика має включати сучасні стратегічні орієнтири, інструменти і шляхи її реалізації. Такий підхід унеможливить виникнення суттєвих проблем, що забезпечить успішність реформи СОЗ.

Питання 4: Наскільки, на Ваш погляд, зазначений зарубіжний досвід реформ НСОЗ є цінним для України?

Відповідь 4. Безумовно цей досвід є вагомим для України і його необхідно врахувати при реалізації реформи. Важливо приділити увагу соціально-ціннісним особливостям нашого суспільства; соціальному і політико-адміністративному консенсусу шляхом впровадження механізмів, що забезпечать сприятливу консолідацію учасників проведення реформи; посилити відповідальність перших посадових осіб уряду і їх мотивацію до реформи, використовуючи досвід зарубіжних країн.

Питання 5: Наскільки, на Ваш погляд, логічним і доцільним є запропонований процес формування і реалізації Д(П)ПОЗ для України?

Відповідь 5. Зазначений підхід відповідає сучасним, вагомим і доцільним поглядам до розробки і реалізації доказової Д(П)ПОЗ. Проте, його реалізація має бути зосереджена на подальшому розвитку методології доказової політики, включаючи офіційне унормування методичного забезпечення.

Питання 6: Чи є, на Ваш погляд, доцільною форсайт-технологія у формуванні і реалізації доказової Д(П)ПОЗ?

Відповідь 6. Вітчизняний і зарубіжний досвід свідчить, що ця технологія все більш поширюється у різних аспектах ПУ, зокрема щодо медичної галузі. У зарубіжжі набули поширення форсайт-програми у сфері охорони здоров'я. Цей досвід є цінними для належного формування і оновлення образу нової НСОЗ в Україні на віддалену перспективу, пріоритетів Д(П)ПОЗ, шляхів їх реалізації тощо.

Питання 7: На скільки, на Ваш погляд, раціонально сформульовано поняття «форсайт медичної галузі»?

Відповідь 7. Запропоноване поняття є доцільним і змістовним. Однак, потрібно прагнути до більш стислого формулювання. У подальших дослідження його необхідно уточнити, вилучити зайве. При цьому зберегти його сутність.

Питання 8: Наскільки, на Ваш погляд, досконалою є запропонована у дослідженні структура форсайт-технології?

Відповідь 8. Загалом запропонована модель форсайт-технології є прийнятною для її використання у сфері ОЗ. Утім, постає питання про її конкретизацію, оскільки ця технологія передбачає поєднання декількох методів. Важливо у подальшому визначити найбільш продуктивні методи для конкретних ситуацій.

Питання 9: Наскільки, на Ваш погляд, раціональною і дієвою є запропонована у дослідженні структура сильних сторін?

Відповідь 9. Вважаю, що ці сторони є найвагомішими. Вони можуть бути доповнені іншими, які у певних ситуаціях теж постануть вагомими. Проте, практичне застосування кожної із зазначених сильних сторін має забезпечуватися їх достатньою якістю і спроможністю. Цей аспект є важливим для подальших досліджень щодо розробки відповідного методичного забезпечення.

Питання 10: Наскільки, на Ваш погляд, раціональною і дієвою є запропонована у дослідженні структура першорядних пріоритетів?

Відповідь 10. Зазначені пріоритети дійсно є своєчасними, першочерговими, доцільними і заслуговують на увагу. Однак, у цьому контексті необхідно посилити методологічну спроможність МОЗ. Для цього потрібно також залучити зовнішні інформаційно-аналітичні структури.

Питання 11: Виходячи з Вашого досвіду, оцініть за трибальною шкалою (табл. Г.1) цінність, запропонованих у цих питаннях для розгляду ТПН, для розвитку теорії, практики і професійного навчання у сфері публічного

управління охороною здоров'я (3 – означає «достатньо важлива»; 2 – «більш-менш важлива»; 1 – «найменш важлива»).

Відповідь 11. За цією шкалою не один із експертів не обрав ні одну із позицій «найменш важлива» як для теорії і практики, так і для навчального процесу. Переважну більшість позицій експерти віднесли до «достатньо важливих» і лише окремі – до «більш-менш важливих».

Щодо дослідницького інтерв'ю «Компетентний експерт», то воно побудовано за логікою особи, що приймає рішення (Додаток Д). Стисло зміст цього інтерв'ю полягає у наступному:

Перший етап методики «Компетентний експерт» (табл. 3.21) спрямований на підтвердження необхідності і важливості розробки нових теоретико-прикладних положень (далі – ТПН).

А. Компетентний експерт-інтерв'юер. *Які, на Ваш погляд, суб'єкти найбільш зацікавлені у подальшому розвитку ТПН?*

Дослідник-респондент: Зацікавленими замовниками-користувачами ТПН щодо засад Д(П)ПОЗ передусім є: – українське суспільство, суб'єкти політики держави (ВРУ, Президент України, КМУ), а також МОЗ, на якого покладається формування і реалізація цієї політики; – система професійного навчання публічних службовців, керівників і працівників медичної галузі, які задіяні до організації, здійснення і забезпечення реформи ОЗ в Україні; – наукові установи і інформаційно-аналітичні структури, задіяні до дослідження проблем реформування СОЗ в Україні.

Б. Компетентний експерт-інтерв'юер. *Чим викликана необхідність і важливість розробки ТПН і на підставі яких аргументів?*

Дослідник-респондент. Проблематика формування і реалізації Д(П)ПОЗ в Україні все більше є актуальною і невідкладною, є в центрі уваги всього українського суспільства, Президента України, указами якого за останні 5 років актуалізовано невідкладність здійснення реформи вітчизняної СОЗ. Ця проблематика приваблює науковців і управлінців-практиків. Її актуальність обумовлена тим, що вітчизняна реформа СОЗ здійснюється стримано, відстає

від інших країн майже на 20 років. В Україні відсутня сучасна Д(П)ПОЗ, чинними є тільки застарілі державні і галузеві пріоритети, визначені указом Президента України у 2000 році. Спроба унормувати наявний законопроект «Про засади ДПОЗ» виявилася невдалою.

В. Компетентний експерт-інтерв'юер. Які проблеми ДПОЗ мають місце на теперішній час?

Дослідник-респондент. За підсумками експертного опитування (за участі 110 респондентів, з яких більше 70% є медичними працівниками) проблеми першої п'ятірки розподілилися наступним чином (табл. 2, Додаток Г). Три незалежних експерти під час проведення інтерв'ю також погодилися із зазначеним вище рейтингом проблем.

Другий етап методики спрямований на обґрунтування напрямів досліджень теоретико-прикладних засад Д(П)ПОЗ шляхом отримання відповідей за такими питаннями:

А. Компетентний експерт-інтерв'юер. Які, на Ваш погляд, напрями досліджень є найактуальнішими для розвитку засад ДПОЗ, спираючись на попередньо визначене коло проблем?

Дослідник-респондент. Загальне поле проблем є достатньо широким. У межах цього дослідження найбільш актуальними є ті, що безпосередньо стосуються розвитку засад Д(П)ПОЗ (табл. 2, Додаток Г).

Б. Компетентний експерт-інтерв'юер. Охарактеризуйте найвагоміші, на Ваш погляд, напрями досліджень та їх першочерговість?

Дослідник-респондент. Першорядними дослідженнями є ті, що спрямовані на розвиток засад Д(П)ПОЗ (табл. 2, Додаток Г).

На третьому етапі компетентний експерт визначає відповідність (відхилення) фактично отриманих ТПН основному за рейтингом напряму досліджень (табл. 2 і 3, Додаток Г).

А. Компетентний експерт. Дійсно, отримані нові ТПН (табл. 2 і 3, Додаток Г) відповідають сутності першої за рейтингом проблеми. Отримані ТПН можна вважати як найбільш значущі у вирішенні найважливішої проблеми.

Четвертий етап методики спрямований на доказ достовірності нових найважливіших ТПН шляхом відповіді дослідника на питання експерта:

А. Компетентний експерт-інтерв'юер. *Охарактеризуйте методи, використані для отримання найбільш значущих ТПН.*

Дослідник-респондент. Методологічну базу досліджень становив комплекс загальнонаукових і конкретно наукових підходів, методів і засобів. Основу концепції цих досліджень складає системний і комплексний підходи, структурно-функціональний, формально-логічний і експертний аналіз.

Б. Компетентний експерт-інтерв'юер. *Охарактеризуйте, на базі яких попередніх напрацювань отримано найбільш значущі ТПН у цьому дослідженні і у чому полягає сутність відомого і нового?*

Дослідник-респондент. У цьому дослідженні розглядається значна кількість напрацювань, основними з яких є щодо: аналізу медичної реформи в Україні: від здобуття незалежності до сучасності (В. Лехан, Л. Крячкової, М. Заярського); реформи СОЗ в Європі і аналізу сучасних стратегій (Р. Салтмана., Дж. Фигейраса); досліджень державних політик: методологія, процедури та європейські практики (Л. Гонюкової, В. Козакова та ін.); розвитку регіонального форсайту як засобу територіального управління (М. Цедік) тощо.

В. Компетентний експерт-інтерв'юер. *Які додаткові аргументи доказу достовірності нових ТПН Ви можете навести?*

Дослідник-респондент. Достовірність отриманих ТПН підтверджена: експертним опитуванням і інтерв'ю з досвідченими експертами, які позитивно оцінили достовірність цих ТПН; використано проблемне поле реформи СОЗ в Україні для визначення стратегічних орієнтирів, першо- та другочергових напрямів удосконалення ПУ; ТПН опубліковані у 7 статтях, включаючи закордонне (Польща) і вітчизняні фахові видання.

Висновки компетентного експерта щодо верифікації отриманих ТПН:

– *по-перше*, експертами підтверджено високу сьогоденну актуальність ДП(П)ОЗ, слабку успішність реформи СОЗ; поле її найбільш вагомих проблем; прогалини в теорії і методології доказової Д(П)ПОЗ; отримано

позитивні оцінки експертів щодо цінності ТПН для розвитку теорії, практики і їх використання в навчальному процесі, що актуалізує обраний предмет дослідження;

– *по-друге*, окреслено основні зацікавлені суб'єкти державної політики у розвитку засад Д(П)ПОЗ і стримуючі фактори реформи СОЗ, першочергові напрями теоретико-прикладних досліджень, що посилять успіх реформи СОЗ;

– *по-третє*, сутність основних напрямів досліджень досить повно розкрито в отриманих автором значущих ТПН з позиції розвитку засад Д(П)ПОЗ; їх достовірність підтверджена адекватним обранням методологічного інструментарію; сутність ТПН розкрито, спираючись на праці відомих вітчизняних і зарубіжних дослідників; новизна нових ТПН опублікована в 7 статтях вітчизняних (фахових) і зарубіжних видань.

Висновки до третього розділу

Дослідження цього розділу зосереджено на визначенні стратегічних орієнтирів ПУ розвитком засад доказової ДПОЗ за використанням удосконаленої методики формально-логічного аналізу. Вона заснована на SWOT-аналізі і експертних оцінках. Для досягнення мети цієї методики обґрунтоване визначення актуальних для сьогодення стратегічних орієнтирів ПУ розвитком засад доказової Д(П)ПОЗ, дотримуючись її критеріїв, проаналізовано зовнішні і внутрішні фактори, виокремлено найбільш, більш-менш і найменш значущі фактори. Перші фактори обрано стратегічними орієнтирами для МОЗ щодо розвитку засад доказової Д(П)ПОЗ з урахуванням ймовірності їх настання та спроможності реалізувати ці орієнтири. Для визначення пріоритетних напрямів ПУ розвитком засад доказової ДПОЗ використано вдосконалену двохетапну методику формально-логічного аналізу. На її першому етапі визначено пріоритети розвитку,

захисту, спротиву і кризи шляхом опрацювання стратегічних орієнтирів у просторі SWOT-матриці за допомогою техніки «4Ф», які утворюють матрицю «стратегічний аналіз → пріоритетні напрями удосконалення». Другий етап заснований на опрацюванні попередньо визначених пріоритетів у просторі матриці «механізми забезпечення ← пріоритети удосконалення → відповідальні суб'єкти». Ця матриця заснована на ідеї методу ABC і забезпечує упорядкування пріоритетів у просторі ознак: «черговість», «механізми забезпечення», «пріоритетні напрями» і «відповідальні суб'єкти».

Таким чином, визначено:

– *першочергові пріоритети* – виявлення переваг, недоліків і проблем впровадження законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я» і чинних прикладів доказових державних політик в інших сферах; ініціювання й розробка нового законопроекту «Про засади доказової державної політики охорони здоров'я»;

– *другочергові пріоритети* – залучення до розробки законопроекту кадрового потенціалу МОЗ і зовнішніх інформаційно-аналітичних структур; розробка й унормування відповідного методичного забезпечення;

– *забезпечувальні передумови* – посилення методології стратегічної спроможності до формування ефективної ДПОЗ; відповідальності та мотивації посадових осіб до її розробки й унормування; розробка пропозицій щодо внесення до базового законодавства оновлених пріоритетів, доказового підходу, сучасного менеджменту тощо.

Нові теоретико-прикладні напрацювання в дисертації верифіковано з використанням комплексної методики, яка послідовно включає три дослідницькі інтерв'ю й інтерв'ю «компетентний експерт». Результати верифікації підтвердили достовірність і новизну цих напрацювань, їх вагомість для розвитку теорії, практики та професійного навчання, доказової методології ДПОЗ. Верифікація ґрунтувалася на оцінках експертного опитування, компетентного експерта й трьох незалежних експертів (науковця та двох керівників органів ПУ охороною здоров'я місцевого рівня).

ВИСНОВКИ

1. Охарактеризовано державну (публічну) політику як предмет практичної діяльності публічного управління, у складі якої: *по-перше*, виокремлено політичну діяльність у публічному управлінні охороною здоров'я, яку розкрито за ознаками: суб'єкти, діяльність, відносини та культура; *по-друге*, цю діяльність представлено як відкриту систему, яка взаємопов'язує політичний і управлінський процеси, ресурси, провідні види та способи їх супроводу, а також зовнішнє оточення; *по-третє*, політичний процес структуровано за етапами розробки політики, прийняття стратегічного політико-правового рішення і його реалізації, у межах яких основні суб'єкти публічної влади (Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України й головний актор – Міністерство охорони здоров'я України) формують і реалізують державну політику охорони здоров'я за участю громадськості. Сформульовано поняття *«політична діяльність у публічному управлінні сферою охорони здоров'я»* – це відкрита система, яка є складовою державного механізму публічної політики й поєднує політичний та управлінський процеси, їх ресурсне забезпечення, а також зовнішні ресурси, види й способи супроводу та участь громадськості. У словосполученні *«державна (публічна) політика охорони здоров'я»* охарактеризовано прикметник «публічний» як ознаку відкритості й прозорості загальносуспільної цінності цієї політики, яка актуалізована владою за участю громадськості та безпосередньо стосується інтересів громадян.

2. Досліджено й охарактеризовано державну (публічну) політику як об'єкт публічного управління. Для цього виокремлено державний механізм управління охороною здоров'я у складі механізму управління політикою в медичній галузі, який концептуально структуровано за етапами політичного процесу. Державний механізм утворений: основними суб'єктами державної політики (Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, інші органи виконавчої влади всіх рівнів і суб'єкти

громадськості); принципами, пріоритетами, видами й сферами політик, завданнями, компетенціями, повноваженнями, регламентом, положеннями, методологією, а також механізмом публічного управління охороною здоров'я. Унормовані засади визначають цей механізм безпосередньо відповідальним за формування й реалізацію державної політики охорони здоров'я. Однак, основи законодавства у сфері охорони здоров'я (чинні з 1992 р.) визначили галузевий механізм, який формування цієї політики покладає на Верховну Раду України. Очевидно, ця суперечність є наслідком непослідовного створення законодавства в Україні: Конституція України і засади внутрішньої і зовнішньої політики держави постали чинними відповідно у 1996 і 2010 рр.

3. Проаналізовано наукові праці й проведено експертне опитування щодо проблем реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні, їх поле згруповано за рейтингом, перші п'ять проблем пов'язані з: державною політикою охорони здоров'я (82,8%); інструментальним забезпеченням медичної реформи (79%); професійною компетентністю менеджерів (78,5%) і публічних службовців (77,4%) у цій сфері; державним механізмом формування політики (74,8%). Перша за рейтингом проблема зумовлена тим, що: чинна державна політика охорони здоров'я є застарілою – затверджена указом Президента України у 2000 р., визначено тільки державні й галузеві пріоритети, що не відповідає сучасним підходам до побудови доказової державної політики; законопроект «Про засади державної політики охорони здоров'я», ініційований групою народних депутатів України у 2015 р., відкликано з розгляду Верховної Ради України у 2019 р. Відсутність нових засад цієї політики зумовила інші зазначені чотири проблеми. Потребують оновлення основи законодавства у сфері охорони здоров'я й засади внутрішньої політики передусім щодо механізму її реалізації та пріоритетів відповідно.

4. Досліджено зарубіжний досвід медичних реформ переважно в країнах ЄС і з'ясовано, що вони зумовлені зростанням фінансових витрат на медичну допомогу й необхідністю посилення здатності систем охорони здоров'я до

покращення здоров'я населення. Ці проблеми вирішено шляхом: виокремлення основних видів медичної допомоги, надання пріоритету первинній ланці; запровадження механізмів децентралізації, фінансування й участі громадськості в управлінні, посилення ефективності управління медичними закладами та якості медичних послуг, забезпечення ощадливості, раціонального розподілу ресурсів, права вибору лікаря, лікарні й страховика тощо. Реалізація реформ виявилася складною з неочікуваними наслідками; істотно вплинули зовнішні соціальні інновації й цінності, економічні та політичні фактори, вид обраної системи управління (централізована, децентралізована); політичний статус Міністерства охорони здоров'я. Головними факторами успіху реформ є: їх стратегії, які визначили пріоритети та плани їх реалізації; обране «вікно можливостей» (протяжністю не більше ніж 5 років); інформаційна інфраструктура й реформаторські кадри; населення, медичні працівники, політичні еліти та зацікавлені групи, які, виходячи з їх інтересів, суттєво впливали на хід реформи.

5. Обґрунтовано та розроблено модель формування й реалізації засад державної політики охорони здоров'я в Україні, яка заснована на запропонованій доказовій логіці з втілення зарубіжного досвіду в цій сфері. *Перший етап* моделі передбачає підготовку й розробку загальних і секторальних засад цієї політики з використанням: вітчизняного та зарубіжного досвіду медичних реформ; основних теоретико-прикладних положень публічного управління реформами й інноваціями; форсайт-технології для розробки стратегічного бачення нової національної системи охорони здоров'я, визначення пріоритетних напрямів і заходів, процесів реалізації політики держави. *Другий етап* спрямований на законодавче унормування загальних і секторальних засад цієї державної політики з використанням відповідного загальнодержавного механізму. *Третій етап* моделі заснований на почерговій реалізації секторальних політик (згідно з попередньо визначеними пріоритетами), її моніторингу й оцінюванні.

6. Проаналізовано засади форсайт-методології, які поєднують поняття, її методи, функції й особливості, поле дії форсайт-технології, методичні підходи до побудови форсайт-дослідження, на підставі чого: сформульовано поняття

«форсайт медичної галузі» як спосіб експертної підтримки прийняття довгострокових (на 10–20 років) політико-правових рішень, заснований на систематичному, активному, критичному й широкоформатному дискурсі, використанні продуктивних методів пізнання майбутнього образу державної політики охорони здоров'я і її складових; розроблено концептуальну модель форсайт-технології (з етапами: організаційний, формування експертного середовища, форсайт-дослідження й верифікації), яка реалізує функції форсайт-методології: «креативність», «експертиза», «взаємодія» та «достовірність»; побудовано модель форсайт-дослідження для поетапної розробки образів нової національної системи охорони здоров'я, процесу її втілення й управлінського процесу, ресурсного забезпечення, поля факторів спротиву цьому нововведенню, видів і способів супроводу його впровадження, верифікації нових засад державної політики охорони здоров'я.

7. Визначено стратегічні орієнтири публічного управління розвитком засад державної політики охорони здоров'я в Україні з використанням удосконаленої методики, заснованої на SWOT-аналізі експертних оцінок, отриманих шляхом проведення опитування, на підставі якого виявлено та згруповано найвагоміші зовнішні й внутрішні фактори за ознаками розвитку, захисту, спротиву, кризи. З них базовими для розвитку обрано: *сильні сторони* Мінохорони здоров'я – легітимні повноваження, його виключна роль у формуванні й реалізації засад державної політики, компетентне керівництво та персонал, наявність реформаторського досвіду, зокрема щодо використання сучасних інструментів; *можливості* – домінування державного управління щодо здійснення внутрішньої політики, його стратегічна спроможність, зокрема щодо реформи охорони здоров'я; наявність законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я» і чинних прикладів засад доказових державних політик, які включають стратегічний менеджмент і відповідне методичне забезпечення. Суперечливими є: *слабкі сторони* – недостатня увага до розробки й законодавчого унормування засад державної політики та стратегії її реалізації; відсутнє прагнення запроваджувати сучасні інструменти менеджменту; слабка

методологія стратегічної спроможності до вироблення сучасних ефективних політик; *загрози* – відсутність чинних нових засад державної політики й стратегії їх реалізації; стратегічного бачення нових засад цієї політики й системи охорони здоров'я, реформ і проєктів їх реалізації; відповідного методичного забезпечення.

8. Виявлено та згруповано пріоритетні напрями вдосконалення публічного управління розвитком засад державної політики охорони здоров'я в Україні за ознаками: «черговість», «механізми забезпечення», «пріоритетні напрями» й «відповідальні суб'єкти». Визначено: *першочергові пріоритети* – виявлення переваг, недоліків і проблем упровадження законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я» і чинних прикладів доказових державних політик в інших сферах; ініціювання й розробка нового законопроекту «Про засади доказової державної політики охорони здоров'я»; *другочергові пріоритети* – залучення до розробки законопроекту кадрового потенціалу міністерства й зовнішніх інформаційно-аналітичних структур; розробка та унормування відповідного методичного забезпечення; *забезпечувальні передумови* – посилення методології стратегічної спроможності до формування ефективної державної політики; відповідальності й мотивації посадових осіб до її розробки та унормування; розробка пропозицій щодо внесення до законодавства оновлених пріоритетів, доказового підходу, сучасного менеджменту тощо.

9. Верифіковано нові теоретико-прикладні напрацювання в дисертації з використанням комплексної методики верифікації, яка послідовно включає три дослідницькі інтерв'ю й інтерв'ю «компетентний експерт». За результатами верифікації підтверджено достовірність і новизну цих напрацювань, їх вагомість для розвитку теорії, практики та професійного навчання, поглиблення доказової методології державної політики охорони здоров'я. Верифікація ґрунтувалася на експертних оцінках 110 респондентів, компетентного експерта й трьох незалежних експертів (науковець і два керівники органів охорони здоров'я місцевого рівня).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ансофф И. Стратегическое управление : сокр. / пер. с англ. Москва : Экономика, 1989. 519 с.
2. Арбузов С. Г., Колобов Ю. В., Міщенко В. І., Науменкова С. В. Закон Парето. *Банківська енциклопедія*. Київ : Центр наукових досліджень Національного банку України : Знання, 2011. 504 с.
3. Аристотель. Політика / пер. з давньогр. та передм. О. Кислюка. Київ : Основи, 2000. 239 с.
4. Афонін Е. А., Бережний Я. В., Валевський О. Л. та ін. Концептуальні засади взаємодії політики й управління : навч. посіб. / за заг. ред. В. А. Ребкала, В. А. Шахова, В. В. Голубь, В. М. Козакова. Київ : НАДУ, 2010. 300 с.
5. Бакуменко В. Д., Іжа М. М., Попов М. П., Попов С. А., Красноручський О. О. та ін. Експертна аналітика державного управління: аспекти інноватики, самоорганізації : монографія. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2020. 220 с.
6. Бакуменко В. Д., Попов С. А., Вошко І. В. Аудит сучасний інструмент інноваційного розвитку професійного навчання публічних службовців: *Управління розвитком соціально-економічних систем* : матеріали ІV Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (до 90 річчя університету) (Харків, 8 жов. 2020 р.). Харків : ХНТУСГ ім. П. Василенка. 385 с.
7. Бакуменко В. Д., Попов С. А., Вошко І. В. Державна політика охорони здоров'я, як об'єкт публічного управління та адміністрування. *Актуальні проблеми державного управління* : зб. наук. праць. Харків : Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2021. № 1 (59). С. 163–172.
8. Бакуменко В. Д., Попов С. А., Вошко І. В. Публічна політика, як предмет практичної діяльності суб'єктів публічної влади. *Державне будівництво* : зб. наук праць. Харків : ХарРІДУ НАДУ, 2020. Вип. 2 (2020). URL: <http://db.journal.kharkiv.ua/index.php/db/issue/archive> (дата звернення: 20.02.2021).

9. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20> (дата звернення: 20.02.2021).
10. Башкатов В. М. Механізми державного управління демократичними змінами в Україні : дис. ... канд. наук з держ. упр. Одеса, 2012. 226 с.
11. Бебик В. М. Політологія для політика і громадянина : монографія. Київ : МАУП, 2003. С. 406–422.
12. Білинська М. М., Радиш Я. Ф., Рожкова І. В. та ін. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук вид. / за заг. ред. проф. М. М. Білинської. Київ ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
13. Богданов С. Г. Стратегічне проектування розвитку системи медичної реабілітації в Україні : дис. ... канд наук з держ. упр. Одеса, 2020. 20 с.
14. Бойко-Бойчук Л. В. Поняття «соціальна інновація»: типи визначень, приклади застосування. *Наука та інновації*. 2009. Т. 5. № 3. С. 94–99.
15. Бондар І. С., Горник В. Г., Кравченко С. О., Кравченко В. В. Політика в публічному управлінні : навч. посіб. Київ : Ліра-К, 2016. 161 с.
16. Бондарєва Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання : дис. ... канд. наук з держ. упр. Івано-Франківськ, 2014. 263 с.
17. Бортник Н., Янчак Я. Зарубіжний досвід надання медичних послуг у країнах з різними моделями фінансування охорони здоров'я. *Вчені записки Львівського університету бізнеса і права. Серія: Економіка. Серія Закон*. 2018. Т. 19. URL: <https://nzlubp.org.ua/index.php/journal/article/view/67> (дата звернення: 20.02.2021).
18. Бурбела А. Реформи фінансування в галузі охорони здоров'я в пострадянських країнах: уроки для України. *Економіка і суспільство*. 2017. Вип. 8. URL: https://economyandsociety.in.ua/journals/8_ukr/35.pdf (дата звернення: 20.02.2021).
19. Васильєва О. Форсайт як інструмент забезпечення сталого розвитку. *Економіка та управління національним господарством*. 2019. Вип. 38. С. 74–80.

20. Великий тлумачний словник сучасної української мови / голов. ред. В. Т. Бусел. Київ ; Ірпінь : ВТФ «Перун», 2007. 1736 с.
21. Верифікація. *Вікіпедія*. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%84%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F> (дата звернення: 20.02.2021).
22. Виханский С. О. Стратегическое управление : учебник Москва : Экономист, 2004. 296 с.
23. Вікіпедія: вільна енциклопедія. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%BB%D1%96%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0> (дата звернення: 20.02.2021).
24. Волошинская А. А., Комаров В. М. Доказательная государственная политика. *РАНХиГС при Президенте Российской Федерации*. URL: <http://ftp.ггерес.org/opt/ReDIF/RePEc/rnp/rpaper/mak2.pdf> (дата обращения: 20.02.2021).
25. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. *Форум права*. 2011. № 2. С. 139–146. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2011-2/11vvvcoz.pdf> (дата звернення: 20.02.2021).
26. Воронянський О. В., Кулішенко Т. Ю., Скубій І. В. Політологія : підручник. Харків : ХНТУСГ ім. Петра Василенка, 2017. 180 с.
27. Вошко І. В. Аналіз державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: проблеми і шляхи їх вирішення. *Право та державне управління*. 2021. № 1. С. 188–195.
28. Вошко І. В. Державна політика з реформування системи охорони здоров'я в Україні: основне поле проблем. *Публічне управління та адміністративний менеджмент: сучасні тренди та перспективи* : матеріали Міжнар. наук.-практ. інтернет-конференції. Харків : Видавничий центр «Global Scientific Trends», 2021. С. 33–34.
29. Вошко І. В. Країни ЄС: особливості національних систем охорони здоров'я. *Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України* : матеріали 18-ї Регіон. наук.-практ. конф. (Дніпро, 13 трав. 2021 р.) Дніпро / за заг. ред. Л. Л. Прокопенка. Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2021. С. 15–17.

30. Вошко І. В. Публічна політика і політична діяльність суб'єктів публічної влади. *Державне і муніципальне управління: теорія, методологія, практика* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 6–7 бер. 2020 р.). Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. С. 26–28.

31. Вошко І. В. Реформи національних систем охорони здоров'я: досвід зарубіжжя для України. *Управління розвитком соціально-економічних систем* : матеріали V Міжнар. наук.-практ. інтернет-конференції. Харків : ХНТУСГ, 2021. С. 55–57.

32. Вошко І. В. Різноманіття підходів до дослідження медичної політики держави. *Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні* : матеріали VIII Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. за міжнар. участю (Полтава, 29 квітня 2021 р.). Полтава : Національний університет ім. Юрія Кондратюка, 2020. С. 19–21.

33. Вошко І. В. Сучасні засади державної медичної політики: стратегічний підхід. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 326–334. DOI <https://doi.org/10.32840/pdu.2020.2.49>.

34. Вошко І. В. Форсайт-дослідження як інструмент формування образу медичної політики держави. *Розвиток публічного управління в Україні* : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Львів, 28 трав. 2021 р.) / за наук ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2021. С. 75–77.

35. Вошко І. В. Державна політика з реформування системи охорони здоров'я в Україні: інструменти реалізації. *Публічне управління в Україні: історія державотворення, виклики та перспективи* : матеріали XII Наук.-практ. інтернет-конф. за міжнар. участю для аспірантів та докторантів (Одеса, 28 трав. 2021 р.). Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2021. С. 10–13.

36. Вошко І. Особливості реформування систем охорони здоров'я в країнах Європи. *Актуальні проблеми державного управління* : зб. наук праць ОРІДУ. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2021. Вип. 2 (83). С. 64–68.

37. Гаєвська Л. А., Васюк Н. О., Ушакова О. І. Зарубіжний досвід підготовки керівних кадрів-лідерів виклики для публічної політики у сфері охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 7. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1701>. DOI: 10.32702/2307-2156-2020.7.2 (дата звернення: 20.02.2021).

38. Гайдаш Д. С. Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України : автореф. дис. .. канд. наук з держ. упр. Запоріжжя, 2019. 23 с.

39. Гапоненко Н. В. Форсайт. Теорія. Методологія. Опыт : монографія. Москва : Юнити Дана. 2008. 239 с.

40. Горілик Д. В., Горілик А. В., Попович В. П., Громовик Б. П. Інструмент для проведення автоматизованого інтегрованого ABC/FMR/(XYZ)/VED-АНАЛІЗ. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2011. № 3–4. С. 175–178.

41. Грабовська І. М. Верифікація. Енциклопедія Сучасної України / гол. редкол.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк та ін. ; НАН України, НТШ. Київ : Ін-т енциклопедичних досліджень НАН України, 2006. URL: https://esu.com.ua/search_articles.php?id=33591 (дата звернення: 20.02.2021).

42. Гриньова В. М. Функціонально-вартісний аналіз в інноваційній діяльності підприємства : монографія. Харків : ІНЖЕК, 2004. 128 с.

43. Громоздов В. Визначення пріоритетів сталого розвитку на регіональному та місцевому рівнях: адаптація цілей сталого розвитку ООН в Україні. *Адміністративно територіальні vs економічно-просторові кордони регіонів* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 19–20 бер. 2020 р.). Київ : КНЕУ, 2020.

44. Дегтярьова І. О. Конкурентоспроможність регіону: стратегічні пріоритети та механізми державного управління : монографія. Київ : НАДУ, 2012. 368 с.

45. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

46. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 2. 484 с.

47. Державна політика : підручник / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України ; ред. кол.: Ю. В. Ковбасюк (голова), К. О. Ващенко (заст. голови), Ю. П. Сурмін (заст. голови) та ін. Київ : НАДУ, 2014. 448 с.

48. Державне управління. підручник : у 2 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України ; ред. кол.: Ю. В. Ковбасюк (голова), К. О. Ващенко (заст. голови), Ю. П. Сурмін (заст. голови) та ін. Київ ; Дніпропетровськ : НАДУ, 2012. Т. 1. 564 с.

49. Деякі питання реформування державного управління України : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.06.2016 р. № 474-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/474-2016-%D1%80#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

50. Діхтяр Т. Аналіз політики: можливості впровадження в Україні. Київ : МЦПД, 2001. 64 с.

51. Долгіх М. В. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я : дис. .. д-ра філософії в галузі публічного управління та адміністрування. Київ, 2021. 256 с.

52. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2013_2_11 (дата звернення: 20.02.2021).

53. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. URL: https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf (дата звернення: 20.02.2021).

54. Дослідження державних політик: методологія, процедури та європейські практики : монографія / за заг. ред. Л. В. Гонюкової, В. М. Козакова. Київ : НАДУ, 2018. 400 с.

55. Дробенко Г. О., Брусак Р. Л., Свірський Ю. І. Стратегічне планування розвитку територіальних громад : метод. посіб. Львів : СПОЛОМ, 2001. 118 с.

56. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 1: Теорія державного управління / наук.-ред. колегія: В. М. Князєв (співголова), І. В. Розпутенко (співголова) та ін. 2011. 748 с.

57. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 2: Методологія державного управління / наук.-ред. колегія: Ю. П. Сурмін (співголова), П. І. Надолішній (співголова) та ін. 2011. 692 с.

58. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 3: Історія державного управління / наук.-ред. колегія: А. М. Михненко (співголова), М. М. Білинська (співголова) та ін. 2011. 788 с.

59. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 4: Галузеве управління / наук.-ред. колегія: М. М. Іжа (співголова), В. Г. Бодров (співголова) та ін. 2011. 648 с.

60. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 5. Територіальне управління / наук.-ред. колегія: О. Ю. Амосов, О. С. Ігнатенко (співголова) та ін. 2011. 408 с.

61. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 6. Державна служба / наук.-ред. колегія: С. М. Серьогін (співголова), В. М. Сороко (співголова) та ін. 2011. 524 с.

62. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України ; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 7. Державне управління в умовах глобальної та європейської інтеграції / наук.-ред. колегія: І. А. Грицяк (співголова), Ю. П. Сурмін (співголова) та ін. 2011. 764 с.

63. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України ; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 8. Публічне врядування / наук.-ред. колегія: В. С. Загорський (голова), С. О. Телешун (співголова) та ін. 2011. 630 с.

64. Євмешкіна О. Л. Теоретико-методологічні засади модернізації системи державного стратегічного планування в Україні : дис. ... д-ра наук з держ. упр. Дніпро, 2018. 439 с.

65. Єсмуханова Ю. Оцінка досліджень у сфері публічної політики України. *Попит і пропозиція на ринку аналізу політики*. Міжнародний фонд «Відродження». URL: https://www.irf.ua/wp-content/uploads/2019/10/ttdi_report_osinka_ukr_pr_03.pdf (дата звернення: 20.02.2021).

66. Іноземний досвід роботи комісій з питань майбутнього / Європейський інформаційно-дослідницький центр. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/28981.pdf> (дата звернення: 20.02.2021).

67. Інструменти забезпечення ефективності, результативності та якості органів державної влади / М. Канавець (кер. авт. колективу), Ю. Лихач, А. Кукуля, О. Бутенко, Ю Єрченко ; заг. ред. В. Купрія. Київ : Центр адаптації державної служби до стандартів Європейського Союзу, 2019. 178 с.

68. Камінська Т. М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. *Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого*. 2012. № 1 (8). С. 284–285.

69. Камінська Т. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія та право* / Нац. юридич. ун-т ім. Ярослава Мудрого. 2015. № 1 (20). URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf> (дата звернення: 20.02.2021).

70. Карлаш В. В. Зарубіжний досвід регулювання якості медичних послуг у системі охорони здоров'я. *Теорія і практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2019. № 1. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2019_1/17.pdf (дата звернення: 20.02.2021).

71. Карпишин Н. І. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я та можливості його використання в Україні / Терноп. нац. екон. ун-т. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/12492/1/%d0%97%d0%b0%d1%80%d1%83%d0%b1%d1%96%d0%b6%d0%bd%d0%b8%d0%b9%20%d0%b4%d0%be%d1%81%d0%b2%d1%96%d0%b4%20%d1%84%d1%96%d0%bd%d0%b0%d0%bd%d1%81%d0%be%d0%b2%d0%be%d0%b3%d0%be%20%d0%b7%d0%b0%d0%b1%d0%b5%d0%b7%d0%bf%d0%b5%d1%87%d0%b5%d0%bd%d0%bd%d1%8f.pdf> (дата звернення: 20.02.2021).

72. Карпишин Н. І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг : дис. ... канд. екон. наук. Тернопіль : ТДЕУ, 2006. 187 с.

73. Карпишин Н., Комуницька М. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ Фінансів*. 2008. № 1 (14). С. 110–117.

74. Кахович О. О., Кахович Ю. О. Методика визначення цільових пріоритетів розвитку спільного підприємства як учасника міжнародного бізнесу. *Ефективна економіка*. 2012. № 2. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=966> (дата звернення: 20.02.2021).

75. Квітка С. А. Відмінність Форсайту від традиційних технологій соціального прогнозування. *Актуальні проблеми соціальної прогностики* : зб. матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. (Дніпро, 19 квіт.2019 р.) / відп. за випуск, професор В. В. Кривошеїн. Дніпро : Формат А+, 2019. С. 16–19.

76. Квітка С. А. Форсайт в публічному управлінні: методи і перспективи реалізації в Україні. *Аспекти публічного управління*. 2018. Т. 6. № 8. С. 56–70. DOI: 10.15421/151847.

77. Квітка С. Форсайт як технологія проектування майбутнього: новітні механізми взаємодії публічної влади, бізнесу та громадянського суспільства. *Аспекти публічного управління*. 2016. № 8. С. 5–15.

78. Кизим М. О., Матюшенко І. Ю., Шостак І. В., Данова М. О. Перспективи форсайт-прогнозування пріоритетних напрямів розвитку нанотехнологій і наноматеріалів у країнах світу і Україні: монографія. Харків: ІНЖЕК, 2015. 272 с.

79. Колісніченко Н. Політика та державне управління, як соціальні феномени. *Державне управління та місцеве самоврядування*. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2012. Вип. 1 (8). С. 49–59.

80. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. *Економічний вісник НТУУ «КПІ»*: зб. наук. праць. 2018. № 15. С. 18–27.

81. Конституція України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

82. Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я України Проект (неофіційний текст). URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/NT0965.html (дата звернення: 20.02.2021).

83. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000. URL: https://ips.ligazakon.net/document/U1313_00?an=12 (дата звернення: 15.01.2021).

84. Концепція системи охорони здоров'я альтернатива нинішнім реформам? *Ваше здоров'я*. URL: <https://www.vz.kiev.ua/nova-kontseptsiya-systemy-ohorony-zdorov-ya-alternatyva-nynishnim-reformam/> (дата звернення: 20.02.2021).

85. Коротич О. Б. Державне управління регіональним розвитком України: монографія. Харків: Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2006. 220 с.

86. Косогов О. М. Методика визначення пріоритетів показників, що характеризують рівень загроз інформаційній безпеці держави. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2014. Вип. 2 (39).

URL: http://www.hups.mil.gov.ua/periodic-app/article/3562/zhups_2014_2_42.pdf
(дата звернення: 20.02.2021).

87. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я України в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: «Економіка і менеджмент»*. 2017. № 24. С. 46–55.

88. Кравченко С. О. Державно-управлінські реформи: теоретико-методологічне обґрунтування та напрями впровадження : монографія. Київ : НАДУ, 2008. 296 с.

89. Кравченко С. О. Теоретико-методологічні засади здійснення державно-управлінських реформ : дис. ... д-ра. наук з держ. упр. Київ, 2010. 433 с.

90. Кравченко Т. А. Доцільність використання методології форсайту при розробці Єдиної комплексної стратегії розвитку сільського господарства та сільських територій на 2015–2020 рр. *Аспекти публічного управління*. 2015. Вип. 4 (18). С. 121–128.

91. Кравченко Т. Технологія форсайту та доцільність його застосування в системі місцевого самоврядування. *Децентралізація влади в Україні: виклики та можливості для громад міст обласного значення* : матеріали Всеукр. наук-практ. конф. (Полтава, 1 лист. 2017 р.). Полтава : Дивосвіт, 2017. 214 с.
URL: https://initiative.org.ua/wp-content/uploads/2018/08/%D0%A2%D0%B5%D0%B7%D0%B8_%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84_%D0%9F%D0%A3%D0%90_27.11.17.pdf (дата звернення: 20.02.2021).

92. Кривцова М. С. Використання форсайт-технології у стратегічному прогнозуванні розвитку людського потенціалу регіону. *Вісник соціально-економічних досліджень*. 2020. Вип. 2 (73). С. 47–60.

93. Кринична І. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я в Україні: аналіз очікуваних результатів реалізації реформ. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2015. Вип. 2. С. 137–147.

94. Кринична І. П. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні: історичний аспект. *Аспекти публічного управління*. 2015. № 3. С. 19–26.

95. Кузина Т. Бремя доказывания: нужна ли Беларуси доказательная политика. Центр исследования общественного управления «СИМПА». *Школа молодых менеджеров публичного администрирования SYMPA*. URL: http://sympa-by.eu/sites/default/files/library/pp_evidence_based_policy.pdf (дата звернення: 20.02.2021).

96. Лазоришинець В. В., Слабкий Г. О., Ярош Н. П., Чепелевська Л. А., Шевченко М. та ін. Державне управління охороною здоров'я України : монографія. Київ, 2014. 312 с.

97. Ланских А. Н. Прогнозирование тенденций развития системы высшего образования на основе методологии Форсайт. *Предпринимательство*. 2011. № 8. Вып. 2 (190). С. 113–117.

98. Лепський В. В. Концепція реформування медичної галузі з використанням проектного підходу. *Вісник Національного технічного університету «ХПІ»*. Серія: Стратегічне управління, управління портфелями, програмами та проектами. 2016. № 2. С. 108–112. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vntux_ctr_2016_2_26 (дата звернення: 20.02.2021).

99. Лехан В. М., Волчек В. В. Вивчення основних чинників витрат, пов'язаних з низькою якістю медичної допомоги. *Соціальна медицина : зб. наук праць співробіт. НМАПО ім. П. Л. Шупика* 24 (4)/2015. С. 181–187. URL: <https://repo.dma.dp.ua/1262/1/%D0%92%D0%B8%D0%B2%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D1%85%20%D1%87%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D1%96%D0%B2%20%D0%B2%D0%B8%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%2C%20%D0%BF%D0%BE%D0%B2%E2%80%99%D1%8F%D0%B7%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%85%20%D0%B7%20%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D1%8E%20%D1%8F%D0%BA%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8E%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1>

%87%D0%BD%D0%BE%D1%97%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B8.pdf (дата звернення: 20.02.2021).

100. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра*. 2013. № 4 (61). С. 99–10.

101. Лехан В. М., Зюков О. Л. Застосування принципів доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги. Україна. *Здоров'я нації*. 2009. № 1–2 (9–10). С. 71–74.

102. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. *Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52). С. 5–11.

103. Лехан В. М., Рудий В. М. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: спільний звіт. Київ : Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.

104. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах: позитивні результати, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. *Здоров'я нації*. 2015. Спецвипуск. С. 67–84.

105. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. *Здоров'я нації*. 2010. Вин. 1 (13). С. 5–23.

106. Людський капітал України 2025. Підсумки форсайту. *Об'єднання організацій роботодавців України*. URL: <http://www.ooru.org.ua/news/29.lyudskiy-kapital-ukraini-2025-pidsumki-forsaytu-.htm> (дата звернення: 20.02.2021).

107. Маліцький Б. А., Попович О. С., Онопрієнко М. В. Обґрунтування системи науково-технологічних та інноваційних пріоритетів на основі «форсайтних» досліджень. Київ : Фенікс, 2008. 86 с.

108. Мамонова В. В. *Методологія управління територіальним розвитком* : монографія. Харків : Вид-во ХарРІДУ НАДУ «Магістр», 2006. 196 с.

109. Мартусенко І. В., Сіташ Т. Д. Трансформація фінансування системи охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країнах. *Проблеми економіки*. 2013. № 1. С. 321–325. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekon_2013_1_48 (дата звернення: 20.02.2021).

110. Матриця Ейзенхауера як інструмент розстановки пріоритетів. URL: <https://blog.agrokebety.com/matrytsya-eyzenkhauera> (дата звернення: 20.02.2021).

111. Мащенко М. А., Литвиненко А. В. Визначення пріоритетів інвайронментальної безпеки України. *Вісник економіки транспорту і промисловості*. 2018. № 61. URL: <http://btie.kart.edu.ua/article/download/127684/123480> (дата звернення: 20.02.2021).

112. Медичній реформі в Україні немає альтернативи, але вона має враховувати виклики пандемії та низку інших проблем. *Офіційне інтернет-представництво Офісу Президента України*. URL: <https://www.president.gov.ua/news/medichnij-reformi-v-ukrayini-nemaye-alternativi-ale-vona-may-66029> (дата звернення: 20.02.2021).

113. Мельниченко О. А. Якість публічного управління як запорука добробуту населення країни. *Актуальні проблеми державного управління*. 2017. № 1. С. 8–14. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdy_2017_1_3 (дата звернення: 20.02.2021).

114. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. № 1–2.

115. Мустафина М. Д. Форсайт в общественном здравоохранении. *Вестник КазНМУ* : науч.-практ. журнал. 2013. Вып. 1 (1). URL: <http://repository.kaznmu.kz/225/> (дата звернення: 20.02.2021).

116. Набатова О. О. Соціальні інновації: поняття, види, суб'єкти. Національної юридичної академії України імені Ярослава Мудрого. 2011. № 6. С. 58–66.

117. Надутий К. А., Лехан В. М., Найда И. В. Обґрунтування концепції безперервного вдосконалення національної системи охорони здоров'я України. *Український медичний часопис*. 2019. Вип. 1 (129). Т. 2 I/II. URL: https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2019/02/4744_DOI.pdf?upload= (дата звернення: 20.02.2021).

118. Надутий К. А., Лехан В. М., Толстанов О. К. Методичні підходи до стандартизації оцінки діяльності закладів первинної медичної допомоги. *Український медичний часопис*. 2019. № 3(2) (131) – V/VI. URL: <https://www.umj.com.ua/article/157991/metodichni-pidhodi-do-standartizatsiyi-otsinki-diyalnosti-zakladiv-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi> (дата звернення: 20.02.2021).

119. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 15.01.2021).

120. Пархоменко В., Прошко В., Мавко П. Стратегічне планування розвитку громади : практ. посіб. Львів : Фондація Україна – США : Західноукр. регіон. навч. центр, 2002. 100 с.

121. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу) : інформ. довідка. Європ. інфор.-дослід. центр. Програма USAID «Рада: підзвітність, відповідальність, демократичне парламентське представництво», Фонд «Східна Європа». URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf> (дата звернення: 20.02.2021).

122. Підводне каміння медичної реформи: результати незалежного дослідження в регіонах. *Реформа первинної ланки охорони здоров'я: думка фахівців галузі* : результати дослідження. URL: <https://rpr.org.ua/news/pidvodni->

kameni-medychnoji-reformy-rezultaty-nezalezhnoho-doslidzhennya-v-rehionah/
(дата звернення: 20.02.2021).

123. Поворозник М. Ю. Бенчмаркінг моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії. Світове господарство і міжнародні економічні відносини*. 2016. Вип. 11. URL: http://bses.in.ua/journals/2016/11_2016.pdf (дата звернення: 20.02.2021).

124. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії. Світове господарство і міжнародні економічні відносини*. 2017. Вип. 14. URL: http://bses.in.ua/journals/2017/14_2017/7.pdf (дата звернення: 20.02.2021).

125. Політологічний енциклопедичний словник / упор. В. П. Горбатенко ; за ред. Ю. С. Шемшученка, В. Д. Бабкіна, В. П. Горбатенка. 2-ге вид., доп. і перероб. Київ : Генеза, 2004. 736 с.

126. Попов С. А. Визначення стратегічних орієнтирів інноваційного розвитку системи державного управління. *Актуальні проблеми державного управління* : зб. наук праць. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2013. Вип. 4 (56). С. 22–27.

127. Попов С. А. Інноватизація системи державного управління: напрями удосконалення. *Теоретичні та прикладні питання державотворення* : електр. наук фахове вид. 2013. Вип. 13. URL: <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/tppd/index.html> (дата звернення: 20.02.2021).

128. Попов С. А. Нововведення в системі органів публічної влади: стратегічний підхід : дис. ... д-ра наук з держ. упр. Київ, 2015. 360 с.

