

Видається з 1998 р. (до 2016 р. як "Вісник АПСВ ПФУ")

Вісник
*Академії праці, соціальних відносин
і туризму*

Journal
*of Academy of Labour,
Social Relations
and Tourism*

Visnyk
*Akademiyi pratsi,
sotsial'nykh vidnosyn
i turyzmu*

№ 1 2017

Фахове видання з економічних наук (затверджено наказом МОН України №1222 від 07.10.2016 р.)

Фахове видання з юридичних наук (затверджено наказом МОН України №1604 від 22.12.2016 р.)

**Друкується за рішенням Вченої ради Академії праці, соціальних відносин і туризму
(протокол № 7 від 2.03.2017 р.)**

Електронна версія "Вісника АПСВТ", умови публікації, архів номерів:

<https://www.socosvita.kiev.ua/publishing/bulletin>

Внесений у: РИНЦ (ліцензійний договір № 206-04/2013 р.), GoogleScholar, Directory of Research Journals Indexing, ResearchBib

Видавець: Академія праці, соціальних відносин і туризму м. Київ, Кільцева дорога, 3-А, Київ-187

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого ЗМІ серія КВ № 21787-1168ПР від 21.12.2015 р.

©Редакційна колегія, 2017

© Автори статей, 2017

© Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2017

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Вікторія Буяшенко, д.філос.н., Академія праці, соціальних відносин і туризму – *голова редколегії журналу*

Економічні науки

Олена Корчинська, д.екон. н., Академія праці, соціальних відносин і туризму – *редактор тематичного випуску*

Марцін Бакієвіч, PhD з економіки, Варшавський педагогічний університет ім. Януша Корчака (Польща)

Руслан Буряк, д.екон. н., Національний університет біоресурсів і природокористування України

Зоя Васильченко, д.екон. н., Київський національний університет ім. Тараса Шевченка

Аркадіуш Дурасевіч, PhD з економіки, Варшавський педагогічний університет ім. Януша Корчака (Польща)

Віра Куценко, д.екон. н., Університет менеджменту освіти НАПН України

Лідія Романова, д.екон. н., Міжрегіональна академія управління персоналом

Ігор Чорнодід, д.екон. н., Академія праці, соціальних відносин і туризму

Катерина Якуба, д.екон. н., Академія праці, соціальних відносин і туризму

Юридичні науки

Юрій Оніщик, д.юрид.н., Академія праці, соціальних відносин і туризму – *редактор тематичного випуску*

Амір Алієв, д.юрид. н., Бакинський державний університет (Азербайджан)

Валерій Глушков, д.юрид.н., Академія праці, соціальних відносин і туризму

Олена Майданник, д.юрид.н., Академія праці, соціальних відносин і туризму

Олександр Мотлях, д.юрид.н., Національна академія внутрішніх справ МВС України

Олексій Остапенко, д.юрид.н., Національний університет «Львівська політехніка»

Сергій Петков, д.юрид.н., Донецький юридичний інститут МВС України

Олександр Світличний, д.юрид.н., Національний університет біоресурсів і природокористування України

Євген Соболев, д.юрид.н., Кіровоградський державний педагогічний університет ім. Володимира Винниченка

Соціальна робота

Олена Карагодіна, д.мед.н., Академія праці, соціальних відносин і туризму – *редактор тематичного випуску*

Ольга Безпалько, д.пед.н., Київський університет ім. Бориса Грінченка

Ренате Вайнола, д.пед.н., Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова

Мірослав Гревінський, д-р габ., Варшавський педагогічний університет ім. Януша Корчака (Польща)

Сергій Дворяк, д.мед.н., Академія праці, соціальних відносин і туризму

Дар'я Завіршек, PhD з соціальної роботи, Університет Любляни (Словенія)

Анна Метері, PhD з соціальної роботи, Університет Тампере (Фінляндія)

Жанна Петрочко, д.пед.н., Інститут проблем виховання НАПН України

Тетяна Семигіна, д. політ. наук, Академія праці, соціальних відносин і туризму – *головний редактор журналу*

EDITORIAL BOARD

Victoriia Buiashenko, Dr. in Philosophy, Academy of Labour, Social Relations and Tourism –
Chair of the Editorial Board

Economics

Olena Korchynska, Dr. in Economics, Academy of Labour, Social Relations and Tourism – *Editor of the special issue*

Marcin Bąkiewicz, PhD in Economics, Janusz Korczak Warsaw Pedagogical University (Poland)