129. Попов С. А. Обґрунтування методики проведення верифікаційного дослідження. *Актуальні проблеми державного управління* : зб. наук праць. Харків : Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2013. Вип. 2 (44). С. 175–185.

130. Попов С. А., Вошко І. В. Механізми здійснення публічної політики в Україні: аспект надання первинної медичної допомоги : монографія / за заг. ред. С. А. Попова. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2021. 125 с.

131. Попов С. А., Вошко І. В. Публічне управління реформою системи охорони здоров'я в Україні: проблеми державної політики і шляхи їх розв'язання.

Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи: збірка статей і тез доповідей за матеріалами VIII Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Кам'янське, 19–20 трав. 2021 р.). ДДТУ, 2021. С. 60–62.

132. Попов С. А., Вошко І. В. Щодо визначення навчальних потреб публічних службовців: методологічний підхід. *Публічне управління: традиції, інновації, глобальні тренди*: матеріали Всеукр. наук-практ. конф. за міжнар. участю (до 25-річчя заснув. ОРІДУ). (Одеса, 9 жов. 2020 р.). Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2020. С. 131–132.

133. Попов С. А., Вошко І. В. Механізм управління медичною політикою в просторі України. *Публічне управління XXI століття: погляд у майбутнє*: зб. тез XXI Міжнар. наук конгресу. Харків: Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2021. С. 44–46. DOI: 10.34213/mnkongr.2021.

134. Попов С. А., Сенча І. А. SWOT-аналіз як інструмент із визначення стратегічних орієнтирів інноваційного розвитку системи державного управління. *Ефективність державного управління*: зб. наук праць. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2013. Вип. 37. С. 114–123.

135. Попов С., Вошко І. Реформування національних систем охорони здоров'я: актуальні аспекти закордонного досвіду. *Актуальні проблеми державного управління*: зб. наук праць. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2021. Вип. 1 (82). С. 136–141.

136. Попов С., Присяжнюк І. Техногенно-екологічна безпека і надзвичайні ситуації: механізми координації та взаємодії. *Актуальні проблеми державного управління*: зб. наук праць. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2020. Вип. 1 (81). С. 75–81.

137. Попов С. А. Інноваційний розвиток системи органів публічної влади: стратегічний підхід: монографія. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2017. 368 с.

138. Практика законотворення 01. Правила оформлення проектів законів та основні вимоги законодавчої техніки (Методичні рекомендації) / заг. ред. та упоряд. В. П. Крижанівський. Київ: ФОП Москаленко О. М., 2014. 44 с.

139. Практичні аспекти механізмів реалізації соціально-гуманітарної політики в Україні: регіональний вимір: заключний звіт про надання послуг з виконання наукового дослідження (науково-дослідної роботи). Номер держреєстрації 0102U102492, Одеса, 2020. С. 312.

140. Пригожин А. И. Нововведения: стимулы и препятствия (Социальные проблемы инноватики): монография. Москва: Политиздат, 1989. 271 с.

141. Причепя І. В., Соломонюк І. Л., Лесько Т. В. Тайм-менеджмент як дієвий інструмент ефективного використання часу успішного менеджера за сучасних умов. *Ефективна економіка*. 2018. № 12. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6781> (дата звернення: 22.08.2021). DOI: 10.32702/2307-2105-2018.12.104.

142. Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України: Закон України від 23.03.2000 р. № 1602-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1602-14#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

143. Про державні цільові програми: Закон України від 18.03.2004 р. № 1621-IV. Дата оновлення: 17.09.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1621-15#Text> (дата звернення: 15.01.2021).

144. Про державну службу: Закон України від 10.12.2015 р. № 889-VIII. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 2016. № 4. Ст. 43.

145. Про засади внутрішньої і зовнішньої політики: Закон України від 01.08.2010 р. № 2411 VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2411-17#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

146. Про засади державної антикорупційної політики в Україні (Антикорупційна стратегія) на 2014–2017 роки: Закон України від 14.10.2014 р. № 1699-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1699-18#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

147. Про засади державної мовної політики: Закон України (втратив чинність) від 03.07.2012 р. № 5029-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5029-17#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

148. Про засади державної політики охорони здоров'я : Проект закону. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=56118 (дата звернення: 20.02.2021).

149. Про засади державної регіональної політики : Закон України від 05.02.2015 р. № 156-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-19#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

150. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року : Закон України від 22.01.2010 р. № 1841-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-17#Text> (дата звернення: 24.04.2021).

151. Про затвердження Національної рамки кваліфікацій : Постанова Кабінету Міністрів України від 23.11.2011 р. № 1341. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1341-2011-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

152. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 р. № 267. Дата оновлення: 04.03.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.02.2021).

153. Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм : Постанова Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 р. № 106. Дата оновлення: 23.04.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/106-2007-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.01.2021).

154. Про затвердження Програми запровадження системи управління якістю в органах виконавчої влади : Постанова Кабінету Міністрів України від 11.05.2006 р. № 614. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/614-2006-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

155. Про затвердження Регламенту Кабінету Міністрів України : Постанова Кабінету Міністрів України від 18.08.2007 р. № 950. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/950-2007-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

156. Про затвердження Стандарту вищої освіти за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування : Наказ Міністерства освіти і науки України 04.08.2020 р. № 1001. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-svita/zatverdzeni%20standarty/2020/08/05/281publichne-upravlinnya-ta-administruvannya-magistr.pdf> (дата звернення: 20.02.2021).

157. Про Кабінет Міністрів України : Закон України від 07.10.2010 р. № 2591-VI. Дата оновлення: 19.03.2009. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2591-17#Text> (дата звернення: 15.02.2021).

158. Про Кабінет Міністрів України : Закон України від 27.02.2014 р. № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

159. Про невідкладні заходи з проведення реформ та зміцнення держави : Указ Президента України від 08.11.2019 р. № 837/2019. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/8372019-30389> (дата звернення: 20.02.2021).

160. Про основні засади молодіжної політики : Закон України від 27.04.2021 р. № 1414-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-20#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

161. Про політичні партії в Україні : Закон України від 05.04.2001 р. № 2365-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2365-14#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

162. Про Регламент Верховної Ради України : Закон України від 05.08.2021, № 1861-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1861-17#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

163. Про результати пілотного експертно-аналітичного дослідження «Реформи в Україні: оцінка експертів державного управління та місцевого самоврядування» в Національній академії державного управління при Президентові України : інформ.-аналіт. записка. URL: <http://academy.gov.ua/pages/dop/198/files/742223b5-0428-48e6-99c2-a76e4dd054a0.pdf> (дата звернення: 20.02.2021).

164. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою»: Указ Президента України від 18.08.2021 р. № 369/2021. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713> (дата звернення: 20.02.2021).

165. Про розроблення прогнозних і програмних документів економічного і соціального розвитку та складання проектів Бюджетної декларації та державного бюджету : Постанова Кабінету Міністрів України від 26.04.2003 р. № 621. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/621-2003-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

166. Про Стратегію сталого розвитку «Україна 2020» : Указ Президента України від 12.01.2015 р. № 5/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

167. Про схвалення Концепції реформування системи професійного навчання державних службовців, голів місцевих державних адміністрацій, їх перших заступників та заступників, посадових осіб місцевого самоврядування та депутатів місцевих рад : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.12.2017 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

168. Проект закону України державної політики охорони здоров'я (доопрацьований, реєстраційний номер 2409а). URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=56118 (дата звернення: 20.02.2021).

169. Публічне управління та адміністрування : підручник / укладач В. Д. Бакуменко, О. О. Красноручський, ін. ; за заг. ред. В. Д. Бакуменко, О. О. Красноручського. Харків : ХНТУСГ, 2019. С. 121–159.

170. Публічне управління : термінол. слов. / уклад.: В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та ін. ; за заг. ред. В. С. Куйбіди, М. М. Білинської, О. М. Петроє. Київ : НАДУ, 2018. 224 с.

171. Пухкал О., Гомоляко О. Публічна та державна політика: єдність та відмінності. *Інвестиції: практика та досвід*. № 24/2017. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=5851&i=17> (дата звернення: 20.02.2021).

172. Реформи в Україні: експертна оцінка. Фонд «Демократичні ініціативи» імені Ілька Кучеріва. URL: https://dif.org.ua/article/reformi-v-ukraini-ekspertna-otsinka_2018_2019_2020 (дата звернення: 20.02.2021).

173. Рибінцев В. О., Клопов І. О. Форсайт як технологія реалізації стратегії розвитку економіки. *Інтелект XXI*. 2017. № 3. С. 87–94.

174. Роджерс Е. М. Дифузія інновацій : монографія / пер. з англ. В. Старка. Київ : Вид. дім «Києво-Могилян. акад.», 2009. 591 с.

175. Розроблення публічної політики : прак. посіб. / уклад. А. О. Чемерис. Київ : ТОВ «Софія», 2011. 128 с.

176. Роль експертів у створенні дієвої системи охорони здоров'я: важко переоцінити! Українська медична експертна спільнота (УМЕС) : круглий стіл з нагоди третьої річниці створення Платформи 11.03.2021 р. URL: <https://www.umj.com.ua/article/204777/rol-ekspertiv-u-stvorenni-diyevoyi-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-vazhko-pereotsiniti> (дата звернення: 20.02.2021).

177. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008. 86 с.

178. Руських К. Реформи первинної медичної допомоги в країнах Центральної та Східної Європи. Уроки для України: проект «Популярна економіка: моніторинг реформ» (№ 8) 12.12. 2012 року: Місячний звіт. URL: https://eba.com.ua/static/members_reviews/Case_Study_1_2013_ukr.pdf (дата звернення: 20.02.2021).

179. Саати Т. Л. Принятие решений. Метод анализа иерархий. Москва : Радио и связь, 1989. 316 с.

180. Савченко В. Управління розвитком персоналу : навч. посіб. Київ : КНЕУ, 2002. 351 с.

181. Садовник О. В. Розвиток форсайту та його вплив на прогнозування продуктово-ринкової стратегії агробізнесу в Україні. *Стратегія економічного розвитку*. 2016. Вип. № 39. С. 126–135.

182. Салимьянова И. Г. Форсайт как инструмент определения приоритетных направлений науки и технологий. *Современные наукоемкие технологии*. 2011. № 1. С. 95–97.

183. Салтман Р. Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / пер. с англ. Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. 432 с.: 24 ил.

184. Семенов М. В. Європейський досвід форсайт-досліджень розвитку міст і регіонів. *Аспекти публічного управління*. 2014. № 11–12 (13–14) листопад-грудень. С. 85–91.

185. Сенча С. А. Державний механізм стимулювання розвитку громадянського суспільства (на прикладі Одеської області) : дис. ... канд. наук з держ. упр. Одеса, 2020. 200 с.

186. Сенюк Ю. І., Надюк З. О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 211–220. URL: http://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2020/34.pdf (дата звернення: 20.02.2021).

187. Сидорова А. Доказательная образовательная политика: методологические основы. *Государственно управление* : электронный вестник. 2016. Вып. 57. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dokazatelnaaya-obrazovatelnaaya-politika-metodologicheskie-osnovy> (дата обращения: 20.02.2021).

188. Сіташ Т. Медичне страхування та фінансове забезпечення охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Науковий вісник Одеського національного економічного університету*. 2014. № 10. С. 149–162.

189. Скрипнік С. Проблеми обрання оптимальної моделі фінансування видатків у галузі охорони здоров'я України. *Прикарпатський юридичний*

вісник. 2019. № 2 (27). URL: <http://pyuv.onua.edu.ua/index.php/pyuv/artic> (дата звернення: 20.02.2021).

190. Слабкий Г. А., Пархоменко Г. Я. К вопросу о реформировании системы здравоохранения: международный опыт. *Український медичний часопис*. 2012. № 3 (89) – V/VI. URL: <https://www.umj.com.ua/article/34316/k-voprosu-o-reformirovanii-sistemy-zdravooxraneniya-mezhdunarodnyj-opyt> (дата звернення: 20.02.2021).

191. Соколов А. Сучасні підходи до оцінки якості державного управління. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2014. № 4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=901> (дата звернення: 20.02.2021).

192. Соловьева Т. С., Попов А. В. Социальные инновации в сфере занятости: региональный аспект. *Ars Administrandi (Искусство управления)*. 2015. № 2. С. 65–74.

193. Сороко В. М. Компетентнісний підхід до організації функціонування державної служби : монографія. Київ : НАДУ, 2018. 224 с.

194. Соціальні інновації. *Вікіпедія*. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8 (дата звернення: 20.02.2021).

195. Співак М. В. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна : монографія. Київ : Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України ; Логос, 2016. 536 с.

196. Стан системи професійного навчання державних службовців, голів місцевих державних адміністрацій, їх перших заступників та заступників, посадових осіб місцевого самоврядування, депутатів місцевих рад : доповідь / К. Ващенко (кер. авт. колективу, В. Купрій, В. Чмига, Т. Токарчук, Л. Рикова, Ю. Вернигор та ін. ; за заг. ред. К. Ващенко. Київ : Центр адаптації державної служби до стандартів Європейського Союзу, 2019. 140 с.

197. Стратегія реформування державного управління України на період до 2021 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.06.2016 р.

№ 474 (в редакції Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18.12.2018 р. № 1102-р). URL: https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/reform%20office/01_strategy_ukr.pdf.

198. Сухенко В. В. Особливості функціонування політико-адміністративних систем сучасних європейських країн: досвід для України : дис. ... канд. наук з держ. упр. Київ, 2018. 200 с.

199. Телешун С. О., Ситник С. В., Рейтерович І. В. Сутність публічної політики: контекст політики та публічного управління. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. Серія: Політичні науки*. 2015. № 4. С. 23–30.

200. Тертичка В. В. Стратегічне управління : підручник. Київ : Київ І. С., 2017. 932 с.

201. Титаренко Д., Титаренко О. Дослідницьке інтерв'ю : методичні рекомендації з організації та проведення дослідження / відп. за вип. О. Лісовий. Київ : ТОВ «Праймдрук», 2012. 40 с.

202. Тихончук Л. Х. and Tykhonchuk, L. Kh. Визначення пріоритетів державного управління в умовах глобалізації та регіоналізації. *Стратегія і тактика державного управління*. 2020. № 1–2. Р. 51–57.

203. Ткаченко В. І. Первинна медична допомога у світі: результати 40-річної реалізації Алма-Атинської декларації (1978) і майбутній розвиток згідно з Астанінською декларацією (2018). *Сімейна медицина*. 2019. № 4 (84). URL: <http://family-medicine.com.ua/article/download/185203/184800/411788> (дата звернення: 20.02.2021).

204. Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 8. С. 83–86.

205. Ткачова Н. М. Особливості державної політики забезпечення національної безпеки в сфері охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток* : електрон. видання. 2018. № 2. С. 2–5.

206. Томпсон А. А., Стрикленд А. Дж. Стратегический менеджмент. Искусство разработки и реализации стратегии : учеб. для вузов. / пер. с англ.

под ред. Л. Г. Зайцева, М. И. Соколовой. Москва : Банки и биржи : ЮНИТИ, 1998.

207. Торгалло Т. О. Державні механізми проектування регіонального розвитку в Україні : дис. ... канд. наук з держ. упр. Харків, 2017. 221 с.

208. Фатхутдинов Р. А. Стратегический менеджмент : учеб. для вузов, 7-е изд., испр. и доп. Москва : Дело, 2005. 448 с.

209. Філіпова В. Методологічні принципи розроблення доказової державної політики в галузі освіти. *Публічне управління та адміністрування*. ВІСНИК ХНТУ, 2021. № 1(76). С. 185–190.

210. Філіпова В. Формування та реалізація державної політики в галузі педагогічної освіти України : дис. ... д-ра наук з держ. упр. Херсон ; Харків, 2020. 466 с.

211. Філіппова В. Д. Використання сценарного підходу в процесі формування і реалізації державної політики в галузі педагогічної освіти України. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування* : електрон. наук фахове вид. Херсон, 2014. № 2. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2014_2/7.pdf (дата звернення: 20.02.2021).

212. Філіппова В. Д. Методика розроблення прогностичних сценаріїв процесу формування і реалізації державної політики в галузі педагогічної освіти України. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування* : електрон. наук фахове вид. Херсон, 2015. № 1. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2015_1/24.pdf (дата звернення: 20.02.2021).

213. Філіппова В. Д. Сценарний підхід до формування і реалізації державної політики в Україні в контексті євроінтеграції. *Геополітична стратегія держави кризового суспільства: управлінський вимір* : колект. монографія / за заг. ред. В. В. Толкованова. Київ : НАДУ, 2014. 350 с.

214. Філіппова В. Д. Форсайт-технологія як інструмент формування і реалізації державної політики в галузі педагогічної освіти. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування* : електрон. наук фахове

вид. 2020. № 1. URL: http://el-zbirndu.at.ua/2020_1/30.pdf (дата звернення: 20.02.2021).

215. Філіппова В. Д., Лопушинський І. П. Форсайт-ініціативи розвитку державної політики в галузі педагогічної освіти. 100 ідей для Президента та Уряду України : зб. наук праць (інформ.-аналіт. зб. проєктів у сфері публ. упр.) : у 2 т. / ред. кол.: Н. І. Обушна, А. П. Рачинський, С. К. Хаджирадєва (голова). Київ : НАДУ, 2020. Т. 2. С. 241–246.

216. Форсайт COVID-19: вплив на економіку і суспільство. Світовий центр даних з геоінформатики та сталого розвитку. URL: <http://wdc.org.ua/uk> (дата звернення: 20.02.2021).

217. Форсайт економіки України: середньостроковий (2015–2020 роки) і довгостроковий (2020–2030 роки) часові горизонти / наук керівник проєкту акад. НАН України М. З. Згуровський. Міжнародна рада з науки (ICSU); Комітет із системного аналізу при Президії НАН України; Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут»; Інститут прикладного системного аналізу НАН України і МОН України; Світовий центр даних з геоінформатики та сталого розвитку. 2015. 136 с.

218. Хринюк О., Корчовна М. Технологія ABC-методу розподілу витрат на основі видів діяльності. *Ефективна економіка*: електрон. видання. 2014. № 3. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=2837> (дата звернення: 20.02.2021).

219. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я: порівняльний аналіз. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2014. Вип. 1 (20). С. 133–145.

220. Цедік М. Г. Визначення перспектив застосування регіонального форсайту в системі публічного управління України. *Аспекти публічного управління* : зб. наук праць. Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2016. Вип. № 3 (29). С. 94–100.

221. Цедік М. Г. Розвиток регіонального форсайту як засобу територіального управління : дис. ... канд. наук з держ. упр. Київ, 2016. 205 с.

222. Чалий С., Левикін І. Методи динамічного визначення пріоритетів доступу до ресурсів в задачах прецедентного управління наскрізними бізнес-процесами. *Вісник Національного технічного університету «ХПІ»*. Серія: *Системний аналіз, управління та інформаційні технології*. Харків : НТУ «ХПІ», 2017. № 51 (1272). С. 53–57.

223. Чальцева О. Концепт «публичная политика»: трудности определения. *Грані: політологія*. 2014. № 3 (107). Березень. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/268617281.pdf> (дата звернення: 20.02.2021).

224. Чальцева О. Теоретичні моделі формування публічної політики. *Вісник Львівського університету. Серія філос.-політолог. студії*. 2014. Вип. 5. С. 315–321.

225. Чернов С. В. Комплексна експертиза як складова державного механізму управління регіональним розвитком : дис. ... канд. наук з держ. упр. Одеса, 2019. 175 с.

226. Черномаз В. Ц., Піроженко Н. В. Удосконалення державної політики щодо надання первинної медико-санітарної допомоги: світовий досвід. *Державне будівництво*. 2011. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVu_2011_1_45 (дата звернення: 20.02.2021).

227. Шаров Ю. П. Аналіз SWOT. *Енциклопедія державного управління* : у 8 т. Київ : НАДУ, 2011. Т. 2. 692 с.

228. Шаров Ю. П. Стратегічне планування в муніципальному менеджменті: концептуальні аспекти : монографія. Київ : Вид-во УАДУ, 2001. 302 с.

229. Шостак И. В., Данова М. А. Проблемы комплексной компьютеризации процесса прогнозирования научно-технического развития региона. *Радіоелектронні і комп'ютерні системи*. Харків : ХАІ, 2012. № 7 (59). С. 236–240.

230. Шостак Л. Й. Механізми забезпечення взаємодії суб'єктів державної системи ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій : дис. ... канд. наук з держ. упр. Одеса, 2014. 226 с.

231. Шпикуляк О., Ходаківська О. Концептуальні засади прогнозування економічних процесів за методологією «форсайт». *Modern Economics* : електрон. наук. видання з економ. наук. 2017. № 2. URL: https://modecon.mnau.edu.ua/conceptual_bases_forecasting_of_economic_processes_by_the_methodology_of_forsyte/ (дата звернення: 20.02.2021).

232. Шубін С. П. Теоретико-методологічні засади впровадження політичного маркетингу в державному управлінні України : дис. ... д-ра наук з держ. упр. Київ, 2012. 442 с.

233. Щодо удосконалення регіональних пріоритетів розвитку у процесі модернізації середньострокових стратегій економічного і соціального розвитку регіонів України : аналіт. Записка / Нац. ін-т стратегічних досліджень. URL: <http://old2.niss.gov.ua/articles/1344/> (дата звернення: 20.02.2021).

234. Юристовська Н. Зарубіжний досвід державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 3 (52). Ч. 1. С. 192–199.

235. Яковец Ю. В. Эпохальные инновации XXI века : монографія. Москва : Экономика, 2004. 446 с.

236. Ямненко Т. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Повітряне і космічне право* : юридичний вісник. 2018. № 2. С. 116–120. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npnau_2018_2_18 (дата звернення: 20.02.2021).

237. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток* : електрон. вид. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=1337> (дата звернення: 20.02.2021).

238. Anderson James E. Public Policymaking: An Introduction. Boston. New York, 2003. P. 16–27.

239. Banks, Gary. Evidence-based policy making: What is it? How do we get it? *Australian Government, Productivity Commission*. 2009.

240. Cartwright N., Hardie J. Evidence-Based Policy: A Practical Guide to Doing It Better. Oxford : Oxford University Press, 2012.

241. Alexa J., Recka L., Votapkova J. Ginneken E., Spranger A., Wittenbecher F. Czech Republic: health system review. *Health Syst Transit*. 2015. Vol. 17. № 2. 165 p.

242. Economou C. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010. V. 12. № 7. 177 p.

243. ESRC UK Centre for Evidence Based Policy. URL: <https://www.researchcatalogue.esrc.ac.uk/grants/H141251005/read> (дата звернення: 20.02.2021).

244. Voshko I. Forsite technology in the formation of state medical policy. *KELM (Knowledge, Education, Law, Management)*. Poland. 2020. № 7 (35). P. 175–182.

245. Lasswell H. D. Psychopathology and Politics. Chicago: University of Chicago Press, 1930. 341 p.

246. Lekhan V., Rudyi V., Richardson E. Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010. Vol. 12. № 8. 183 p.

247. Lekhan V. Rudyi V., Shevchenko M., Kaluski D., Richardson E. Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2015. Vol. 17. № 2. 154 p.

248. Marchi G. De, Lucertini G., Tsoukias A. From Evidence-Based Policy Making to Policy Analytics. 2012. In: Working Papers. URL: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00875488/document>(дата звернення: 20.02.2021).

249. Ogata H. Health care delivery system in Japan: features, challenges and perspectives. *Fukuoka Igaku Zasshi*. 2012. Vol. 103 (3). P. 49–58.

250. Oleszczyk, M. et.al. Family medicine in post-communist Europe need a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia. *BMC family practice*? 2012.

251. Popov S. Tendencies of innovative changes in public administration: concepts, administrative reforms, innovations. *Nauka i Studia*. 2013. № 28 (96). S. 62–67.

252. Public – переклад, визначення, синоніми, вимова, транскрипція, антоніми, приклади. Англійсько-український перекладач & словник URL: <https://ua.opentran.net/english-ukrainian/public%20policy.html>(дата звернення: 20.02.2021).

253. Rechel B., Richardson E., Martin M. Trends in health systems in the former Soviet countries. *European Observatory on Health System and Policies*. 2014. 238 p.

254. Rechel B. et al. Lessons from two decades of health reform in Central Asia. *Health policy and planning*. 2012. P. 281–287.

255. Richardson E. Armenia: health system review. *Health Syst Transit*. 2013. Vol. 15. № 7. 99 p.

256. Slavin R. E. Evidence-Based Education Policies: Transforming Educational Practice and Research. *Educational Researcher*. 2002. Vol. 31. № 7. P. 15–21.

257. The U.S. Commission on Evidence-Based Policymaking. URL: <https://www.cep.gov/about.html>(дата звернення: 20.02.2021).