Ruslan Buryak, Dr. in Economics, National University of Life and Environmental Sciences of Ukraine

Zoya Vasilchenko, Dr. in Economics, *Taras Shevchenko National University of Kyiv*

Arkadiusz Durasewicz, PhD in Economics, Janusz Korczak Warsaw Pedagogical University (Poland)

Vira Kutsenko, Dr. in Economics, University of Education Management NAPS of Ukraine

Lidya Romanova, Dr. in Economics, Interregional Academy of Personnel Management

Igor Chornodid, Dr. in Economics, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Kateryna Yakuba, Dr. in Economics, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Legal Studies

Yurii Onishchyk, Dr. in Law, Academy of Labour, Social Relations and Tourism – *Editor of the special issue*

Amir Aliyev, Dr. in Law, Baku State University (Azerbaijan)

Valeriy Glushkov, Dr. in Law, Academy of Labor, Social Relations and Tourism

Olena Maidannyk, Dr. in Law, Academy of Labor, Social Relations and Tourism

Olexandr Motlyah, Dr. in Law, National Academy of Internal Affairs, MIA of Ukraine

Olexiy Ostapenko, Dr. in Law, Lviv Polytechnic National University

Sergiy Pyetkov, Dr. in Law, Donetsk Law Institute of MIA of Ukraine

Olexandr Svitlychniy, Dr. in Law, National University of Life and Environmental Sciences of Ukraine

Euvgen Sobol, Dr. in Law, Volodymyr Vynnychenko Kirovograd State Pedagogical University

Social work

Olena Karagodina, Dr. in Medicine, Academy of Labour, Social Relations and Tourism – *Editor of the special issue*

Olga Bezpalko, Dr. in Pedagogy, Borys Grinchenko Kyiv University

Renate Vaynola, Dr. in Pedagogy, National Pedagogical Dragomanov University

Mirosław Grewiński, Dr.hab., Janusz Korczak Warsaw Pedagogical University (Poland)

Sergii Dvoriak, Dr. in Medicine, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Darja Zaviršek, PhD in Social Work, University of Ljubljana (Slovenia)

Anna Metteri, PhD in Social Work, University of Tampere (Finland)

Janna Petrochko, Dr. in Pedagogy, Institute of Education NAPS of Ukraine

Tetyana Semigina, Dr. in Political Sciences, MSW, Academy of Labour, Social Relations and Tourism – *Editor-in-Chief of the Journal*

Зміст

СЛОВО ВІД РЕДАКЦІЇ

Вікторія Буяшенко

Соціальна відповідальність: від дискурсу до практики 6

ВИВЧЕННЯ ПИТАНЬ ЕКОНОМІКИ, ДЕМОГРАФІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

Tetiana Stepurko, Valentyna Anufriyeva, Victoriia Tymoshevska

Perceived quality of out- and in-patient services in Ukraine: health care users' perspective 11

Tetyana Semigina, Olena Mandrik

Drug procurement policy in Ukraine: is there a “window of opportunity”? 25

Олександр Титаренко

Соціально-демографічні аспекти розвитку сільських територіальних громад в Україні 39

Владислав Чорний

Методика оцінки внутрішніх ризиків виходу підприємства на світовий ринок зерна 50

Андрій Голубєв

Фермерські господарства України: тенденції розвитку та економіко-соціальна сутність 58

Олена Корчинська, Марина Веселова

Ефективність застосування сучасних інформаційних технологій у маркетинговій діяльності банків 64

Тетяна Степурко, Олена Ігнащук

Кейс-стаді як метод викладання управлінських дисциплін в охороні здоров'я 71

ВИВЧЕННЯ ПИТАНЬ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА СОЦІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

Галина Кучер

Створення у громаді інноваційних соціальних закладів для безхатченків (досвід міста Умань) 78

Олена Карагодіна, Оксана Пожидаєва

Запровадження програм підготовки докторів філософії з соціальної роботи: аналіз поточної ситуації 85

Слово від редакції

СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ: ВІД ДИСКУРСУ ДО ПРАКТИКИ

SOCIAL RESPONSIBILITY: FROM DISCOURSE TO PRACTICE

Вікторія Буяшенко

Голова редколегії «Вісника Академії праці, соціальних відносин і туризму»

Victoriia Buashenko

Head of the Editorial Board for "Journal of Academy of Labour, Social Relations and Tourism"