258. Turcanu G., Domete S., Buga M., Richardson E. Republic of Moldova health system review. *Health Syst Transit*. 2012. Vol. 17. № 7. 151 p.

259. V. Vakumenko, S. Popov, A. Butkevich, A. Diegtiar i I. Lahunova 2021. Особливості розвитку механізмів публічного управління аудитом. *Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії та практики*. 2021. Vol. 2 (33). P. 74–83. DOI: <https://doi.org/10.18371/fcaptr.v2i33.206496>.

260. What Works: evidence centres for social policy. URL: <https://www.gov.uk/government/organisations/cabinet-office>(дата звернення: 20.02.2021).

ДОДАТКИ

Додаток А

Список праць здобувача

Публікації, що висвітлюють основні наукові результати дисертації

Статті в наукових фахових виданнях України, що включені до міжнародних наукометричних баз даних

1. Вошко І. В. Сучасні засади державної медичної політики: стратегічний підхід. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 326–334.
2. Бакуменко В. Д., Попов С. А., Вошко І. В. Публічна політика, як предмет практичної діяльності суб'єктів публічної влади. *Державне будівництво*: зб. наук. пр. Харків: ХарРІДУ НАДУ, 2020. Вип. 2. URL: <http://db.journal.kharkiv.ua/index.php/db/issue/archive>. *Особистий внесок здобувачки: обґрунтовано та структуровано публічну політику як предмет політичної діяльності публічної влади.*
3. Попов С., Вошко І. Реформування національних систем охорони здоров'я: актуальні аспекти закордонного досвіду. *Актуальні проблеми державного управління*: зб. наук. пр. ОРІДУ / гол. ред. М. М. Іжа. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2021. Вип. 1 (82). С. 136–141. *Особистий внесок здобувачки: проаналізовано й охарактеризовано зарубіжний досвід реформ національних систем охорони здоров'я.*
4. Вошко І. В. Аналіз державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: проблеми і шляхи їх вирішення. *Право та державне управління*. 2021. № 1. С. 188–195.
5. Бакуменко В. Д., Попов С. А., Вошко І. В. Медична політика держави як об'єкт публічного управління та адміністрування. *Актуальні проблеми державного управління*: зб. наук. пр. Харків: Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2021. № 1 (59). С. 163–172. *Особистий внесок здобувачки:*

обґрунтовано та структуровано механізм управління державною політикою охорони здоров'я в країні (галузі).

6. Вошко І. Особливості реформування систем охорони здоров'я в країнах Європи. *Актуальні проблеми державного управління* : зб. наук. пр. ОРІДУ. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2021. Вип. 2 (83). С. 64–68.

Стаття в зарубіжному періодичному науковому виданні

7. Voshko I. Forsite technology in the formation of state medical policy. *KELM (Knowledge, Education, Law, Management)*. 2020. № 7 (35). P. 175–182.

Публікації, що додатково відображають наукові результати дисертації та засвідчують обов'язкову апробацію матеріалів дисертації

Матеріали конференцій

8. Вошко І. В. Публічна політика і політична діяльність суб'єктів публічної влади. *Державне і муніципальне управління: теорія, методологія, практика* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Запоріжжя, 6–7 березня 2020 р. Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. С. 26–28.

9. Попов С. А., Вошко І. В. Щодо визначення навчальних потреб публічних службовців: методологічний підхід. *Публічне управління: традиції, інновації, глобальні тренди* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю (до 25-річчя заснування інституту), 9 жов. 2020 р. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2020. С. 131–132. *Особистий внесок здобувачки: концептуально охарактеризовано сучасний підхід до визначення навчальних потреб публічних службовців.*

10. Вошко І. Країни ЄС: особливості національних систем охорони здоров'я. *Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України* : матеріали 18-ї Регіон. наук.-практ. конф., 13 трав. 2021 р., м. Дніпро / за заг. ред. Л. Л. Прокопенка. Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2021. С. 15–17.

11. Попов С. А., Вошко І. В. Публічне управління реформою системи охорони здоров'я в Україні: проблеми державної політики і шляхи їх розв'язання. *Розвиток основних напрямів соціогуманітарних наук: проблеми та перспективи* : зб. статей і тез доповідей за матеріалами VIII Всеукр. наук.-

практ. конф. з міжнар. участю (м. Кам'янське, 19–20 травня 2021 р.). Дніпро : ДДТУ, 2021. С. 60–62. *Особистий внесок здобувачки: концептуально охарактеризовано проблеми медичної реформи в Україні і шляхи їх вирішення.*

12. Вошко І. В. Державна політика з реформування системи охорони здоров'я в Україні: інструменти реалізації. *Публічне управління в Україні: історія державотворення, виклики та перспективи* : матеріали XII Наук. інтернет-конф. за міжнар. участю для асп. та докт., 28 трав. 2021 р. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2021. С. 10–13.

13. Вошко І. В. Форсайт-дослідження як інструмент формування образу медичної політики держави. *Розвиток публічного управління в Україні* : наук.-практ. конф. за міжнар. уч. (28 травня 2021 р., м. Львів) / за наук. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2021. С. 75–77.

14. Вошко І. В. Державна політика з реформування системи охорони здоров'я в Україні: основне поле проблем. *Публічне управління та адміністративний менеджмент: сучасні тренди та перспективи* : матеріали Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. Харків : Global Scientific Trends, 2021. С. 33–34.

15. Вошко І. В. Реформи національних систем охорони здоров'я: досвід зарубіжжя для України. *Управління розвитком соціально-економічних систем* : матеріали П'ятої Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. Харків : ХНТУСГ, 2021. С. 55–57.

16. Бакуменко В. Д., Попов С. А., Вошко І. В. Аудит – сучасний інструмент інноваційного розвитку професійного навчання публічних службовців. *Управління розвитком соціально-економічних систем* : матеріали Четвертої Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. Харків : ХНТУСГ, 2020. С. 215–218. *Особистий внесок здобувачки: концептуально розкрито застосування аудиту щодо розвитку професійного навчання публічних службовців.*

17. Вошко І. В. Різноманіття підходів до дослідження медичної політики держави. *Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні* : матеріали VIII Всеукр. наук.-практ. Інтернет-конф. за міжнар. участю, 29 квітня 2021 р. Полтава : Нац. ун-т імені Юрія Кондратюка, 2020. С. 19–21.

18. Попов С. А., Вошко І. В. Механізм управління медичною політикою в просторі України. *Публічне управління XXI століття: погляд у майбутнє* : зб. тез XXI Міжнар. наук. конгресу. Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2021. С. 44–46. doi: 10.34213/mnkongr.2021. *Особистий внесок здобувачки: концептуально охарактеризовано механізм управління державною політикою охорони здоров'я в просторі України.*

Праця, яка додатково відображає наукові результати дисертації

19. Попов С. А., Вошко І. В. Механізми здійснення публічної політики в Україні: аспект надання первинної медичної допомоги : монографія / за заг. ред. С. А. Попова. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2021. 118 с. *Особистий внесок здобувачки: підготовлено вступ, підрозділи 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2*

Додаток Б

Довідки про використання результатів дисертації



ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСНА РАДА

проспект Соборний, 164, м. Запоріжжя, 69107, тел./факс 224-70-71
 e-mail: zor@zor.gov.ua www.zor.gov.ua
 Код ЄДРПОУ 20507422

1801.2020 № 01-38/0075

На № _____ від _____

ДОВІДКА

про використання результатів дисертаційного дослідження аспірантки Класичного приватного університету (м. Запоріжжя) **Вошко Інни Василівни** на тему «*Формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я України*»

Цим документом засвідчується, що результати дисертаційного дослідження аспірантки Класичного приватного університету (м. Запоріжжя) Вошко Інни Василівни на тему «*Формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я України*» були використанні в практичній діяльності Запорізької обласної ради, зокрема, що характеризують:

структуру наявного поля проблем реформування системи охорони здоров'я в Україні, обумовлених теперішніми недосконаlostями державної політики у сфері охорони здоров'я, її інструментального, методичного і кадрового забезпечення реформи як на загально державному, так і регіональному рівнях;

прогалини у нормативно-правових засадах державного механізму управління політикою держави, зокрема у сфері охорони здоров'я; відповідальності політичних суб'єктів публічної влади з питань оновлення засад цього механізму передусім у частині пріоритетів у цій сфері та інструментального забезпечення реформи;

складові у частині забезпечення процесу реформування системи охорони здоров'я як на загально державному, регіональному, так і місцевому рівнях, особливо у частині: вибору виду системи управління реформою, інструментів, «вікна можливостей» і темпів її реалізації; досягнення сприятливого для її проведення суспільного і політико-адміністративного консенсусу.

Голова обласної ради



Олена ЖУК

2020



вих. № 020/016 від 16.09.2020

ДОВІДКА

про використання результатів дисертаційного дослідження аспірантки Класичного приватного університету (м. Запоріжжя) **Вошко Інни Василівни** на тему «*Формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я України*»

Цим документом засвідчується, що результати дисертаційного дослідження аспірантки Класичного приватного університету (м. Запоріжжя) Вошко Інни Василівни на тему «*Формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я України*» були використані в практичній діяльності департаменту охорони здоров'я Запорізької міської ради, зокрема ті, що розкривають теперішню структуру:

- стратегічних орієнтирів публічного управління розвитком засад доказової державної політики у сфері охорони здоров'я, які згруповані за ознаками найвагоміших факторів «розвитку», «захисту», «стримування» і «кризи»;
- пріоритетних напрямів удосконалення публічного управління розвитком засад доказової державної політики у сфері охорони здоров'я, які розподілені у просторі координат: «черговість», «пріоритет», «механізми забезпечення» і «відповідальні суб'єкти».

Для практичного використання також доцільним є запропоновані методики, що забезпечують визначення стратегічних орієнтирів і пріоритетних напрямів удосконалення публічного управління розвитком засад доказової державної політики у сфері охорони здоров'я.

Директор департаменту
охорони здоров'я Запорізької
міської ради



В.В. Ушакова

**Класичний
Приватний
Університет**

Україна, 69002 тел. (061) 764-57-15
м. Запоріжжя, (0612) 63-99-73
Жуковського, 70 "Б" факс (061) 764-57-15
(061) 220-10-02



**CLASSIC
PRIVATE
UNIVERSITY**

70 "B", Zhukovskogo st., tel. (061) 764-57-15
69002 Zaporizhja, (0612) 63-99-73
UKRAINE fax (061) 764-57-15
(061) 220-10-02

№ 51

«09» 03 2021 р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

ВОШКО ІННИ ВАСИЛІВНИ

**на тему: «Формування та реалізація державної політики у сфері охорони
здоров'я України»**

Теоретичні положення дисертаційного дослідження Вошко Інни Василівни на тему «Формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я України» були використані в навчальному процесі Класичного приватного університету при викладанні таких навчальних дисциплін: «Державне управління», «Публічна політика та управління».

Перший проректор
з науково-педагогічної
та наукової роботи



О.В. Покатаєва

Додаток В

Анкета

експертного опитування на тему

«Сучасна державна політика реформування системи охорони здоров'я в Україні»

Шановні колеги! Пропонуємо Вам взяти участь в експертному опитуванні з метою визначення *стратегічних орієнтирів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я* (далі – СОЗ). Ця реформа є надактуальною для сьогодення вітчизняного суспільства, публічного управління та адміністрування (далі – ПУА). Її пріоритетність визначена Указами Президента України, нормативно-правовими актами Верховної Ради України, системи державного управління (далі – СДУ), передусім КМУ і Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ). Останні роки відзначилися певними здобутками, отримано досвід з медичної реформи. Водночас спостерігаються помітна стриманість, невдачі, а іноді явна протидія реалізації державної політики охорони здоров'я (далі – ДПОЗ).

Запропонована анкета є анонімною (*вказувати своє прізвище і підписувати її не потрібно*). Отримані результати мають наукову цінність лише в сукупності.

1. Чи є актуальною, на Вашу думку, ДПОЗ? (*Позначте √ один з варіантів відповіді*).

1. Дуже актуальна
2. Актуальна
3. Більш-менш актуальна
4. Слабка актуальність
5. Неактуальна
6. Інше (*допишіть*) _____

2. Як на Вашу думку, наскільки успішною є реформа СОЗ на теперішній час? *Позначте √ один з варіантів відповіді*.

1. Дуже успішна
2. Успішна
3. Більш-менш успішна
4. Слабка успішність
5. Невдала
6. Інше (*допишіть*) _____

3. Як на Вашу думку, наскільки на теперішній час теорія і практика реформ в Україні є розвиненими? *Позначте √ один з варіантів відповіді*.

1. Високо розвинені
2. Розвинені
3. Більш-менш розвинені
4. Слабко розвинені
5. Нерозвинені
6. Інше (*допишіть*) _____

4. Шановний колего! Як Ви оцінюєте власну компетентність з питань *реалізації ДПОЗ*? *Позначте √ один з варіантів відповіді у рядку*.

Напрями	Рівні				
	Висока (5)	Достатня (4)	Більш-менш (3)	Низька (2)	Відсутня (1)
1. Теоретична підготовка					
2. Практичний досвід					

5. Як Ви вважаєте, чи впливає фактична відсутність державної політики охорони здоров'я і стратегічного бачення майбутньої СОЗ на успішність здійснення теперішньої медичної реформи в Україні? (Позначте \checkmark один з варіантів відповіді).

1. Дуже впливає
2. Впливає
3. Більш-менш впливає
4. Слабко впливає
5. Неактуально
6. Інше (допишіть) _____

6. Як Ви оцінюєте рівень впливу кожного з перелічених нижче видів недоліків на формування загальної сукупності проблем реформування СОЗ (у таблиці відмітьте позначкою \checkmark один з варіантів відповіді у кожному рядку)?

Недоліки в:	Рівні				
	Високий (5)	Достатній (4)	Більш-менш (3)	Низький (2)	Відсутній (1)
1) державному механізмі формування політики держави					
2) державній політиці охорони здоров'я					
3) інструментальному забезпеченні реформи СОЗ					
4) професійній компетентності публічних службовців у медичній сфер					
5) професійній компетентності менеджерів у сфері охорони здоров'я					
Інше:					

7. Як Ви оцінюєте рівень впливу кожного з перелічених у таблиці інструментів на успішність здійснення реформи СОЗ? Відмітьте в таблиці позначкою \checkmark один з варіантів відповіді в кожному рядку.

№	Види інструментів	Рівні				
		Високий (5)	Достатній (4)	Більш-менш (3)	Низький (2)	Відсутній (1)
1.	Аудит ефективності					
2.	Медичний аудит					
3.	Стратегічний менеджмент					
4.	Стратегічний аналіз (SWOT-аналіз)					
5.	Доказовий менеджмент					
6.	Доказова політика					
7.	Верифікація нових розробок					
8.	Образ майбутньої СОЗ					
9.	Форсайт-технологія					
10.	Інноваційний менеджмент					
11.	Механізм якості публічного управління ДПОЗ					
12.	Теорія і практика інновацій в ПУА					
13.	Солідарно-справедливий механізм оплати медичних послуг					
14.	Інше:					

8. Шановний колего, пропонуємо Вам оцінити рівень впливу на успішність здійснення реформи СОЗ зовнішніх можливостей (табл. 1) і загроз (табл. 2), сильних (табл. 3) і слабких (табл. 4) сторін МОЗ.

Будь ласка, виходячи з Вашого досвіду, визначте рівень впливу можливостей на успішність здійснення реформи СОЗ (відмітьте в таблиці 1 позначкою один з варіантів: 5 – найбільш (стратегічно) впливова; 4 – достатньо впливова; 3 – більш-менш впливова; 2 – найменш впливова; 1 – неактуальна).

Таблиця 1

№	Характеристика можливості	Рівень впливу				
		5	4	3	2	1
1.	Активна євроінтеграція України сприяє запозиченню кращого досвіду з реформи СОЗ					
2.	Визнання права кожної людини на здоров'я – нова європейська цінність					
3.	Відносна суспільно-політична стабільність в Україні					
4.	Грантова підтримка країн Заходу – фактор сприяння реформам, у т. ч. у сфері охорони здоров'я					
5.	Домінування СДУ у здійсненні реформ українського суспільства, у т. ч. у сфері охорони здоров'я					
6.	Зорієнтованість вищого керівництва України на сучасні тенденції реформування СОЗ					
7.	Наявність визнаного досвіду з реформування національних СОЗ зарубіжжя, у т. ч. у сфері охорони здоров'я					
8.	Наявність вітчизняного досвіду професійної підготовки публічних службовців					
9.	Наявність вітчизняного досвіду реалізації політики якості у сфері виконавчої влади					
10.	Наявність вітчизняного освітньо-наукового потенціалу, спроможного оволодіти зарубіжним досвідом реформ СОЗ					
11.	Наявність нормативно-правових засад розробки і реалізації державної політики в окремих сферах на засадах стратегічного менеджменту					
12.	Наявність вітчизняного потенціалу, спроможного забезпечити освітньо-наукову підтримку розробки і реалізації сучасної ДПОЗ					
13.	Наявність законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я»					
14.	Наявність механізму бюджетного і інших джерел фінансування медичних послуг					
15.	Наявність розробок з впровадження солідарно-справедливого механізму оплати медичних послуг					
16.	Наявність механізму гарантованого забезпечення медичних послуг					
17.	Наявність механізму лабораторного забезпечення медичних послуг					
18.	Наявність механізму медикаментозного забезпечення медичних послуг					
19.	Наявність теоретико-прикладних засад стратегічного і інноваційного менеджментів в теорії і практиці ПУА					
20.	Наявність політичної волі найвищого керівництва України до реформування СОЗ					
21.	Наявність заходів з посилення стратегічної спроможності СДУ, у т. ч. щодо охорони здоров'я					
22.	Наявність поступового переходу від «держави-опікуна» до «держави-партнера» в ринкових умовах					
23.	Наявність теоретико-прикладних розробок щодо використання форсайт-технологій в ПУА					
24.	Наявність теоретико-прикладних розробок щодо доказової політики					
25.	Наявність чинних державних політик в Україні, заснованих на засадах стратегічного менеджменту					
26.	Розвиток громадянського суспільства, демократизації СДУ – фактор сприяння дієвій участі громадськості у прийнятті і реалізації стратегічних					

№	Характеристика можливості	Рівень впливу				
		5	4	3	2	1
	політико-правових рішень, зокрема щодо охорони здоров'я					
27.	Розвиток експертного середовища – фактор сприяння успішності реформ, у т. ч. у сфері охорони здоров'я					
28.	Розуміння вищим керівництвом необхідності посилення стратегічної спроможності СДУ до формування і реалізації політики держави, у т. ч. щодо охорони здоров'я					

9. Будь ласка, виходячи з Вашого досвіду, визначте рівень впливу загроз як факторів стримування, протидії реформі СОЗ (відмітьте в таблиці 2 позначкою ✓ один з варіантів: 5 – найбільш впливова, катастрофічна; 4 – достатньо впливова; 3 – більш-менш впливова; 2 – слабо впливова; 1 – неактуальна).

Таблиця 2

№	Характеристика загроз	Рівень впливу				
		5	4	3	2	1
1.	В реформі СОЗ не використано стратегічний менеджмент, а застосовано важливий, але другорядний інструментарій: програми, заходи, національний план, дорожня карта, порядок, пілотний проєкт тощо					
2.	Відсутнє активне пропагування відповідальності громадян за своє здоров'я					
3.	Відсутнє активне пропагування впровадження доказової політики в реформі СОЗ					
4.	Відсутнє активне пропагування впровадження політики якості в управлінні СОЗ					
5.	Відсутнє активне пропагування впровадження форсайт-технології в управлінні СОЗ					
6.	Відсутнє єдине стратегічне бачення реформ і проєктів їх реалізації					
7.	Відсутнє законодавче унормування державного стратегічного управління					
8.	Відсутнє методичне забезпечення з розробки ДПОЗ					
9.	Відсутнє методичне забезпечення з розробки загальнодержавних програм					
10.	Відсутнє методичне забезпечення з розробки стратегічного бачення нової СОЗ					
11.	Відсутнє методичне забезпечення розробки стратегії реформування СОЗ					
12.	Відсутня належна технологія формування і реалізації ДПОЗ					
13.	Відсутнє розуміння у суспільстві і фахівців цілей і терміну розбудови СОЗ					
14.	Відсутнє у суспільстві переконання про переваги нової СОЗ					
15.	Відсутнє у суспільстві прозоре уявлення про образ нової СОЗ					
16.	Відсутнє чітке стратегічне бачення нової моделі ДПОЗ					
17.	Відсутній комплексний підхід до реалізації реформи СОЗ					
18.	Відсутній механізм впливу на лікарні за невиконання умов договору з НСЗУ					
19.	Відсутній механізм контролю за якістю надання медпослуг					
20.	Відсутній механізм поновлення порушених прав пацієнтів					
21.	Відсутня мотивація фахівців, зацікавленість державників, політиків, медиків до реформи СОЗ					
22.	Відсутня офіційна стратегія реформи СОЗ					
23.	Відсутня офіційна сучасна ДПОЗ (законопроект «Про засади державної політики охорони здоров'я» відкликано у 2019 р. з Верховної Ради України)					
24.	Відсутня явна зацікавленість суспільства і його пасивність до реформи СОЗ					
25.	Галузевий механізм управління ДПОЗ заснований тільки на державних цільових програмах, а не на стратегіях і загальнодержавних програмах					
26.	Дублювання, нечіткість фінансової і матеріальної звітності, дефіцит фінансування					
27.	За часи незалежності неунормовані принципи, мета, цілі і цінності ДПОЗ					
28.	Загальнодержавний механізм управління ДПОЗ заснований тільки на методи програмування					
29.	Законодавчо обмежена роль МОЗ щодо формування і реалізації ДПОЗ					

№	Характеристика загроз	Рівень впливу				
		5	4	3	2	1
30.	Зростання впливу Росії					
31.	Ігнорування науково доведених, перевірених практикою підходів, форм і методів реформування СОЗ					
32.	Істотна протидія медичній реформі олігархів, коаліційних сил Верховної Ради України, чиновників, інших лобістських суб'єктів					
33.	Надто значні і складні масштабні перетворення СОЗ в Україні					
34.	Наявність політико-адміністративного спротиву новій ДПОЗ і реформі СОЗ					
35.	Невизначений образ майбутньої СОЗ					
36.	Неврегульовані взаємовідносини з екстреною та вторинною допомогою					
37.	Неготовність органів місцевого самоврядування бути ефективними власниками медичних закладів					
38.	Недосконалий механізм забезпечення солідарного фінансування «бюджетної» моделі СОЗ					
39.	Недосконалий механізм забезпечення якості публічного управління СОЗ					
40.	Неузгоджене нормативно-правове забезпечення сільської медицини					
41.	Неузгодженість галузевого і загальнодержавного механізмів формування ДПОЗ					
42.	Неякісна розробка загальнодержавної програми, зокрема з первинної медичної допомоги					
43.	Низький рівень довіри українського суспільства до публічної влади					
44.	Світова пандемія коронавірусу обмежує можливості реформи СОЗ, зокрема фінансово					
45.	Слабка актуалізація організаційно-правових засад з медичного страхування					
46.	Слабка віра експертного середовища в успіх реформи СОЗ					
47.	Слабка інформаційно-роз'яснювальна підтримка і популяризація сутності і необхідності реформи СОЗ в Україні					
48.	Слабка освітньо-наукова і методична підтримка реформи СОЗ України					
49.	Слабка професійно-реформаторська підготовка управлінців відповідно до потреб практики в Україні					
50.	Слабка розвиненість реформаторської культури в Україні					
51.	Слабка співпраця уряду і МОЗ з профільними експертами					
52.	Слабка співпраця уряду і МОЗ з суб'єктами громадськості					
53.	Слабка стратегічна спроможність ПУА до вироблення ефективних політик					
54.	Слабка увага до утвердження ефективної взаємодії публічно-управлінської науки, освіти і практики					
55.	Низький рівень якості державного управління процесами реформи СОЗ					
56.	Слабкий розвиток обов'язкового медичного страхування і його поєднання з бюджетним фінансуванням					
57.	Стрімке падіння довіри у суспільстві до ДПОЗ і її інституційних механізмів					
58.	Теперішня ДПОЗ є застарілою (визначена ще у 2000 р. і жодного разу не змінювалася)					
59.	Фрагментарність і складність нормативно-правового забезпечення					
60.	Чвари і суперечки в коаліційній більшості Верховної Ради України					
61.	Чинна ДПОЗ розуміється як сукупність тільки державних і галузевих пріоритетів					
62.	Чинний державний механізм формування ДПОЗ є недосконалим, оскільки неоновлені засади внутрішньої і зовнішньої політики у сфері охорони здоров'я унаслідок бездіяльності Верховної Ради України, Президента України і Уряду					

10. Будь ласка, виходячи з Вашого досвіду, визначте рівень впливу *сильних сторін МОЗ* як факторів сприяння досягненню цілей реформи СОЗ: (відмітьте в таблиці 3 позначкою √ один з варіантів: 5 – найбільш впливова, стратегічна; 4 – достатньо впливова; 3 – більш-менш впливова; 2 – найменш впливова; 1 – неактуальна).

Таблиця 3

№	Фактори	Рівень впливу				
		5	4	3	2	1
1.	Наявність висококваліфікованого персоналу у складі МОЗ					
2.	Наявність вітчизняного досвіду із посилення спроможності менеджменту у медичних закладах					
3.	Наявність певних реформаторських навичок у публічних службовців і медичних працівників					
4.	Наявність певного вітчизняного досвіду з розробки бачення реформи СОЗ					
5.	Наявність певного досвіду використання сучасних інструментів у реформуванні СОЗ					
6.	Наявність актуалізації політики якості у складі нової СОЗ					
7.	Наявність певного досвіду доказового менеджменту у реформуванні СОЗ					
8.	Наявність певного позитивного вітчизняного досвіду щодо реформи СОЗ					
9.	Наявність певного реформаторського досвіду, у т. ч. державно-управлінського в аспекті реформи СОЗ					
10.	Наявність певної поінформованості керівників, лікарів і пацієнтів про плани і цілі реформи					
11.	Наявність досвідченого і компетентного керівництва МОЗ					
12.	Наявність достатнього власного досвіду з організації і функціонування традиційної СОЗ					
13.	Наявність компетентного керівництва МОЗ					
14.	Наявність легітимної і виключної ролі МОЗ у формуванні і реалізації ДПОЗ					
15.	Наявність механізмів втілення електронної охорони здоров'я					
16.	Наявність механізмів з розвитку інфраструктури: будівлі, транспорт, зв'язок, дороги					
17.	Наявність механізмів забезпечення телемедицини					
18.	Наявність механізмів забезпечення якості медичної допомоги					
19.	Наявність механізмів зовнішньої і внутрішньої комунікації МОЗ і медичного закладу					
20.	Наявність механізмів управління медичним закладом					
21.	Наявність можливості залучення зовнішніх ресурсів до реформування СОЗ					
22.	Наявність національного замовника медичних послуг					
23.	Наявність організаційно-правових засад надання медичних послуг					
24.	Наявність прагнення продовжити реформу СОЗ					
25.	Наявність традиційної СОЗ, яку необхідно реформувати					
26.	Наявність у МОЗ владних компетенцій і повноважень, а також їх легітимність, у т. ч. в аспекті реформи СОЗ					
27.	Наявність у складі МОЗ певного освітньо-наукового потенціалу з питань реформи					
28.	Наявність управлінського досвіду з проведення реформи СОЗ					

11. Будь ласка, виходячи з Вашого досвіду, визначте рівень впливу слабких сторін МОЗ як факторів стримування, протидії реформі СОЗ: (відмітьте у таблиці 4 позначкою ✓ один з варіантів: 5 – найбільш впливова, катастрофічна; 4 – достатньо впливова; 3 – більш-менш впливова; 2 – найменш впливова; 1 – неактуальна).

Таблиця 4

№	Характеристика слабких сторін	Рівень впливу				
		5	4	3	2	1
1.	Брак визнаних державних менеджерів «проривного» характеру					
2.	Брак фінансового забезпечення реформи СОЗ					
3.	Відсутнє прагнення запроваджувати сучасні інструменти менеджменту					
4.	Відсутнє розуміння взаємозв'язку різноманіття процесів реформи СОЗ					
5.	Відсутні комплексні перетворення і чіткість політики, спрямованої на виконання прийнятих політико-правових рішень					
6.	Відсутні професійні реформатори у середовищі публічної служби					

№	Характеристика слабких сторін	Рівень впливу				
		5	4	3	2	1
7.	Відсутні усталені навички реформаторського менеджменту в публічному управлінні охороною здоров'я					
8.	Відсутня реформаторська інфраструктура у системі ПУА охороною здоров'я					
9.	Відсутня система стратегічного управління реформою СОЗ					
10.	Відсутня клієнто орієнтована практика із забезпечення поваги до гідності та особистості пацієнта					
11.	Відсутня належна протидія факторам спротиву реформі СОЗ					
12.	Відсутня належна мотивація медпрацівників (головної рушійної сили) до здійснення реформи СОЗ: недостатня оплата праці, необхідність суттєвої перепідготовки, професійного навчання					
13.	Глибока розбіжність між задекларованими заходами, потребами суспільства (людей, громад і бізнесу) і реальним станом медичної галузі					
14.	Дезорієнтація і глибока криза СОЗ					
15.	Зменшення обсягу фінансування медпослуг, обумовлене проявом епідемії коронавірусу					
16.	Зростання навантаження на сімейних лікарів поряд зі збільшенням оплати праці					
17.	Консервативність керівного складу державного управління					
18.	Мають місце поспішність, фрагментарність, безсистемність і суперечливість дій, непослідовність реформи унаслідок кризи політичного консенсусу щодо стратегічних її пріоритетів і постійний їх перегляд					
19.	Наявна ефективність МОЗ не відповідає сучасним потребам					
20.	Неготовність керівників медичних закладів до реформаторських змін					
21.	Недосконале опрацювання образу нової СОЗ					
22.	Недостатньо навичок діяти в нових умовах СОЗ					
23.	Недостатньо помітні теперішні результати реформи СОЗ					
24.	Недостатня увага до реформаторської освіти в СОЗ					
25.	Недостатня увага охороні громадського здоров'я, протиепідемічним заходам, протидії інфекціям					
26.	Недостатня увага пріоритетним дослідженням щодо реформи СОЗ					
27.	Недостатня увага реформаторсько-орієнтованому підвищенню кваліфікації керівників і працівників у сфері охорони здоров'я					
28.	Недостатня увага розробці і законодавчому унормованню ДПОЗ					
29.	Недостатня увага розробці і законодавчому унормованню стратегії реформування СОЗ					
30.	Нерозуміння лікарями і пацієнтами складових реформи СОЗ					
31.	Низький рівень стратегічного мислення керівництва СДУ і МОЗ, зокрема щодо реформи СОЗ					
32.	Низькі темпи реалізації реформи, її непослідовність і суперечність дій					
33.	Низький рівень кваліфікації керівників і службовців владних структур					
34.	Провальна реалізація реформа СОЗ (п'ята у першій п'ятірці із провальних реформ)					
35.	Слабка мотивація кадрового складу СДУ і МОЗ до реформи СОЗ					
36.	Слабка розвиненість реформаторського потенціалу в СДУ і МОЗ, зокрема низька їх активність у здійсненні реформ					
37.	Слабка участь уряду і МОЗ в управлінні реформами в Україні					
38.	Слабке опрацювання процесу втілення нової СОЗ					
39.	Слабкий рівень популяризації власного, визнаного і затребуваного досвіду реформи СОЗ					
40.	Часта зміна керівництва є фактором спротиву реформі СОЗ унаслідок втрати носіїв напрацьованого досвіду					

Об'єктивні дані респондентів-експертів(підкресліть відповідне)

12. Ваш вік:

1. Старше 60 років

2. 51–60

3. 41–50.

4. 31–40.

5. 18–30

13. Ваша стать: 1. Чоловіча 2. Жіноча

14. Ваша освіта: 1.Неповна вища 3.Повна вища 4.Науковий ступінь

15. Ваша сфера професійних інтересів за посадою (*тільки один варіант*):

- 1.Охорона здоров'я
- 2.Юриспруденція
- 3.Управління
- 4.Освіта
- 5.Технічне забезпечення
- 6.Господарче забезпечення
- 7.Інше (*допишіть*) _____

16. Ваша посада: 1.Керівник 2.Спеціаліст

17. Ваш загальний трудовий стаж:

1. Більше 25 років 2. 16–20 років 3. 10–15 років 4. 4–9 років 5. 1–3 роки

18. Ваш стаж публічної служби (включаючи службу в органах місцевого самоврядування, військову службу тощо)

1. Більше 25 років 2. 20–25 років 3. 16–20 років; 4. 10–15 років 5. 4–9 років 6. 1–3 роки

17. Ваша посада публічної служби відноситься до:

державної служби відповідно за групи «А», «Б» і «В»;

служба в органах місцевого самоврядування за категоріями 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10 11 12 13 14 15

18. Ваш трудовий стаж у медичній галузі (*позначте тільки один варіант*):

1. Більше 25 років 2. 16–20 років 3. 10–15 років 4. 4–9 років 5. 1–3 роки

В цій графі Ви можете записати свої зауваження та пропозиції до розробників анкети:

Щиро дякуємо за плідну співпрацю!

Додаток Г

А. Поле проблем реалізації державної політики з реформування СОЗ
(до підрозділу 1.3)

Таблиця 1

**Систематизоване поле основних проблем
державної політики реформування охорони здоров'я**

<i>I. Проблеми Д(П)П у сфері охорони здоров'я</i>	
1.	Відсутність єдиного стратегічного бачення реформ та проєктів їх реалізації
2.	Відсутність нової, офіційно затвердженої державної політики ОЗ, стратегій і програм її реалізації
3.	Відсутність офіційної стратегії розвитку охорони здоров'я
4.	Відсутність розуміння в суспільстві й середовищі фахівців цілей і терміну розбудови СОЗ
5.	Відсутність стратегічних реформаторських політико-правових рішень
6.	Відсутність чіткого стратегічного бачення нової моделі державної політики охорони здоров'я
7.	Відсутність чіткого стратегічного бачення нової моделі медичного обслуговування
8.	Відхилення законопроєкту «Про засади державної політики охорони здоров'я»
9.	За час незалежності не унормовано принципи, мету, цілі й цінності політики держави ОЗ
10.	Застарілість чинної Державної політики охорони здоров'я (2000 р.)
11.	Невизначений майбутній образ системи охорони здоров'я
12.	Чинна Державна політики ОЗ розуміється як сукупність тільки державних і галузевих пріоритетів

Таблиця 2

**Систематизоване поле основних проблем
державної політики реформування охорони здоров'я**

<i>II. Проблеми державного механізму управління Д(П)П у сфері охорони здоров'я</i>	
1.	Бездіяльність Верховної Ради України, Президента України і Кабінету Міністрів України щодо оновлення засад внутрішньої і зовнішньої політики
2.	Відсутність методичного забезпечення з розробки Д(П)П у сфері охорони здоров'я
3.	Відсутність методичного забезпечення з розробки загальнодержавних програм
4.	Відсутність методичного забезпечення з розробки стратегічного бачення нової СОЗ
5.	Відсутність механізмів поновлення порушених прав пацієнтів
6.	Відсутність механізму державного впливу на лікарні за невиконання умов договору з НСЗУ
7.	Відсутність механізму контролю держави за якістю надання медичних послуг
8.	Відсутність порядку і методичного забезпечення розробки стратегії
9.	Галузевий механізм управління державною політикою заснований тільки на державних цільових програмах, а не загальнодержавних програмах
10.	Дублювання, нечіткість фінансової й матеріальної звітності, дефіцит фінансування
11.	Значний вплив олігархів на прийняття політичних рішень
12.	Зростання впливу Росії
13.	Істотний вплив лобістських груп на прийняття політичних рішень
14.	Наявність політико-адміністративного спротиву реформі системі охорони здоров'я, зокрема із запровадження сучасної політики держави

II. Проблеми державного механізму управління Д(П)П у сфері охорони здоров'я	
15.	Недосконалість державного механізму формування Державної (публічної) політики, зумовлена відсутністю оновлення пріоритетів внутрішньої політики держави у сфері охорони здоров'я
16.	Неузгоджене нормативно-правове забезпечення сільської медицини
17.	Неузгодженість галузевого і загальнодержавного механізмів формування Д(П)П у сфері ОЗ
18.	Нормативно-правова фрагментарність і складність
19.	Слабка співпраця уряду з суб'єктами громадськості, профільними експертами
20.	Слабка стратегічна спроможність публічної влади до вироблення ефективних політик
21.	Слабкий розвиток обов'язкового медичного страхування і його поєднання з бюджетним фінансуванням
22.	Чвари і суперечки в коаліційній більшості ВРУ

Таблиця 3

**Систематизоване поле основних проблем
державної політики реформування охорони здоров'я**

III. Проблеми реалізації реформи системи охорони здоров'я	
1.	Відсутні комплексні перетворення і чіткість політики, спрямованої на виконання прийнятих рішень
2.	Відсутність клієнтоорієнтованої практики із забезпечення поваги до гідності та особистості пацієнта
3.	Відсутність мотивації фахівців, зацікавленості державників, політиків, медиків і пацієнтів
4.	Відсутність розуміння взаємозв'язку різноманіття складних процесів з реформування ОЗ
5.	Відсутність явно вираженої зацікавленості суспільства у медичній реформі
6.	Глибока розбіжність між задекларованим, потребами суспільства (людей, громад і бізнесу), а також реальним станом справ у медичній галузі
7.	Дезорієнтація і глибока криза системи охорони здоров'я.
8.	Зменшення обсягу фінансування медпослуг, зумовлене проявом епідемії коронавірусу
9.	Зростання навантаження на лікарів первинної медичної ланки поряд зі збільшенням оплати праці
10.	Наявність поспішності, фрагментарності, безсистемності і суперечливих дій, непослідовності реформ унаслідок кризи політичного консенсусу щодо стратегічних пріоритетів реформи і постійний їх перегляд
11.	Неврегульовані взаємовідносини з екстреною та вторинною допомогою
12.	Недостатньо навичок діяти в нових умовах системи охорони здоров'я
13.	Недостатньо помітними є результати теперішньої влади щодо реформи охорони здоров'я
14.	Недостатня увага до охорони громадського здоров'я, протиепідемічних заходів, протидії інфекціям
15.	Нерозуміння лікарями й пацієнтами складових реформи охорони здоров'я
16.	Низькі темпи реалізації реформи, її непослідовність і суперечність дій
17.	Провальна реалізація реформа охорони здоров'я (п'ята у першій п'ятірці з провальних реформ)
18.	Протидія олігархів, коаліційних сил ВРУ, чиновників, інших суб'єктів реформі ОЗ
19.	Слабка віра експертного середовища в успіх реформи охорони здоров'я
20.	Слабка участь уряду в управлінні реформами в Україні
21.	Слабкий темп здійснення реформ в Україні
22.	Стрімке падання довіри до політики держави з охорони здоров'я і її інституційних механізмів

**Систематизоване поле основних проблем
державної політики реформування охорони здоров'я**

IV. Проблеми кадрового й інструментального забезпечення реалізації Д(П)П охорони здоров'я	
1.	Низький рівень кваліфікації керівників і службовців владних структур
2.	Відсутність професійних реформаторів у середовищі публічної служби
3.	Неготовність органів місцевого самоврядування бути ефективними власниками медичних закладів
4.	Недостатньо навичок діяти в нових умовах системи охорони здоров'я
5.	Неготовність керівників медичних закладів до реформаторських змін
6.	Використання у реформуванні охорони здоров'я важливого, але другорядного (не стратегічного) інструментарію: програми, заходи, національний план, дорожня карта, порядок, положення, регламент, пілотний проект тощо
7.	Ігнорування науково доведеними, перевіреними практикою підходів, форм і методів реформування системи охорони здоров'я
8.	Відсутність застосування інструментів сучасного державного менеджменту, зокрема стратегічного і програмного менеджменту
9.	Державний менеджмент реалізації чинної Державної політики охорони здоров'я заснований тільки на методі програмування
10.	Неякісна розробка загальнодержавної програми щодо первинної медичної допомоги

В. Основні результати онлайн опитування

Таблиця 1

Відповіді на питання:

1. Чи є актуальною, на Вашу думку, державна політика охорони здоров'я?		2. Як на Вашу думку, наскільки успішною нині є реформа системи охорони здоров'я?		3. Як на Вашу думку, наскільки нині розвиненими є теоретико-прикладні засади реформ в Україні?				
1.	Дуже актуальна	49,1%	1.	Дуже успішна	2,7%	1.	Високо розвинені	0,9%
2.	Актуальна	40,1%	2.	Успішна	3,6%	2.	Розвинені	5,5%
3.	Більш-менш актуальна	6,4%	3.	Більш-менш успішна	40%	3.	Більш-менш розвинені	30,9%
4.	Слабко актуальна	1,8%	4.	Слабко успішна	42,7%	4.	Слабко розвинені	52,7%
5.	Неактуальна	1,8%	5.	Невдала	10,9%	5.	Нерозвинені	10%

Таблиця 2

Відповіді на питання:

1. Як Ви вважаєте, чи стримує успішне здійснення теперішньої медичної реформи фактична відсутність державної політики охорони здоров'я в Україні?		2. Як Ви вважаєте, чи стримує успішне здійснення теперішньої медичної реформи фактична відсутність стратегічного бачення образу майбутньої СОЗ в Україні?			
1.	Дуже стримує	53,6%	1.	Дуже стримує	54,1%
2.	Стимує	37,3%	2.	Стимує	38,5%
3.	Більш-менш стримує	4,5%	3.	Більш-менш стримує	5,5%
4.	Слабко стримує	4,5%	4.	Слабко стримує	1,8%
5.	Неактуально	0,1%	5.	Неактуально	0,1%

Таблиця 3

Відповіді на питання:

Як Ви оцінюєте рівень впливу кожного з перелічених нижче недоліків на формування проблем реформування СОЗ?						
№	А. Недоліки в державній політиці охорони здоров'я		Б. Недоліки в державному механізмі формування політики держави			
	<i>Рівень впливу</i>		<i>Рівень впливу</i>			
1.	Високий вплив	56,4%	Високий вплив	46,4%		
2.	Достатній вплив	26,4%	Достатній вплив	31%		
3.	Більш-менш впливає	11,8%	Більш-менш впливає	16,4%		
4.	Слабко впливає	5,5%	Слабко впливає	0,63%		
5.	Відсутній вплив	0%	Відсутній вплив	0%		
№	В. Недоліки в інструментальному забезпеченні реформи СОЗ		Г. Недоліки в професійній компетентності менеджерів у сфері охорони здоров'я		Д. Недоліки в професійній компетентності публічних службовців у сфері охорони здоров'я	
	<i>Рівень впливу</i>		<i>Рівень впливу</i>		<i>Рівень впливу</i>	
1.	Високий вплив	44,5%	Високий вплив	43%	Високий вплив	42%
2.	Достатній вплив	34,5%	Достатній вплив	35,5%	Достатній вплив	36,4%
3.	Більш-менш впливає	13,6%	Більш-менш впливає	16,4%	Більш-менш впливає	15,5%
4.	Слабко впливає	7,3%	Слабко впливає	5,5%	Слабко впливає	6,4%
5.	Відсутній вплив	0%	Відсутній вплив	0%	Відсутній вплив	0%

Таблиця 4

Відповіді на питання:

Як Ви оцінюєте рівень впливу кожного з перелічених нижче недоліків на формування проблем реформування СОЗ?							
№	Зміст недоліку	Рівень впливу, %					
		Високий + достатній	Високий	Достатній	Більш-менш	Слабкий	Відсутній
1.	Недоліки в державній політиці охорони здоров'я	82,8	56,4	26,4	11,8	5,5	0
2.	Недоліки в інструментальному забезпеченні реформи системи охорони здоров'я	79	44,5	34,5	13,6	7,3	0
3.	Недоліки в професійній компетентності менеджерів у сфері охорони здоров'я	78,5	43	35,5	16,4	5,5	0
4.	Недоліки в професійній компетентності публічних службовців у сфері охорони здоров'я	78,4	42	36,4	15,5	6,4	0
5.	Недоліки в державному механізмі формування політики держави	77,4	46,4	31	16,4	0,63	0

Таблиця 5

Вплив управлінських інструментів на успішність реформи системи охорони здоров'я

№	Найменування інструменту	Рівень впливу інструменту, %				
		Високий	Достатній	Більш-менш	Слабкий	Відсутній
1.	Доказова політика	56,4	19,1	11,8	10,9	1,8
2.	Образ майбутньої СОЗ	48,2	22,7	19,1	7,3	2,7
3.	Стратегічний менеджмент	43,6	31	16,3	8,18	0,11
4.	Форсайт-технологія	42,0	29,1	24,5	8,2	1,8
5.	Стратегічний аналіз	41,0	35,5	17,3	5,5	1
6.	Теорія і практика реформ і інновацій у публічному управлінні	37,7	32,7	19,1	10	1
7.	Верифікація нових розробок	34,5	26,4	22,7	13,6	2,7
8.	Механізм якості публічного управління ДПОЗ	33,6	31	28,2	6,4	1
9.	Доказовий менеджмент	33,6	35,5	23,6	5,5	1,8
10.	Інноваційний менеджмент	32,7	34,5	22,7	8,2	1,8
11.	Медичний аудит	31,0	22,7	34,5	11,8	0
12.	Солідарно-справедливий механізм оплати медичних послуг	30,0	38,2	21,8	8,2	2
13.	Аудит ефективності	26,4	27,3	39,1	7,3	0

Таблиця 6

Відповіді на питання:

№	Зміст питання	Рівень знань/досвіду, %					
		Високий+достатній	Високий	Достатній	Більш-менш	Слабкий	Відсутній
1.	Як Ви оцінюєте власний рівень теоретичної підготовки з питань реалізації державної політики охорони здоров'я?	44	10	34	46,4	9,1	0,1
2.	Як Ви оцінюєте власний рівень практичного досвіду з питань реалізації державної політики охорони здоров'я?	40	12,7	27,3	32,7	20	4,5

**Вплив зовнішніх МОЖЛИВОСТЕЙ на успішність здійснення реформи СОЗ:
аспект державної політики**

№	Зміст можливості	Рівень впливу можливостей, %					
		Найбільш + достатньо впливові	Найбільш впливова (стратегічна)	Достатньо впливова	Більш-менш впливова	Найменш впливова	Неактуальна
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Наявність політичної волі найвищого керівництва України до реформування СОЗ	77,3	56,4	21	13,6	5,5	3,6
2.	Наявність заходів з посилення стратегічної спроможності державного управління, зокрема щодо охорони здоров'я	74,5	37,3	37,3	20	2,7	2,7
3.	Наявність законопроекту «Про засади державної політики охорони здоров'я»	74,5	32,7	42	17,3	6,4	2
4.	Розуміння вищим керівництвом необхідності посилення стратегічної спроможності державного управління, зокрема щодо державної політики реформування СОЗ	71,8	41	31	18,2	4,5	5,5
5.	Наявність вітчизняного досвіду професійної підготовки публічних службовців	74	33	41	17,3	6,4	3
6.	Наявність теоретико-прикладних розробок щодо використання форсайт-технологій в ПУА	73	31	42	17,3	5,5	4,5
7.	Зорієнтованість вищого керівництва України на сучасні тенденції реформування СОЗ	69,1	41,8	27,3	21	8,2	1,8
8.	Наявність теоретико-прикладних засад стратегічного й інноваційного менеджменту в теорії та практиці ПУА	70	35,5	34,5	22,7	5,5	1,8
9.	Наявність унормованих засад розробки й реалізації державної політики в окремих сферах на засадах стратегічного менеджменту	67,3	34,5	32,7	26,4	3,6	2,7
10.	Наявність чинних державних політик в Україні, заснованих на засадах стратегічного менеджменту	68,2	26,4	42	19,1	8,2	4,5
11.	Розвиток експертного середовища як фактора сприяння успішності реформ, у т. ч. у сфері охорони здоров'я	68,2	26,4	42	19,1	5,5	4,5
12.	Наявність механізму гарантованого забезпечення медичних послуг	63,6	36,4	27,3	26,4	7,3	2,7
13.	Наявність механізму бюджетного й інших джерел фінансування медичних послуг	63,6	34,5	29,1	26,4	6,4	3,6

Продовження табл. 7

1	2	3	4	5	6	7	8
14.	Визнання права кожної людини на здоров'я – нова європейська цінність	63,6	33	31	21	14,5	1
15.	Наявність теоретико-прикладних розробок щодо доказової політики	63,6	30	33,6	23,6	8,2	4,5
16.	Домінування державного управління у здійсненні реформ українського суспільства, у т. ч. у сфері охорони здоров'я	61,8	28,2	33,6	30	4,5	3,6
17.	Наявність визнаного досвіду з реформування національних СОЗ зарубіжжя	62,7	26,4	36,4	29,1	5,5	2,7
18.	Наявність вітчизняного освітньо-наукового потенціалу, спроможного оволодіти досвідом реформ СОЗ зарубіжжя	62	33	29,1	33,6	2,7	2
19.	Наявність розробок щодо впровадження солідарно-справедливого механізму оплати медичних послуг	61	32	29,1	27,3	8,2	3,6
20.	Відносна суспільно-політична стабільність в Україні	58,2	33,6	24,5	21	17,3	3,6
21.	Наявність механізму лабораторного забезпечення медичних послуг	56,4	33,6	22,7	23,6	18,2	1,8
22.	Наявність механізму медикаментозного забезпечення медичних послуг	56,4	33,6	22,7	26,4	16,4	1
23.	Наявність вітчизняного потенціалу, спроможного забезпечити освітньо-наукову підтримку розробки і реалізації сучасної ДПОЗ	60	33	27,3	33	4,5	2,7
24.	Наявність поступового переходу «держави-опікуна» до «держави-партнера» в ринкових умовах	60	29,1	31	18,2	15,5	6,4
25.	Наявність вітчизняного досвіду реалізації політики якості у виконавчій владі	58,2	26,4	31,8	29,1	9,1	3,6
26.	Грантова підтримка країн Заходу як фактор сприяння реформам, у т. ч. у сфері охорони здоров'я	57,3	26,4	31	32,7	5,5	4,5
27.	Розвиток громадянського суспільства, демократизації державного управління як фактор сприяння дієвій участі громадськості у прийнятті і реалізації стратегічних політико-правових рішень, зокрема щодо охорони здоров'я	58,2	24,5	33,6	31	4,5	6,4
28.	Активна євроінтеграція України щодо запозичення кращого досвіду з реформи СОЗ	50	22,7	27,3	39,1	8,2	2,7

Вплив зовнішніх ЗАГРОЗ на успішність здійснення реформи системи охорони здоров'я

№	Зміст загрози	Рівень впливу загроз, %					
		Найбільш + достатньо впливові	Найбільш впливова (катастрофічна)	Достатньо впливова	Більш-менш впливова	Найменш впливова	Неактуальна
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Відсутнє єдине стратегічне бачення реформ і проєктів їх реалізації	86,4	46,4	40	13,6	0,0	0,0
2.	Чинна ДПОЗ розуміється як сукупність тільки державних і галузевих пріоритетів	83,6	45,4	38,2	14,5	3,6	0,0
3.	Відсутнє чітке стратегічне бачення нової моделі ДПОЗ	82,7	53,6	29,1	16,4	0,9	0,0
4.	Часта зміна керівництва є фактором спротиву реформі СОЗ унаслідок втрати носіїв напрацьованого досвіду	81,8	48,2	33,6	18,2	0,0	0,0
5.	Відсутня офіційна сучасна ДПОЗ (законопроект «Про засади державної політики охорони здоров'я» відкликано у 2019 р. з Верховної Ради України)	81,8	46,4	37,3	14,5	1,8	0,0
6.	Відсутня офіційна стратегія реформи СОЗ	81	54,5	26,4	18,2	0,9	0,0
7.	В реформі СОЗ не використано стратегічний менеджмент, а застосовано важливий, але другорядний інструментарій: програми, заходи, національний план, дорожня карта, порядок, пілотний проєкт тощо	81	40,0	40,9	18,2	0,0	0,9
8.	Слабка стратегічна спроможність ПУА до вироблення ефективних політик	81	33,6	47,3	19,1	0,0	0,0
9.	Брак фінансового забезпечення реформи СОЗ	81	50,0	30,9	16,4	2,7	0,0
10.	Відсутнє методичне забезпечення з розробки стратегічного бачення нової СОЗ	80	39,1	40,9	20,0	0,0	0,0
11.	Чинний державний механізм формування ДПОЗ є недосконалим, оскільки неоновлені засади внутрішньої і зовнішньої політики у сфері охорони здоров'я внаслідок бездіяльності Верховної Ради України, Президента України і Уряду	80	36,4	43,6	16,4	3,6	0,0
12.	Відсутнє законодавче унормування державного стратегічного управління	80	45,5	34,5	19,1	0,9	0,0
13.	Відсутня мотивація фахівців, зацікавленість державників, політиків, медиків до реформи СОЗ	80	40,9	39,1	19,1	0,9	0,0
14.	Відсутнє методичне забезпечення розробки стратегії реформування СОЗ	79,1	40,0	39,1	20,0	0,9	0,0
15.	Відсутня належна технологія формування і реалізації ДПОЗ	79,1	38,2	40,9	20,0	0,9	0,0

1	2	3	4	5	6	7	8
16.	Галузевий механізм управління ДПОЗ заснований тільки на державних цільових програмах, а не на стратегіях і загальнодержавних програмах	79,1	38,2	40,9	20,0	0,9	0,0
17.	Невизначений образ майбутньої СОЗ	78,2	42,7	35,5	20,0	1,8	0,0
18.	Чвари й суперечки в коаліційній більшості Верховної Ради України	70,9	35,5	35,5	23,6	3,6	1,8
19.	Відсутнє методичне забезпечення з розробки загальнодержавних програм	70,9	29,1	41,8	28,2	0,0	0,9
20.	Слабка увага до утвердження ефективної взаємодії публічно-управлінської науки, освіти і практики	70,0	32,7	37,3	26,4	2,7	0,9
21.	Стрімке падіння довіри в суспільстві до ДПОЗ і її інституційних механізмів	69,1	30,9	38,2	25,5	4,5	0,9
22.	Слабка співпраця уряду та МОЗ із суб'єктами громадськості	69,1	27,3	41,8	27,3	3,6	0,0
23.	Відсутній механізм контролю за якістю надання медпослуг	68,2	27,3	40,9	20,9	10,9	0,0
24.	Слабка віра експертного середовища в успіх реформи СОЗ	68,2	27,3	40,9	27,3	3,6	0,9
25.	Фрагментарність і складність нормативно-правового забезпечення	67,3	32,7	34,5	24,5	8,2	0,0
26.	Недосконалий механізм забезпечення солідарного фінансування «бюджетної» моделі СОЗ	66,4	31,8	34,5	31,8	1,8	0,0
27.	Низький рівень довіри українського суспільства до публічної влади	66,4	30,0	36,4	30,0	3,6	0,0
28.	Відсутнє активне пропагування впровадження політики якості в управлінні СОЗ	66,4	24,5	41,8	31,8	1,8	0,0
29.	Відсутнє активне пропагування впровадження форсайт-технології в управлінні СОЗ	66,4	24,5	41,8	30,9	2,7	0,0
30.	Неузгоджене нормативно-правове забезпечення сільської медицини	65,5	34,5	30,9	26,4	8,2	0,0
31.	Дублювання, нечіткість фінансової і матеріальної звітності, дефіцит фінансування	64,5	35,5	29,1	29,1	6,4	0,0
32.	Неготовність органів місцевого самоврядування бути ефективними власниками медичних закладів	64,5	33,6	30,9	30,0	5,5	0,0
33.	Недосконалий механізм забезпечення якості публічного управління СОЗ	64,5	31,8	32,7	30,0	5,5	0,0
34.	Світова пандемія коронавірусу обмежує можливості реформи СОЗ, зокрема фінансово	64,5	22,7	41,8	34,5	0,9	0,0
35.	Слабкий розвиток обов'язкового медичного страхування і його поєднання з бюджетним фінансуванням	63,6	34,5	29,1	26,4	9,1	0,9
36.	Відсутній механізм поновлення порушених прав пацієнтів	62,7	30,9	31,8	24,5	12,7	0,0
37.	Слабка актуалізація організаційно-правових засад з медичного страхування	62,7	28,2	34,5	28,2	9,1	0,0
38.	Неврегульовані взаємовідносини з екстреною та вторинною допомогою	61,8	30,9	30,9	22,7	14,5	0,9
39.	Неякісна розробка загальнодержавної програми, зокрема з первинної медичної допомоги	61,8	24,5	37,3	24,5	13,6	0,0

1	2	3	4	5	6	7	8
40.	Відсутнє активне пропагування відповідальності громадян за своє здоров'я	60,9	31,8	29,1	33,6	5,5	0,0
41.	Відсутній механізм впливу на лікарні за невиконання умов договору з НСЗУ	59,1	27,3	31,8	26,4	14,5	0,0
42.	Зростання впливу Росії	35,5	12,7	22,7	29,1	20,0	15,5
43.	Чвари і суперечки в коаліційній більшості Верховної Ради України	71	39	39	26	4	2
44.	Відсутнє методичне забезпечення з розробки загальнодержавних програм	71	32	46	31	0	1
45.	Слабка увага до утвердження ефективної взаємодії публічно-управлінської науки, освіти і практики	70	36	41	29	3	1
46.	Стрімке падіння довіри у суспільстві до ДПОЗ і її інституційних механізмів	69,1	34	42	28	5	1
47.	Слабка співпраця уряду і МОЗ з суб'єктами громадськості	69,1	30	46	30	4	0
48.	Відсутній механізм контролю за якістю надання медпослуг	68,2	30	45	23	12	0
49.	Слабка віра експертного середовища в успіх реформи СОЗ	68,2	30	45	30	4	1
50.	Фрагментарність і складність нормативно-правового забезпечення	67,3	36	38	27	9	0
51.	Недосконалий механізм забезпечення солідарного фінансування «бюджетної» моделі СОЗ	66,4	35	38	35	2	0
52.	Низький рівень довіри українського суспільства до публічної влади	66,4	33	40	33	4	0
53.	Відсутнє активне пропагування впровадження політики якості в управлінні СОЗ	66,4	27	46	35	2	0
54.	Відсутнє активне пропагування впровадження форсайт-технології в управлінні СОЗ	66,4	27	46	34	3	0
55.	Неузгоджене нормативно-правове забезпечення сільської медицини	65,5	38	34	29	9	0
56.	Дублювання, нечіткість фінансової і матеріальної звітності, дефіцит фінансування	64,5	39	32	32	7	0
57.	Неготовність органів місцевого самоврядування бути ефективними власниками медичних закладів	64,5	37	34	33	6	0
58.	Недосконалий механізм забезпечення якості публічного управління СОЗ	64,5	35	36	33	6	0
59.	Світова пандемія коронавірусу обмежує можливості реформи СОЗ, зокрема фінансово	64,5	25	46	38	1	0
60.	Слабкий розвиток обов'язкового медичного страхування і його поєднання з бюджетним фінансуванням	63,6	38	32	29	10	1
61.	Відсутній механізм поновлення порушених прав пацієнтів	62,7	34	35	27	14	0
62.	Слабка актуалізація організаційно-правових засад з медичного страхування	62,7	31	38	31	10	0
63.	Неврегульовані взаємовідносини з екстреною та вторинною допомогою	61,8	34	34	25	16	1
64.	Неякісна розробка Загальнодержавної програми, зокрема з первинної медичної допомоги	61,8	27	41	27	15	0

Продовження табл. 8

1	2	3	4	5	6	7	8
65.	Відсутнє активне пропагування відповідальності громадян за своє здоров'я	61	35	32	37	6	0
66.	Відсутній механізм впливу на лікарні за невиконання умов договору з НСЗУ	59,1	30	35	29	16	0
67.	Зростання впливу Росії	35,5	14	25	32	22	17

Таблиця 9

Вплив СИЛЬНИХ СТОРІН на успішність здійснення реформи системи охорони здоров'я

№	Зміст сильних сторін	Найбільший + достатній %	Рівень впливу, %				
			Найбільш впливова (стратегічна)	Достатньо впливова	Більш-менш впливова	Найменш впливова	Неактуальна
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Наявність висококваліфікованого персоналу у складі МОЗ	77,3	50,0	27,3	17,3	2,7	2,7
2.	Наявність компетентного керівництва МОЗ	77,3	45,5	31,8	15,5	6,4	0,9
3.	Наявність легітимної і виключної ролі МОЗ в формуванні і реалізації ДПОЗ	77,3	40,9	36,4	15,5	6,4	0,9
4.	Наявність досвідченого і компетентного керівництва МОЗ	76,4	46,4	30,0	17,3	5,5	0,9
5.	Наявність у МОЗ владних компетенцій і повноважень, а також їх легітимність, у т. ч. в аспекті реформи СОЗ	76,4	44,5	31,8	19,1	4,5	0,0
6.	Наявність певного реформаторського досвіду, у т. ч. державно-управлінського в аспекті реформи СОЗ	76,4	28,2	48,2	19,1	4,5	0,0
7.	Наявність прагнення продовжити реформу СОЗ	76,4	35,5	40,0	20,9	3,6	0,0
8.	Наявність певного досвіду використання сучасних інструментів у реформуванні СОЗ	74,5	35,5	39,1	20,9	3,6	0,9
9.	Наявність певного позитивного вітчизняного досвіду реформування СОЗ, у т. ч. управлінського	74,5	32,7	41,8	17,3	6,4	1,8
10.	Наявність певних реформаторських навичок у публічних службовців і медичних працівників	72,7	37,3	35,5	22,7	3,6	0,9
11.	Наявність можливості залучення зовнішніх ресурсів до реформування СОЗ	72,7	26,4	46,4	21,8	5,5	0,0
12.	Наявність певного вітчизняного досвіду з розробки бачення реформи СОЗ	71	37,3	33,6	24,5	3,6	0,9
13.	Наявність певного досвіду доказового менеджменту у реформуванні СОЗ	71	29,1	41,8	23,6	5,5	0,0

Продовження табл. 9

1	2	3	4	5	6	7	8
14.	Наявність національного замовника медичних послуг	68,2	32,7	35,5	27,3	3,6	0,9
15.	Наявність певної поінформованості керівників, лікарів і пацієнтів про плани і цілі реформи	67,3	27,3	40,0	20,9	11,8	0,0
16.	Наявність у складі МОЗ певного освітньо-наукового потенціалу з питань реформи	66,4	37,3	29,1	24,5	9,1	0,0
17.	Наявність вітчизняного досвіду із посилення спроможності менеджменту у медичних закладах	66,4	30,0	36,4	27,3	5,5	0,9
18.	Наявність механізмів зовнішньої і внутрішньої комунікації МОЗ і медичного закладу	64,5	28,2	36,4	29,1	5,5	0,9
19.	Наявність традиційної СОЗ, яку необхідно реформувати	63,6	28,3	35,5	24,5	10,9	0,9
20.	Наявність достатнього власного досвіду з організації і функціонування традиційної СОЗ	63,6	26,4	37,3	27,3	8,2	0,9
21.	Наявність актуалізації політики якості у складі нової СОЗ	63,6	25,5	38,2	31,8	4,5	0,0
22.	Наявність механізмів забезпечення якості медичної допомоги	62,7	28,2	34,5	30,0	7,3	0,0
23.	Наявність механізмів управління медичним закладом	61	27,3	33,6	30,0	9,1	0,0
24.	Наявність організаційно-правових засад надання медичних послуг	61	25,5	35,5	27,3	11,8	0,0
25.	Наявність механізмів з розвитку інфраструктури: будівництво, транспорт, зв'язок, дороги ...	58,2	29,1	29,1	28,2	10,9	2,7
26.	Наявність механізмів втілення електронної охорони здоров'я	58,2	22,7	35,5	28,2	13,6	0,0
27.	Наявність механізмів забезпечення телемедицини	57,3	19,1	38,2	27,3	14,5	0,9

Таблиця 10

Вплив СЛАБКИХ СТОРІН на успішність здійснення реформи системи охорони здоров'я

№	Зміст слабких сторін	Рівень впливу, %					
		Тільки тут % Найбільш + достатньо	Найбільш впливова (стратегічна)	Достатньо впливова	Більш-менш впливова	Найменш впливова	Неактуальна
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Слабке опрацювання процесу втілення нової СОЗ	87,3	33,6	53,6	17,3	0,9	0,0
2.	Відсутнє прагнення запроваджувати сучасні інструменти менеджменту	82	44,5	37,3	15,5	2,7	0,0

Продовження табл. 10

1	2	3	4	5	6	7	8
3.	Недостатньо навичок діяти в нових умовах СОЗ	82	25,5	56,4	15,5	2,7	0,0
4.	Недостатня увага до розробки законодавчого унормування стратегії реформи СОЗ	82	49,1	32,7	16,4	1,8	0,0
5.	Недостатня увага до розробки законодавчого унормування державної політики охорони здоров'я	80	44,5	35,5	15,5	3,6	0,9
6.	Недосконале опрацювання образу нової СОЗ	80	41,8	38,2	17,3	2,7	0,0
7.	Відсутня належна мотивація медпрацівників (головної рушійної сили) до здійснення реформи СОЗ: недостатня оплата праці, необхідність суттєвої перепідготовки, професійного навчання	80	48,2	31,8	18,2	0,9	0,9
8.	Наявна ефективність МОЗ не відповідає сучасним потребам	80	36,4	43,6	18,2	1,8	0,0
9.	Неготовність керівників медичних закладів до реформаторських змін	79,1	31,8	47,3	19,1	1,8	0,0
10.	Брак визнаних державних менеджерів «проривного» характеру	78,2	50,0	28,2	20,0	1,8	0,0
11.	Відсутні усталені навички реформаторського менеджменту в публічному управлінні охороною здоров'я	78,2	40,9	37,3	18,2	3,6	0,0
12.	Зменшення обсягу фінансування медпослуг, зумовлене проявом епідемії коронавірусу	78,2	33,6	35,5	22,7	8,2	0,0
13.	Недостатня увага до реформаторської освіти в СОЗ	77,3	24,5	52,7	22,7	0,0	0,0
14.	Низький рівень кваліфікації керівників і службовців владних структур	77,3	38,2	39,1	20,9	1,8	0,0
15.	Відсутні професійні реформатори у середовищі публічної служби	76,4	45,5	30,9	20,9	2,7	0,0
16.	Відсутня система стратегічного управління реформою СОЗ	76,4	48,2	28,2	20,9	2,7	0,0
17.	Провальна реалізація реформа СОЗ (п'ята у першій п'ятірці з провальних реформ)	76,4	38,2	38,2	21,8	1,8	0,0
18.	Слабка участь уряду і МОЗ в управлінні реформами в Україні	75,5	33,6	41,8	19,1	5,5	0,0
19.	Відсутня реформаторська інфраструктура в системі ПУА охороною здоров'я	74,5	33,6	40,9	24,5	0,9	0,0
20.	Консервативність керівного складу державного управління	74,5	40,0	34,5	22,7	1,8	0,9
21.	Низький рівень стратегічного мислення керівництва СДУ і МОЗ, зокрема щодо реформи СОЗ	74,5	48,2	26,4	20,9	4,5	0,0
22.	Слабка мотивація кадрового складу СДУ і МОЗ до реформи СОЗ	74,5	39,1	35,5	23,6	0,9	0,9
23.	Слабка розвиненість реформаторського потенціалу в СДУ і МОЗ, зокрема низька їх активність у реформах	74,5	30,0	44,5	23,6	1,8	0,0
24.	Слабкий рівень популяризації власного, визнаного й затребуваного досвіду реформи СОЗ	74,5	35,5	39,1	24,5	0,9	0,0
25.	Недостатньо помітні теперішні результати реформи СОЗ	73,6	27,3	46,4	24,5	1,8	0,0

Продовження табл. 10

1	2	3	4	5	6	7	8
26.	Недостатня увага до реформаторсько-орієнтованого підвищення кваліфікації керівників і працівників у сфері охорони здоров'я	73,6	26,4	47,3	22,7	3,6	0,0
27.	Відсутня міцна протидія факторам спротиву реформі СОЗ	72,7	37,3	35,5	23,6	2,7	0,9
28.	Мають місце поспішність, фрагментарність, безсистемність і суперечливість дій, непослідовність реформи внаслідок кризи політичного консенсусу щодо стратегічних її пріоритетів і постійний їх перегляд	72,7	42,7	30,0	21,8	5,5	0,0
29.	Глибока розбіжність між задекларованими заходами, потребами суспільства (людей, громад і бізнесу), а також реальним станом медичної галузі	69,1	40,0	29,1	25,5	5,5	0,0
30.	Недостатня увага до охорони громадського здоров'я, протиепідемічних заходів, протидії інфекціям	69,1	31,8	37,3	25,5	4,5	0,9
31.	Нерозуміння лікарями й пацієнтами складових реформи СОЗ	69,1	29,1	40,0	25,5	4,5	0,9
32.	Недостатня увага до пріоритетних досліджень з реформування СОЗ	67,3	30,9	36,4	30,9	0,9	0,9
33.	Низькі темпи реалізації реформи, її непослідовність і суперечність дій	67,3	36,4	30,9	23,6	9,1	0,0
34.	Відсутні комплексні перетворення й чіткість політики, спрямованої на виконання прийнятих політико-правових рішень	66,4	33,6	32,7	28,2	5,5	0,0
35.	Відсутнє розуміння взаємозв'язку різноманіття процесів реформи СОЗ	61	28,2	37,3	33,6	0,9	0,0
36.	Зростання навантаження на сімейних лікарів поряд зі збільшенням оплати праці	61	30,9	30,0	21,8	17,3	0,0
37.	Відсутня клієнтоорієнтована практика із забезпечення поваги до гідності та особистості пацієнта	59,1	30,0	29,1	24,5	15,5	0,9
38.	Дезорієнтація й глибока криза СОЗ	59,1	30,0	29,1	29,1	10,9	0,9

Додаток Д

Результати дослідницьких інтерв'ю та інтерв'ю «компетентний експерт»

ЗМІСТ ДОСЛІДНИЦЬКОГО ІНТЕРВ'Ю 1

«Верифікація нових дисертаційних напрацювань»

(Вошко Інни Василівни з Олександром Дмитровичем Корвецьким):

Питання 1: Шановний Олександр Дмитровичу, предметом дисертаційного дослідження *є формування і реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні*. Обрання цього предмету дослідження обумовлена тим, що на теперішній час в Україні чинними є тільки державні і галузеві пріоритети державної політики охорони здоров'я (далі – ДПОЗ) у 2000 році в указі Президента України. Тобто, в Україні відсутня офіційна ДПОЗ. Спроба унормувати законопроект «Про засади ДПОЗ» виявилася невдалою. Як Ви вважаєте чи є актуальним у цьому аспекті є предмет мого дослідження?

Відповідь 1: Безумовно ця проблематика є найактуальнішою для сьогодення. Хоча в Україні вже чимало зроблено у аспекті реформування СОЗ. Проте, відсутність державної політики свідчить, що медична реформа здійснюється без попередньо визначених стратегічних орієнтирів. Тому реформа здійснюється стримано із відставанням від інших країн майже на 20 років. І у цьому аспекті тема дисертаційного дослідження є надто актуальною.

Дякую за відповідь.

Питання 2: Шановний Олександр Дмитровичу, на теперішній час конституційні і нормативно-правові засади визначили загальнодержавний механізм формування і реалізації державної політики, у т. ч. і у сфері охорони здоров'я, де визначені основні суб'єкти політики. На Верховну Раду України покладено тільки законодавче її затвердження. Поряд з цим, галузевий механізм, визначений законом України щодо основ законодавства у сфері ОЗ (чинний з 1992 р.), повністю покладає питання формування ДПОЗ на Верховну Раду України. Тобто, галузевий механізм суперечить загальнодержавному механізму. Чи не вважаєте Ви, що ця суперечність є головною перешкодою на шляху розробки і унормування ДПОЗ?

Відповідь 2. Дійсно, таке протиріччя існує, яке є наслідком порушення порядку (логіки) у часі формування основоположного законодавства в Україні, а саме: унормування основ законодавства у сфері ОЗ випередило у часі фіксацію Конституції України (1996 р.), засад внутрішньої і зовнішньої політики (2010 р.). Оновлення і корегування цього законодавства відноситься до компетенції основних суб'єктів політики держави: Верховної Ради України, Президента України, Кабінету Міністрів України. Це питання необхідно обов'язково урегулювати в законі України «Про засади ДПОЗ».

Дякую за відповідь.

Питання 3: Шановний Олександр Дмитровичу, у поточному році було проведене експертне опитування за участі 110 респондентів (з них більше 70% працівники медичної галузі), за результати якого виявлено поле проблем, які суттєво впливають на успішність здійснення реформи СОЗ в Україні. За рейтингом респонденти розподіли проблеми наступним чином: першорядними визначили проблеми ДПОЗ 82,8% респондентів; 79% вказують на недосконалість інструментального забезпечення реформи; 78,5% і 74,8% – відповідно вказують на неналежний рівень професійної компетентності менеджерів і публічних службовців, задіяних до реформи; 77,4% вказують на недоліки державного механізму формування політики держави. *Наскільки, на Ваш погляд, зазначені експертні оцінки відповідають дійсності?*

Відповідь 3. Вважаю, що із зазначеними експертними оцінками можна погодитися. І насамперед тому, що правильно сформульована державна політика є визначальною, оскільки саме вона має визначати всі інші питання, що вище зазначені проблемними.

Дякую за відповідь.

Питання 4: Шановний Олександр Дмитровичу, у ході дослідження проаналізовано досвід реформ національних СОЗ зарубіжних країн: переважно це досвід країн Європи і СНД. З'ясовано, що визначальними у цих реформах були: соціальна, політична і економічна спроможність країни до реформ; обрана система управління реформою (централізована, децентралізована); належна Стратегія реформ, вибір «вікна можливостей», політичний статус МОЗ в ієрархії виконавчої влади, а також досягнення соціального і політико-адміністративного консенсусу щодо проведення реформи. Незважаючи на вагомість останнього, лише в деяких публікаціях частково про нього згадується.

Наскільки, на Ваш погляд, зазначений зарубіжний досвід є цінними для України?

Відповідь 4. Вважаю, що зазначене є вагомим досвідом, який безумовно потрібно врахувати при розробці і реалізації ДПОЗ в Україні. При цьому необхідно зважити на ціннісні особливості нашого суспільства і його еліти. Щодо соціального і політико-адміністративного консенсусу, то необхідно розробити і запровадити механізми, які б забезпечили сприятливу консолідацію учасників проведення реформи. Окрім того, важливо посилити відповідальність ключових урядовців і їх мотивацію. Це також є досвідом зарубіжних країн.

Дякую за відповідь.

Питання 5: Шановний Олександр Дмитровичу, останнім часом у чинних прикладах державної політики різних видів актуалізується доказова політика. Аналіз цього підходу свідчить, що він передбачає нову методологію до розробки, зокрема ДПОЗ. У ході дослідження запропоновано доказовий трьох етапний підхід до її формування і реалізації, згідно з яким пропонується здійснити: *по-перше*, підготовку і розробку загальних та секторальних засад ДПОЗ за використанням сучасних напрацювань в теорії і практиці; *по-друге*, їх законодавче унормування, що є досить трудомістким процесом; *по-третє*, покрокова реалізація секторальних політик (згідно черговості попередньо визначених пріоритетів), моніторингу і оцінювання реалізації цих політик. *Наскільки, на Ваш погляд, логічним і доцільним є процес формування і реалізації ДПОЗ для України?*

Відповідь 5. Вважаю, що зазначене є сучасним, вагомим і доцільним підходом до розробки і реалізації доказової ДПОЗ. Проте, цей підхід має супроводжуватися відповідним і унормованим методичним забезпеченням. Конкретне застосування цього підходу обумовить необхідність більш поглибленого розвитку методології доказової політики.

Дякую за відповідь.

Питання 6: Шановний Олександр Дмитровичу, останнім часом зростає увага до форсайт-методології в теорії і практиці публічного управління: частково вже використано в реформі СОЗ в Україні.

Чи є, на Ваш погляд, доцільною форсайт-технологія у формуванні і реалізації доказової ДПОЗ?

Відповідь 6. Так, ця технологія все більш і більше привертає увагу у різних аспектах публічного управління. Вона є цінною і для належного формування і оновлення образу нової національної СОЗ у віддаленій перспективі, пріоритетів державної політики, шляхів їх реалізації тощо. Цікавими є розробки щодо її реалізації, оскільки у зарубіжжі завдяки цій технології набули поширення форсайт-програми у сфері охорони здоров'я.

Дякую за відповідь.

Питання 7: Шановний Олександр Дмитровичу, знову про форсайт-методологію. У процесі досліджень сформульовано поняття «форсайт медичної галузі» як *спосіб експертної підтримки прийняття довгострокових (на 10–20 років) політико-правових рішень щодо охорони здоров'я, заснований на систематичному, активному, критичному і широкоформатному дискурсі, використанні продуктивних методів пізнання майбутнього образу державної політики охорони здоров'я і її складових. На скільки, на Ваш погляд, раціонально сформульовано це поняття?*

Відповідь 7. Вважаю, що запропоноване поняття «форсайт медичної галузі» є доцільним і змістовним. Проте, його можна сформулювати більш стисло: вилучити словосполучення «щодо охорони здоров'я». При цьому сутність поняття не зміниться.

Дякую за відповідь.

Питання 8: Шановний Олександр Дмитровичу, у ході дослідження розроблено концептуальну модель форсайт-технології у складі 4-х етапів: організаційний, формування експертного середовища, форсайт-дослідження і верифікації. Ця методологія реалізує 4 функції: «креативність», «експертиза», «взаємодія» і «достовірність».

Наскільки, на Ваш погляд, досконалою є запропонована структура форсайт-технології?

Відповідь 8. Вважаю, що запропонована модель форсайт-технології є доцільною для використання у сфері ОЗ. Проте, її структуру необхідно більш розкрити, оскільки використання цієї методології зазвичай поєднує декілька методів. Тому актуальними для подальших досліджень є: визначення з-поміж відомих методів найбільш продуктивних в конкретних ситуаціях.

Дякую за відповідь.

Питання 9: Шановний Олександр Дмитровичу, у ході дослідження виявлено стратегічні орієнтири розвитку засад ДПОЗ, з-поміж яких *сильними сторонами МОЗ* визначено: легітимні повноваження, його виключна роль у формуванні і реалізації засад ДПОЗ; компетентне керівництво і персонал цього міністерства; наявність реформаторського досвіду, зокрема щодо державного управління з використанням сучасних інструментів.

Наскільки, на Ваш погляд, раціональною і дієвою є структура сильних сторін?

Відповідь 9. Вважаю, що визначені сильні сторони є найбільш вагомими. Їх можна доповнити і іншими, які постануть у певній ситуації також вагомими. Проте, належне застосування кожної із зазначених сильних сторін буде визначатися достатністю їх якості і обсягу, що має постати актуальним для подальших досліджень з розробки відповідної методики.

Дякую за відповідь.

Питання 10: Шановний Олександр Дмитровичу, у ході дослідження виявлено пріоритетні напрями публічного управління розвитком засад ДПОЗ, де *першочерговими* визначено: виявлення переваг, недоліків і проблем впровадження наявного законопроєкту «Про засади ДПОЗ» і чинних прикладів доказових державних політик в інших сферах; ініціювання і розробка МОЗ нового законопроєкту «Про засади доказової ДПОЗ».

Наскільки, на Ваш погляд, раціональною і дієвою є структура цих першорядних пріоритетів?

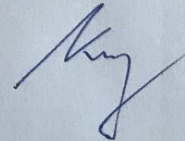
Відповідь 11. Вважаю, що запропоновані пріоритети є своєчасними, доцільними і змістовними. Однак, ці пріоритети реалізувати досить складно без посилення методологічної спроможності МОЗ і залучення зовнішніх інформаційно-аналітичних структур до реалізації цих пріоритетів.

Дякую за відповідь.

Питання 11: Шановний Олександр Дмитровичу, у ході цього дослідницького інтерв'ю було актуалізовано низку нових теоретико-прикладних положень. Виходячи з Вашого досвіду, оцініть за п'ятибальною шкалою (табл. 1) цінність цих напрацювань для теорії, практики і професійного навчання у сфері публічного управління охороною здоров'я, де: 3 – означає «достатньо важлива»; 2 – «більш-менш важлива»; 1 – «найменш важлива».

Нові положення	Рівень цінності		
	3	2	1
Для теорії			
Питання 2. Щодо протиріччя між державним і галузевим механізмами		+	
Питання 3. Щодо рейтингу проблем державної політики реформування СОЗ.	+		
Питання 4. Щодо ключових чинників зарубіжних реформ	+		
Питання 5. Щодо трьох етапної доказової Державної політики охорони здоров'я	+		
Питання 6. Щодо актуальності форсайт-технології в публічному управлінні ОЗ	+		
Питання 7. Щодо поняття «форсайт медичної галузі»	+		
Питання 8. Щодо запропонованої моделі форсайт-технології	+		
Питання 9. Щодо спроможності сильних сторін МОЗ	+		
Питання 10. Щодо спроможності першорядних пріоритетів МОЗ	+		
Для практики			
Питання 2. Щодо протиріччя між державним і галузевим механізмами		+	
Питання 3. Щодо рейтингу проблем державної політики реформування СОЗ.	+		
Питання 4. Щодо ключових чинників зарубіжних реформ	+		
Питання 5. Щодо трьох етапної доказової Державної політики охорони здоров'я		+	
Питання 6. Щодо актуальності форсайт-технології в публічному управлінні ОЗ		+	
Питання 7. Щодо поняття «форсайт медичної галузі»		+	
Питання 8. Щодо запропонованої моделі форсайт-технології		+	
Питання 9. Щодо спроможності сильних сторін МОЗ	+		
Питання 10. Щодо спроможності першорядних пріоритетів МОЗ	+		
Для професійного навчання			
Питання 2. Щодо протиріччя між державним і галузевим механізмами	+		
Питання 3. Щодо рейтингу проблем державної політики реформування СОЗ.	+		
Питання 4. Щодо ключових чинників зарубіжних реформ	+		
Питання 5. Щодо трьох етапної доказової Державної політики охорони здоров'я	+		
Питання 6. Щодо актуальності форсайт-технології в публічному управлінні ОЗ	+		
Питання 7. Щодо поняття «форсайт медичної галузі»	+		
Питання 8. Щодо запропонованої моделі форсайт-технології	+		
Питання 9. Щодо спроможності сильних сторін МОЗ		+	
Питання 10. Щодо спроможності першорядних пріоритетів МОЗ		+	

Дякую за відповідь.



О.Д. Корвецький

ЗМІСТ ДОСЛІДНИЦЬКОГО ІНТЕРВ'Ю 2

«Верифікація нових дисертаційних напрацювань»

(Вошко Інна Василівна з Оксаною Миколаївною Рокунець-Сорочан):

Питання 1: Шановна Оксана Миколаївна, предметом дисертаційного дослідження розглядається *формування і реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні*. Обрання цього предмету дослідження обумовлена тим, що на теперішній час в Україні чинними є тільки державні і галузеві пріоритети державної політики охорони здоров'я (далі – ДПОЗ) у 2000 році в указі Президента України. Тобто, в Україні відсутня оновлена офіційна ДПОЗ у сучасному її розумінні. Спроба унормувати законопроект «Про засади ДПОЗ» виявилася невдалою.

Як Ви вважаєте чи є актуальним у цьому аспекті є предмет мого дослідження?

Відповідь 1: Дійсно, ця проблематика є найактуальнішою для сьогоднішнього, оскільки за 30 років незалежності не унормовано мету, пріоритети, сучасні підходи до формування і реалізації доказової ДПОЗ. Хоча, в Україні вже здійснюється реформа СОЗ. Проте, відсутність офіційної ДПОЗ свідчить, що медична реформа здійснюється без попередньо визначених стратегічних орієнтирів. Тому, реформа здійснюється стримано, відставання від сусідніх країн складає майже 20 років. І у цьому аспекті предмет дисертаційного дослідження є надто актуальним.

Дякую за відповідь.

Питання 2: Шановна Оксана Миколаївна, нині конституційні і нормативно-правові засади визначили загальнодержавний механізм формування і реалізації державної політики, у т. ч. і у сфері охорони здоров'я, де визначені основні суб'єкти цієї політики. Законодавство поклало на Верховну Раду України тільки законодавче її затвердження. Поряд з цим, галузевий механізм, визначений законом України щодо основ законодавства у сфері ОЗ (чинний з 1992 р.), повністю покладає питання формування ДПОЗ на Верховну Раду України. Тобто, галузевий механізм суперечить загальнодержавному механізму.

Чи не вважаєте Ви, що ця суперечність є головною перешкодою на шляху розробки і унормування ДПОЗ?

Відповідь 2. Так, таке протиріччя має місце, яке, на наш, погляд є наслідком порушення логіки (у часі) формування основоположного законодавства в Україні. Дійсно, унормування основ законодавства у сфері ОЗ випередило у часі фіксацію Конституції України (1996 р.), засад внутрішньої і зовнішньої політики (2010 р.). Оновлення і корегування цього законодавства є компетенцією основних суб'єктів політики держави: Верховної Ради України, Президента України, Кабінету Міністрів України. Це питання необхідно обов'язково урегулювати, зокрема в законі України «Про засади ДПОЗ».

Дякую за відповідь.

Питання 3: Шановна Оксана Миколаївна, за результатами експертного опитування (проведене у поточному році за участі 110 респондентів, з них більше 70% працівники медичної галузі) виявлено поле проблем, які суттєво впливають на успішність здійснення реформи СОЗ в Україні. 82,8% респондентів першорядними визначили проблеми ДПОЗ; 79% вказали на недосконалість інструментального забезпечення реформи; 78,5% і 74,8% – відповідно вказали на неналежний рівень професійної компетентності менеджерів і публічних службовців, задіяних до реформи; 77,4% вказують на недоліки механізму формування політики держави. *Наскільки, на Ваш погляд, зазначені експертні оцінки відповідають дійсності?*

Відповідь 3. Із зазначеними експертними оцінками можна погодитися. І передусім тому, що правильно сформульована ДПОЗ є визначальною у здійсненні реформи СОЗ, оскільки саме політика є визначальною, має включати сучасні стратегічні орієнтири, інструменти і шляхи її реалізації. Такий підхід дозволить уникнути суттєвих проблем, прискорить реформу СОЗ.

Дякую за відповідь.

Питання 4: Шановна Оксана Миколаївна, у ході дослідження проаналізовано досвід реформ національних СОЗ зарубіжних країн: переважно це досвід країн Європи і СНД. З'ясовано, що визначальними у цих реформах були: соціальна, політична і економічна готовність країни до реформи; обрана система управління реформою (централізована, децентралізована); належна Стратегія реформ, вибір «вікна можливостей», політичний статус МОЗ в ієрархії виконавчої влади, а також досягнення соціального і політико-адміністративного консенсусу щодо проведення реформи. Про вагомість останнього частково згадується лише в деяких публікаціях.

Наскільки, на Ваш погляд, зазначений зарубіжний досвід є цінними для України?

Відповідь 4. Зазначений досвід є вагомим для України, який безумовно необхідно врахувати при реалізації реформи. Так, необхідно врахувати соціально-ціннісні особливості нашого суспільства і його еліти. Соціальному і політико-адміністративному консенсусу необхідно приділяти суттєву увагу. Для цього розробити і запровадити механізми, які б забезпечили сприятливу консолідацію учасників проведення реформи. Важливо посилити відповідальність ключових урядовців і їх мотивацію до реформи, що було застосовано у зарубіжних країнах.

Дякую за відповідь.

Питання 5: Шановна Оксана Миколаївна, останнім часом у чинних прикладах державної політики різних видів актуалізується доказова політика держави. Аналіз цього підходу свідчить, що він передбачає побудову нової методології розробки і реалізації, зокрема ДПОЗ. У ході дослідження запропоновано доказовий трьох етапний підхід до її формування і реалізації, згідно з яким пропонується здійснити: *по-перше*, підготовку і розробку загальних та секторальних засад ДПОЗ за використанням сучасних напрацювань в теорії і практиці; *по-друге*, їх законодавче унормування, що є також трудомістким процесом; *по-третє*, покрокова реалізація секторальних політик (згідно черговості попередньо визначених пріоритетів), моніторингу і оцінювання реалізації цих політик.

Наскільки, на Ваш погляд, логічним і доцільним є процес формування і реалізації ДПОЗ для України?

Відповідь 5. Вважаю, що зазначене є сучасним, вагомим і доцільним підходом до розробки і реалізації доказової ДПОЗ. Проте, його реалізація має супроводжуватися поглибленим розвитком методології доказової політики, відповідним і унормованим методичним забезпеченням.

Дякую за відповідь.

Питання 6: Шановна Оксана Миколаївна, останнім часом зростає увага до форсайт-методології в теорії і практиці публічного управління. Вона частково вже використана в реформі СОЗ в Україні.

Чи є, на Ваш погляд, доцільною форсайт-технологія у формуванні і реалізації доказової ДПОЗ?

Відповідь 6. Так, ця технологія все більш і більше привертає увагу у різних аспектах публічного управління. Про це наочно свідчить зарубіжний досвід, зокрема в аспекті медичної галузі. Завдяки цій технології набули поширення форсайт-програми у сфері охорони здоров'я. Цей досвід і вітчизняні напрацювання є цінними для належного формування і оновлення образу нової національної СОЗ у віддаленій перспективі, пріоритетів державної політики, шляхів їх реалізації тощо.

Дякую за відповідь.

Питання 7: Шановна Оксана Миколаївна, знову про форсайт-методологію. У процесі досліджень сформульовано поняття «форсайт медичної галузі» як *спосіб експертної підтримки прийняття довгострокових (на 10–20 років) політико-правових рішень щодо охорони здоров'я, заснований на систематичному, активному, критичному і широкоформатному дискурсі, використанні продуктивних методів пізнання майбутнього образу державної політики охорони здоров'я і її складових.*

На скільки, на Ваш погляд, раціонально сформульовано це поняття?

Відповідь 7. Вважаю, що запропоноване поняття «форсайт медичної галузі» є доцільним і змістовним. Проте, його доцільно сформулювати більш стисло. У подальших дослідження його уточнити і вилучити зайве, не змінюючи сутність поняття.

Дякую за відповідь.

Питання 8: Шановна Оксана Миколаївна, у ході дослідження розроблено концептуальну модель форсайт-технології у складі 4-х етапів: організаційний, формування експертного середовища, форсайт-дослідження і верифікації. Ця методологія реалізує 4 функції: «креативність», «експертиза», «взаємодія» і «достовірність».

Наскільки, на Ваш погляд, досконалою є запропонована структура форсайт-технології?

Відповідь 8. Концептуально запропонована модель форсайт-технології є доцільною для використання у сфері ОЗ. Проте, цю модель необхідно більш конкретизувати. Використання цієї методології зазвичай поєднує декілька методів. Тому, актуальними для подальших досліджень є визначення з-поміж відомих методів найбільш продуктивних в конкретних ситуаціях.

Дякую за відповідь.

Питання 9: Шановна Оксана Миколаївна, у ході дослідження виявлено стратегічні орієнтири розвитку засад ДПОЗ, з-поміж яких *сильними сторонами МОЗ* визначено: легітимні повноваження, його виключна роль у формуванні і реалізації засад ДПОЗ; компетентне керівництво і персонал цього міністерства; наявність реформаторського досвіду, зокрема щодо державного управління з використанням сучасних інструментів.

Наскільки, на Ваш погляд, раціональною і дієвою є структура сильних сторін?

Відповідь 9. Вважаю, що визначені сильні сторони є найбільш вагомими. Їх можна доповнити і іншими, які постануть у певній ситуації також вагомими. Проте, належне застосування кожної із зазначених сильних сторін має характеризуватися достатньою їх якістю і обсягом. Це має постати важливим для подальших досліджень для розробки відповідної методики.

Дякую за відповідь.

Питання 10: Шановна Оксана Миколаївна, у ході дослідження виявлено пріоритетні напрями публічного управління розвитком засад ДПОЗ, де *першочерговими* визначено: виявлення переваг, недоліків і проблем впровадження наявного законопроекту «Про засади ДПОЗ» і чинних прикладів доказових державних політик в інших сферах; ініціювання і розробка МОЗ нового законопроекту «Про засади доказової ДПОЗ».

Наскільки, на Ваш погляд, раціональною і дієвою є структура цих першорядних пріоритетів?

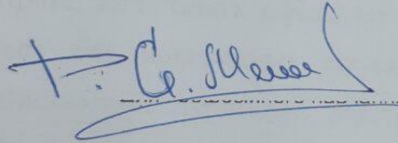
Відповідь 11. Із зазначеними пріоритетами доцільно погодитися, вони є своєчасними і змістовними. Однак, для їх реалізації необхідно посилити методологічну спроможність МОЗ. Для цього залучити зовнішні інформаційно-аналітичні структури.

Дякую за відповідь.

Питання 11: Шановна Оксана Миколаївна, у ході цього дослідницького інтерв'ю було актуалізовано низку нових теоретико-прикладних положень. Виходячи з Вашого досвіду, оцініть за п'ятибальною шкалою (табл. 1) цінність цих напрацювань для теорії, практики і професійного навчання у сфері публічного управління охороною здоров'я, де: 3 – означає «достатньо важлива»; 2 – «більш-менш важлива»; 1 – «найменш важлива».

Питання 8. Щодо запропонованої моделі форсайт-технології	+		
Питання 9. Щодо спроможності сильних сторін МОЗ	+		
Питання 10. Щодо спроможності першорядних пріоритетів МОЗ		+	
Для практики			
Питання 2. Щодо протиріччя між державним і галузевим механізмами		+	
Питання 3. Щодо рейтингу проблем державної політики реформування СОЗ.	+		
Питання 4. Щодо ключових чинників зарубіжних реформ		+	
Питання 5. Щодо трьох етапної доказової державної політики охорони здоров'я		+	
Питання 6. Щодо актуальності форсайт-технології в публічному управлінні ОЗ	+		
Питання 7. Щодо поняття «форсайт медичної галузі»		+	
Питання 8. Щодо запропонованої моделі форсайт-технології		+	
Питання 9. Щодо спроможності сильних сторін МОЗ	+		
Питання 10. Щодо спроможності першорядних пріоритетів МОЗ	+		
Для професійного навчання			
Питання 2. Щодо протиріччя між державним і галузевим механізмами	+		
Питання 3. Щодо рейтингу проблем державної політики реформування СОЗ.	+		
Питання 4. Щодо ключових чинників зарубіжних реформ	+		
Питання 5. Щодо трьох етапної доказової Державної політики охорони здоров'я	+		
Питання 6. Щодо актуальності форсайт-технології в публічному управлінні ОЗ	+		
Питання 7. Щодо поняття «форсайт медичної галузі»	+		
Питання 8. Щодо запропонованої моделі форсайт-технології	+		
Питання 9. Щодо спроможності сильних сторін МОЗ			+
Питання 10. Щодо спроможності першорядних пріоритетів МОЗ			+

Дякую за відповідь.



О.М. Рокунець-Сорочан

ЗМІСТ ДОСЛІДНИЦЬКОГО ІНТЕРВ'Ю 3
«Верифікація нових дисертаційних напрацювань»
 (Вошко Інна Василівна з Світланою Віталіївною Мережицькою):

Питання 1: Шановна Світлана Віталіївна, предметом дисертаційного дослідження розглядається *формування і реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні*. Обрання цього предмету дослідження обумовлено тим, що на теперішній час в Україні чинними є тільки державні і галузеві пріоритети державної політики охорони здоров'я (далі – ДПОЗ): затвердженні у 2000 році указом Президента України. Тобто, в Україні відсутня оновлена офіційна ДПОЗ у сучасному її розумінні. Спроба унормувати законопроект «Про засади ДПОЗ» виявилася невдалою.

Як Ви вважаєте чи є актуальним у цьому аспекті є предмет цього дослідження?

Відповідь 1: Дійсно, ця проблематика є найактуальнішою для сьогодення, оскільки за часи незалежності не унормовано мету, пріоритети, сучасні підходи до формування і реалізації доказової ДПОЗ. В Україні вже здійснюється реформа СОЗ і деякі сучасні підходи використано. Проте, відсутність офіційної ДПОЗ ускладнює реалізацію медичної реформи. Тому, вона здійснюється стримано, без попередньо визначених стратегічних орієнтирів. Відставання від сусідніх країн складає майже 20 років. І у цьому аспекті предмет дисертаційного дослідження є надто актуальним.

Дякую за відповідь.

Питання 2: Шановна Світлана Віталіївна, нині конституційні і нормативно-правові засади визначили загальнодержавний механізм формування і реалізації, зокрема ДПОЗ, де визначені основні суб'єкти цієї політики. Законодавство поклало на Верховну Раду України тільки законодавче її затвердження. Поряд з цим, галузевий механізм, визначений законом України щодо основ законодавства у сфері ОЗ (чинний з 1992 р.), повністю покладає питання формування ДПОЗ на Верховну Раду України. Тобто, галузевий механізм суперечить загальнодержавному механізму.

Чи не вважаєте Ви, що ця суперечність є головною перешкодою на шляху розробки і унормування ДПОЗ?

Відповідь 2. Так, таке протиріччя має місце і є наслідком порушення логіки (у часі) формування основоположного законодавства в Україні. Справа у тому, що унормування основ законодавства у сфері ОЗ у часі випередило фіксацію Конституції України (1996 р.), засад внутрішньої і зовнішньої політики (2010 р.). Оновлення і корегування цього законодавства є компетенцією основних суб'єктів політики держави: Верховної Ради України, Президента України, Кабінету Міністрів України. Це питання необхідно обов'язково урегулювати, зокрема в законі України «Про засади ДПОЗ».

Дякую за відповідь.

Питання 3: Шановна Світлана Віталіївна, за результатами експертного опитування, що було проведено у поточному році за участі 110 респондентів (з них більше 70% працівники медичної галузі), виявлено поле проблем, які суттєво впливають на успішність здійснення реформи СОЗ в Україні. Респонденти зазначили, що найбільш впливовими є: проблеми ДПОЗ (82,8%); недосконалості інструментального забезпечення реформи (79%); неналежний рівень професійної компетентності менеджерів і публічних службовців, задіяних до реформи (78,5% і 74,8% – відповідно); недоліки механізму формування політики держави (77,4%).

Наскільки, на Ваш погляд, зазначені експертні оцінки відповідають дійсності?

Відповідь 3. Зазначені експертні оцінки відповідають дійсності: хоча, можливі деякі відхилення оцінок. Передусім тому, що належно відпрацьована ДПОЗ є визначальною у здійсненні реформи СОЗ. Саме політика має включати сучасні стратегічні орієнтири, інструменти і шляхи її реалізації. Такий підхід унеможливить виникнення суттєвих проблем, що забезпечить успішність реформи СОЗ.

Дякую за відповідь.

Питання 4: Шановна Світлана Віталіївна, у ході дослідження проаналізовано досвід реформ національних СОЗ зарубіжних країн: переважно це досвід країн Європи і СНД. З'ясовано, що визначальними у цих реформах були: соціальна, політична і економічна готовність країни до реформи; обрана система управління реформою (централізована, децентралізована); належна Стратегія реформ, вибір «вікна можливостей», політичний статус МОЗ в ієрархії виконавчої влади, а також досягнення соціального і політико-адміністративного консенсусу щодо проведення реформи. Про вагомість останнього частково згадується лише в деяких публікаціях.

Наскільки, на Ваш погляд, зазначений зарубіжний досвід є цінними для України?

Відповідь 4. Безумовно цей досвід є вагомим для України і його необхідно врахувати при реалізації реформи. Необхідно приділити увагу соціально-ціннісним особливостям нашого суспільства. Також необхідно акцентувати суттєву увагу на соціальному і політико-адміністративному консенсусі. Для цього необхідно впровадити механізми, що забезпечать сприятливу консолідацію учасників проведення реформи. Також, необхідно посилити відповідальність перших посадових осіб уряду і їх мотивацію до реформи, використовуючи досвід зарубіжних країн.

Дякую за відповідь.

Питання 5: Шановна Світлана Віталіївна, останнім часом у чинних прикладах державної політики різних видів актуалізується доказова політика держави. Аналіз цього підходу свідчить, що він передбачає побудову нової методології розробки і реалізації, зокрема ДПОЗ. У ході дослідження запропоновано доказовий трьох етапний підхід до її формування і реалізації, згідно з яким пропонується здійснити: *по-перше*, підготовку і розробку загальних та секторальних засад ДПОЗ за використанням сучасних напрацювань в теорії і практиці; *по-друге*, їх законодавче унормування, що є також трудомістким процесом; *по-третє*, покрокова реалізація секторальних політик (згідно черговості попередньо визначених пріоритетів), моніторингу і оцінювання реалізації цих політик.

Наскільки, на Ваш погляд, логічним і доцільним є процес формування і реалізації ДПОЗ для України?

Відповідь 5. Зазначене відповідає сучасним, вагомим і доцільним підходам до розробки і реалізації доказової ДПОЗ. Проте, його реалізація має бути зосереджена на подальшому розвитку методології доказової політики, включаючи офіційне унормування методичного забезпечення.

Дякую за відповідь.

Питання 6: Шановна Світлана Віталіївна, останнім часом зростає увага до форсайт-методології в теорії і практиці публічного управління. Вона частково вже використана в реформі СОЗ в Україні.

Чи є, на Ваш погляд, доцільною форсайт-технологія у формуванні і реалізації доказової ДПОЗ?

Відповідь 6. Вітчизняний і зарубіжний досвід свідчить, що ця технологія все більш застосовується у різних аспектах публічного управління, зокрема щодо медичної галузі. У зарубіжжі набули поширення форсайт-програми у сфері охорони здоров'я. Цей досвід є цінними для належного формування і оновлення образу нової національної СОЗ в Україні у віддаленій перспективі, пріоритетів державної політики, шляхів їх реалізації тощо.

Дякую за відповідь.

Питання 7: Шановна Світлана Віталіївна, знову про форсайт-методологію. У процесі досліджень сформульовано поняття «форсайт медичної галузі» як *спосіб експертної підтримки прийняття довгострокових (на 10–20 років) політико-правових рішень щодо охорони здоров'я, заснований на систематичному, активному, критичному і широкоформатному дискурсі, використанні продуктивних методів пізнання майбутнього образу державної політики охорони здоров'я і її складових.*

На скільки, на Ваш погляд, раціонально сформульовано це поняття?

Відповідь 7. Запропоноване поняття «форсайт медичної галузі» є доцільним і змістовним. Однак, потрібно прагнути до більш стислого формулювання. У подальших дослідження його необхідно уточнити і видалити зайве. При цьому зберегти сутність цього поняття.

Дякую за відповідь.

Питання 8: Шановна Світлана Віталіївна, у ході дослідження розроблено концептуальну модель форсайт-технології у складі 4-х етапів: організаційний, формування експертного середовища, форсайт-дослідження і верифікації. Ця методологія реалізує 4 функції: «креативність», «експертиза», «взаємодія» і «достовірність».

Наскільки, на Ваш погляд, досконалою є запропонована структура форсайт-технології?

Відповідь 8. У загальному випадку із запропонованою моделлю форсайт-технології можна погодитися для її використання у сфері ОЗ. Утім, постає питання про її конкретизацію. Тому, що зазвичай форсайт-методологія передбачає поєднання декількох методів. Виходячи з цього, важливо у подальшому визначити з-поміж відомих методів найбільш продуктивні для конкретних ситуацій.

Дякую за відповідь.

Питання 9: Шановна Світлана Віталіївна, у ході цього дослідження виявлено стратегічні орієнтири розвитку засад ДПОЗ, з-поміж яких *сильними сторонами МОЗ* визначено: його легітимні повноваження, виключна роль у формуванні і реалізації засад ДПОЗ; компетентне керівництво і персонал цього міністерства; наявність реформаторського досвіду, зокрема щодо державного управління з використанням сучасних інструментів.

Наскільки, на Ваш погляд, раціональною і дієвою є структура сильних сторін?

Відповідь 9. Вважаю, що ці сторони є найвагомішими. Вони можуть бути доповнені іншими, які у певних ситуаціях теж постануть вагомими. Проте, практичне застосування кожної із зазначених сильних сторін має забезпечуватися їх достатньою якістю і спроможністю. Цей аспект є важливим для подальших досліджень щодо розробки відповідного методичного забезпечення.

Дякую за відповідь.

Питання 10: Шановна Світлана Віталіївна, у ході дослідження виявлено пріоритетні напрями публічного управління розвитком засад ДПОЗ, де *першочерговими* визначено: виявлення переваг, недоліків і проблем впровадження наявного законопроекту «Про засади ДПОЗ» і чинних прикладів доказових державних політик в інших сферах; ініціювання і розробка МОЗ нового законопроекту «Про засади доказової ДПОЗ».

Наскільки, на Ваш погляд, раціональною і дієвою є структура цих першорядних пріоритетів?

Відповідь 10. Зазначені пріоритети дійсно є своєчасними, першочерговими, доцільними і заслуговують на увагу. Однак, у цьому контексті потрібно посилити методологічну спроможність МОЗ. Для підтримки цього процесу потрібно залучити зовнішні інформаційно-аналітичні структури.

Дякую за відповідь.

Питання 11: Шановна Світлана Віталіївна, у ході цього дослідницького інтерв'ю було актуалізовано низку нових теоретико-прикладних положень. Виходячи з Вашого досвіду, оцініть за трибальною шкалою (табл. 1) цінність цих напрацювань для теорії, практики і професійного навчання у сфері публічного управління ОЗ, де: 3 – означає «достатньо важлива»; 2 – «більш-менш важлива»; 1 – «найменш важлива».

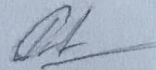
публічного управління ОЗ, де: 3 – означає «достатньо важлива»; 2 – «більш-менш важлива»; 1 – «найменш важлива».

Таблиця 1

Оцінки нових напрацювань Нові положення	Рівень цінності		
	3	2	1
Для теорії			
Питання 2. Щодо протиріччя між державним і галузевим механізмами		+	
Питання 3. Щодо рейтингу проблем державної політики реформування СОЗ.		+	
Питання 4. Щодо ключових чинників зарубіжних реформ	+		
Питання 5. Щодо трьох етапної доказової Державної політики охорони здоров'я	+		
Питання 6. Щодо актуальності форсайт-технології в публічному управлінні ОЗ	+		
Питання 7. Щодо поняття «форсайт медичної галузі»		+	
Питання 8. Щодо запропонованої моделі форсайт-технології	+		
Питання 9. Щодо спроможності сильних сторін МОЗ	+		
Питання 10. Щодо спроможності першорядних пріоритетів МОЗ			+
Для практики			
Питання 2. Щодо протиріччя між державним і галузевим механізмами	+		
Питання 3. Щодо рейтингу проблем державної політики реформування СОЗ	+		
Питання 4. Щодо ключових чинників зарубіжних реформ			+
Питання 5. Щодо трьох етапної доказової державної політики охорони здоров'я			+
Питання 6. Щодо актуальності форсайт-технології в публічному управлінні ОЗ	+		
Питання 7. Щодо поняття «форсайт медичної галузі»			+
Питання 8. Щодо запропонованої моделі форсайт-технології			+
Питання 9. Щодо спроможності сильних сторін МОЗ	+		
Питання 10. Щодо спроможності першорядних пріоритетів МОЗ	+		
Для професійного навчання			
Питання 2. Щодо протиріччя між державним і галузевим механізмами	+		
Питання 3. Щодо рейтингу проблем державної політики реформування СОЗ.	+		
Питання 4. Щодо ключових чинників зарубіжних реформ	+		
Питання 5. Щодо трьох етапної доказової Державної політики охорони здоров'я	+		
Питання 6. Щодо актуальності форсайт-технології в публічному управлінні ОЗ	+		
Питання 7. Щодо поняття «форсайт медичної галузі»	+		
Питання 8. Щодо запропонованої моделі форсайт-технології	+		
Питання 9. Щодо спроможності сильних сторін МОЗ			+
Питання 10. Щодо спроможності першорядних пріоритетів МОЗ			+

Дякую за відповіді.

С.В. Межерницька



Дослідницьке інтерв'ю

«Компетентний експерт ↔ дослідник»

на тему «Верифікація нових теоретико-прикладних напрацювань щодо розвитку засад державної політики охорони здоров'я в Україні»

(Білинська Марина Миколаївна з Вошко Інною Василівною)

Для зручності роботи пропонується перелік використаних скорочень:

ТПН	–	Теоретико-прикладні напрацювання
ДПОЗ	–	Державна політика охорони здоров'я
КМУ	–	Кабінет Міністрів України
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я України
НСОЗ	–	Національна система охорони здоров'я
ПУ	–	Публічне управління
ОЗ	–	Охорона здоров'я

Нові ТПН є авторськими результатами дисертаційного дослідження Вошко Інни Василівни (аспірантки Класичного приватного університету). Предметом цього дослідження є формування і реалізація державної політики у сфері ОЗ. Дослідницьке інтерв'ю засновано на методиці «компетентний експерт», яка відображає логіку доказового підтвердження (заперечення) достовірності отриманих ТПН за чотирма етапами (табл. 1).

Таблиця 1

Методика «компетентний експерт»

№	Етапи	Характеристика етапів
1	Підтвердження необхідності, важливості й сутності розробки ТПН	– визначення зацікавлених суб'єктів у ТПН; – обґрунтування необхідності і важливості розробки ТПН; – визначення узагальненого проблемного поля ТПН
2	Обґрунтування доцільних напрямів дослідження ТМН	– обґрунтування основних напрямів ТПН щодо їх відповідності найбільш значущим потребам розвитку засад ДПОЗ
3	Визначення відповідності отриманих ТПН провідним напрямам проблемного поля	– аналіз отриманих ТПН за трьома групами: «доречні і враховані» (як найбільш значущі); «доречні, але невраховані»; «недоречні, але враховані»
4	Оцінювання якості найбільш значущих ТПН	– оцінка адекватності використаного методологічного інструментарію для отримання найбільш значущих ТПН; – з'ясування правильності, використаної у дослідженні логіки, ступеню обґрунтованості припущень та отриманих найбільш значущих ТПН; – підтвердження (заперечення) достовірності отриманих найбільш значущих ТПН і їх відповідність попередньо сформульованим потребам; – підсумкові висновки, розроблені компетентним експертом

Перший етап методик спрямований на підтвердження необхідності, важливості й сутності розробки ТПН.

А) Компетентний експерт-інтерв'юер.

Які, на Ваш погляд, суб'єкти найбільш зацікавлені у подальшому розвитку ТПН?

Дослідник-респондент. Зацікавленими замовниками-користувачами ТПН щодо засад ДПОЗ передусім є:

– українське суспільство, суб'єкти політики держави (ВРУ, на яку покладається законодавче унормування засад державної політики, Президент України, КМУ, на якого

покладається здійснення внутрішньої політики держави), а також МОЗ, на якого покладається формування і реалізація ДПОЗ;

– система професійного навчання публічних службовців, керівників і працівників медичної галузі, які задіяні до організації, здійснення та забезпечення реформи ОЗ в Україні;

– наукові установи і інформаційно-аналітичні структури, задіяні до дослідження проблем реформування СОЗ в Україні.

Компетентний експерт-інтерв'юер: *у цілому погоджуюсь.*

Б) Компетентний експерт-інтерв'юер.

Чим викликана необхідність і важливість розробки ТПН і на підставі яких аргументів?

Дослідник-респондент. Проблематика формування і реалізації ДПОЗ в Україні постає все більш актуальною і невідкладною, знаходиться в центрі уваги всього українського суспільства, Президента України, указами якого за останні 5 років актуалізовано невідкладність здійснення реформи вітчизняної СОЗ. Також ця проблематика приваблює науковців і управлінців-практиків. Її актуальність обумовлена тим, що вітчизняна реформа СОЗ здійснюється стримано, відстає від інших країн майже на 20 років. В Україні відсутня сучасна ДПОЗ, чинними є тільки застарілі державні і галузеві пріоритети, визначені указом Президента України у 2000 році. Спроба унормувати наявний законопроект «Про засади ДПОЗ» виявилася невдалою.

В) Компетентний експерт-інтерв'юер.

Які проблеми ДПОЗ мають місце на теперішній час?

Дослідник-респондент. Результати аналізу процесу реформи СОЗ в Україні визначив сукупність проблем. За підсумками експертного опитування (за участі 110 респондентів, 70% яких є медичними працівниками) проблеми першої п'ятірки розподілилися наступним чином (табл. 2):

Таблиця 2

Рейтинг проблем реформування СОЗ в Україні

№	Проблеми реформування СОЗ	Рейтинг (в %)
1.	Проблеми, пов'язані з недосконалістю ДПОЗ	82,8
2.	Недосконалості інструментального забезпечення реформи	79
3.	Неналежний рівень професійної компетентності менеджерів, задіяних до реформи	78,5
4.	Недосконалості механізму формування політики держави	77,4
5.	Неналежний рівень професійної компетентності публічних службовців, задіяних до реформи	74,8

Три незалежних експерти (досвідчені науковці і практики, задіяні до реформи) під час проведення спеціально підготовленого автором дослідницького інтерв'ю також погодилися із зазначеним вище рейтингом проблем.

Г) Компетентний експерт-інтерв'юер: *Погоджуюсь з вище зазначеним змістом проблем і їх рейтингом. Узагальнена думка зводиться до того, що основна проблема полягає у недосконалості ДПОЗ, а саме: у відсутності сучасних її засад. Чинні пріоритети дійсно є застарілими.*

Другий етап методики спрямований на обґрунтування напрямів досліджень теоретико-прикладних засад ДПОЗ шляхом отримання відповідей за такими питаннями:

А) Компетентний експерт-інтерв'юер.

Які, на Ваш погляд, напрямки досліджень є найактуальнішими для розвитку засад ДПОЗ, спираючись на попередньо визначене коло проблем?

Дослідник-респондент. Загальне поле проблем є достатньо широким. У межах цього дослідження найбільш актуальними є ті, що безпосередньо стосуються розвитку засад ДПОЗ, а саме: дослідження зарубіжного досвіду реформ НСОЗ в аспекті його використання для формування і реалізації засад ДПОЗ в Україні; обґрунтування і розробка її моделі на

засадах доказової і форсайт методології; визначення стратегічних орієнтирів і пріоритетів ПУ розвитком засад ДПОЗ; верифікації отриманих нових ТПН.

Б) Компетентний експерт-інтерв'юер.

Охарактеризуйте найвагоміші, на Ваш погляд, напрями досліджень та їх першочерговість?

Дослідник-респондент. Першорядними дослідженнями є ті, що спрямовані на розвиток засад ДПОЗ (табл. 2), оскільки вона є найважливішим офіційним керівництвом до дій в реформі СОЗ. Вважаю, що формування засад ДПОЗ має ґрунтуватися на світових тенденціях, сучасних підходах і інструментах як до її розробки, такі її реалізації. Зарубіжний досвід, доказова і форсайт методології є сучасним світовим трендом, у т. ч. в ПУ розвитком ДПОЗ.

В) Компетентний експерт-інтерв'юер: Згоджуюсь з вище зазначеними твердженнями. Так, результати зазначених вище напрямів досліджень мають забезпечити подолання прогалин в методології стратегічної спроможності публічного управління реформою СОЗ в Україні.

На третьому етапі компетентний експерт визначає відповідність (відхилення) фактично отриманих ТПН (табл. 3) основному за рейтингом напряму досліджень (табл. 2).

А) Компетентний експерт. Дійсно, отримані нові ТПН (табл. 3) відповідають сутності першої за рейтингом проблеми (табл. 2). Отримані ТПН можна вважати як найбільш значущі у вирішенні найважливішої проблеми.

Дослідник-респондент. Результати цих ТПН концептуально розкривають сучасні підходи до розвитку ДПОЗ. Конкретне застосування ТПН обумовить необхідність їх подальшого розвитку шляхом більш поглиблених досліджень, про що наголосили експерти під час проведення інтерв'ю.

Таблиця 3

Оцінка відповідності нових ТПН предмету дисертаційного дослідження:

Розв'язання проблем, пов'язаних з недосконалістю формування і реалізації ДПОЗ		
№	Основні отримані результати досліджень	Оцінка відповідності: доречні і враховані
1.	Досліджено зарубіжний досвід реалізації державної політики реформування національних систем охорони здоров'я	Доречні і враховані
2.	Обґрунтовано і розроблено модель формування і реалізації ДПОЗ в Україні на засадах доказового підходу	Доречні і враховані
3.	Проаналізувати засади форсайт-методології та розроблено концептуальну модель форсайт-технології як інструменту доказового підходу у формуванні і реалізації ДПОЗ в Україні	Доречні і враховані
4.	Визначено стратегічні орієнтири публічного управління розвитком засад ДПОЗ в Україні	Доречні і враховані
5.	Виявлено пріоритетні напрями удосконалення публічного управління розвитком засад ДПОЗ в Україні	Доречні і враховані

Четвертий етап методики спрямований на доказ достовірності нових найважливіших ТПН шляхом відповіді дослідника на наступні питання компетентного експерта:

А) Компетентний експерт-інтерв'юер.

Охарактеризуйте методи, використані для отримання найбільш значущих ТПН.

Дослідник-респондент. Методологічну базу досліджень становив комплекс загальнонаукових і конкретно наукових підходів, методів і засобів. Основу концепції цих досліджень складає системний і комплексний підходи, структурно-функціональний аналіз. Так, для виявлення наявних наукових напрацювань, тенденцій ПУ сферою ОЗ, найбільш поширених підходів і обґрунтування предмету цього дослідження використано методи бібліографічного аналізу, наукометричного аналізу і узагальнення. Методом експертного

опитування виявлено проблемне поле реформи СОЗ в Україні. Методом інтерв'ю підтверджено відповідність основних ТПН предмету цього дисертаційного дослідження. За використанням методу SWOT-аналізу визначено стратегічні орієнтири і пріоритети ПУ розвитком засад ДПОЗ. Системний, ситуаційний і комплексний підходи, методи порівняння, систематизації і моделювання використано для формулювання основних понять, які використано у цьому дослідженні. Розробка узагальненого поля проблем здійснювалася шляхом використання методів аналізу, узагальнення і систематизації, уточнення методом інтерв'ю. За використанням методів структурно-функціонального аналізу, аналогії, сходження від абстрактного до конкретного систематизовано методологічний підхід до побудови і реалізації засад ДПОЗ, спираючись на засади конструювання чинних політик в інших сферах. В основу побудови концептуальної моделі ДПОЗ покладено системний підхід. Також використано визнані підходи до впровадження запозичених соціальних нововведень. Використано методи логічного аналізу монографічних і дисертаційних досліджень, державних документів і науково-методичних розробок.

Б) Компетентний експерт-інтерв'юер.

Охарактеризуйте, на базі яких попередніх напрацювань отримано найбільш значущі ТПН у цьому дослідженні і у чому полягає сутність відомого і нового?

Дослідник-респондент. У даному дослідженні розглядається значна кількість напрацювань, основними з яких є щодо: державної політики у сфері ОЗ (М. Білинської, Я. Радиша); аналізу реформи ОЗ в Україні: від здобуття незалежності до сучасності (В. Лехан, Л. Крячкової, М. Заярського); реформи СОЗ в Європі і аналізу сучасних стратегій (Р. Салтмана., Дж. Фигейраса); формування і реалізації державної політики в галузі педагогічної освіти України (В. Філіппової); теоретико-методологічних засад здійснення державно-управлінських реформ (С. Кравченко); досліджень державних політик: методологія, процедури та європейські практики (Л. Гонюкової, В. Козакова, інших); розвитку регіонального форсайту як засобу територіального управління (М. Цедік); експертної аналітики державного управління: аспекти інноватики, самоорганізації (В. Бакуменко, С. Попов, інші).

В) Компетентний експерт-інтерв'юер.

Які додаткові аргументи доказу достовірності нових ТПН Ви можете навести?

Дослідник-респондент. По-перше, загалом достовірність отриманих ТПН підтверджена: експертним опитуванням за участі 110 досвідчених респондентів з яких більше 70% медичні працівники; інтерв'ю з досвідченими науковцем і керівниками регіональних СОЗ, які є учасниками реформи СОЗ в Україні. По-друге, використано проблемне поле реформи СОЗ в Україні для визначення стратегічних орієнтирів розвитку, захисту, спротиву і кризи, на їх основі сформульовано першо- та другочергові напрями удосконалення ПУ та напрями його забезпечення. По-третє, експерти, залучені до інтерв'ю, позитивно оцінили достовірність нових ТПН, отриманих у межах цього дослідження.

Окрім того, основні отримані ТПН опубліковані у 7 статтях: одна з них у закордонному виданні (Польща), решта у вітчизняних фахових видань. Також основні напрацювання опубліковано в матеріалах 11 науково-практичних конференцій.

Висновки компетентного експерта щодо верифікації отриманих автором нових ТПН:

– по-перше, позитивні оцінки щодо цінності ТПН для розвитку теорії, практики і їх використання в навчальному процесі (підтверджено в попередніх дослідницьких інтерв'ю) переконують у актуальності обраного предмету досліджень. Також, експертним шляхом підтверджено: високий рівень сьогоденної актуальності ДПОЗ, слабку успішність реформи СОЗ; поле її найбільш вагомих проблем; прогалини в теорії і методології доказової ДПОЗ; перелік найбільш важливих напрямів їх розвитку;

– по-друге, автор окреслив перелік найбільш вагомих суб'єктів державної політики, зацікавлених у розвитку засад ДПОЗ; обґрунтовано довів фактори, що стримують реформу СОЗ і висловив аргументовану думку про першочергові напрями теоретико-прикладних досліджень доказової ДПОЗ в аспекті посилення успішності реформи СОЗ;

– *по-третє*, сутність основних напрямів досліджень, визначених шляхом експертного опитування, досить повно розкриті в отриманих автором найбільш значущих ТПН;

– *по-четверте*, достовірність нових ТПН підтверджується адекватністю обраного методологічного інструментарію, використаного для їх отримання. Їх сутність автор розкрив, спираючись на праці відомих вітчизняних і зарубіжних дослідників, а також конкретно і переконливо довів значущість нових ТПН з позиції розвитку засад ДПОЗ;

– *по-п'яте*, результати досліджень опубліковано в 7 статтях вітчизняних і зарубіжних видань, які розкривають новизну нових ТПН автора.

Компетентний експерт

доктор наук з державного управління, професор



М. М. Білінська