Соціальна відповідальність як концепція. Останнім часом дискурс соціальної відповідальності усе ширше використовують у наукових розвідках. Соціальна відповідальність у сучасному академічному дискурсі – це не тільки механізм соціального контролю, а й засіб підтримання і зміцнення соціальної злагоди, цілісності суспільства, держави. Саме в такому контексті соціальна відповідальність постає перед нами в розвідках Є. Головахи та Н. Паніної (аналіз феномену соціальної відповідальності в умовах демократичних перетворень в Україні) [1], М. Шульги (дослідження уявлень населення про соціальну відповідальність) [2], І. Кресіної та С. Балана (аналіз особливостей прояву політичної відповідальності сучасного українського суспільства) [3], О. Мазурика (вивчення соціальної відповідальності бізнесу в конкретному регіоні) [4], О. Плахотно-го (аналіз відповідальності в зв'язку з поняттям «свобода») [5], Л. Хижняк (дослідження феномену соціальної відповідальності в управлінні закладами освіти) [6], Б. Нагорного (вивчення проявів відповідальності в сучасних соціальних процесах) [7], І. Савченка (дослідження соціальної відповідальності органів державної влади) [8], В. Степаненка (аналіз проявів безвідповідальності

в сучасному суспільстві) [9] та ін. Ці напрацювання пропонують широке тло для тлумачення ідеї та практики соціальної відповідальності, інструментів її реалізації, можливостей для її оцінювання, свідчать, що соціальна відповідальність пронизує всі сфери життя, як особисту, так і суспільного (спів)буття.

Академія і соціальна відповідальність. Освітній заклад теж може бути соціально відповідальним. Наразі Академія праці, соціальних відносин і туризму з моменту свого заснування¹ позиціонувала себе на ринку освітніх послуг як соціально відповідальний вищий навчальний заклад. Така позиція вишу є не тільки маркетинговим гаслом, а й підтверджується його діяльністю вже майже впродовж 25 років існування.

Соціальна відповідальність, на нашу думку, знаходить своє вираження як у визначенні спеціальностей, за якими здійснюється підготовка

¹ Академія праці, соціальних відносин і туризму створена на базі українського учбово-методичного центру Федерації профспілок України відповідно до закону України «Про освіту» та постанови Конгресу Федерації профспілок України «Про систему профспілкового навчання, підготовки і перепідготовки профкадрів, розвиток профспілкової науки» від 29.01.1993р. № К-1-15 та постанови президії Федерації профспілок України від 05.05.1993р. № П-4-1 «Про Академію праці і соціальних відносин Федерації профспілок України», як вищий навчальний заклад.

спеціалістів, так і у співпраці з профспілками, в сприянні широкої просвітницької діяльності на рівні первинних профспілкових організацій, громад, учнівської молоді. Академія співпрацює із Службою зайнятості України у навчанні людей, страших 45 років, а також із Фондом соціального захисту України – у створенні можливостей для здобуття вищої освіти особами із інвалідністю. Це стосується й напрямів наукової роботи, які є соціально-орієнтованими, освітніх інновацій, які підтримуються вишем. Відтак вважаємо, що Академія – це соціальна інституція, покликаний задовольнити потреби суспільства в знанні, яке сприятиме його подальшому поступу.

У жовтні 2016 року Вчена Рада затвердила Стратегію розвитку Академії праці, соціальних відносин і туризму до 2026 р., у якій визначено, що місія Академії полягає в активній участі у гармонійній розбудові суспільства та вирішенні його соціальних проблем, пошуку ресурсів для соціальних змін. Ця місія реалізується через підготовку висококваліфікованих соціально відповідальних фахівців, створення відкритої платформи для впровадження нових програм розвитку соціальної сфери.

Стратегія розвитку Академії зосереджена, зокрема, на підвищенні соціальної відповідальності студентів Академії як майбутніх фахівців та керівників всіх ланок управління; підвищенні якості навчального процесу з орієнтацією на кращий вітчизняний та світовий досвід у сфері освіти з широким застосуванням бенчмаркінгових підходів; активній інтеграції в європейський освітній простір тощо.

З-поміж напрямів розвитку Академії слід відзначити й піднесення якості наукових видань, забезпечення їх відповідності міжнародним стандартам та принципам академічної доброчесності. Для цього редакційна колегія, починаючи з 2016 року, забезпечує анонімне рецензування усіх отриманих рукописів, їх перевірку на унікальність за допомогою наявних програмних засобів, намагається оперативно співпрацювати з авторами задля усунення виявлених проблем. Водночас редакція категорично засуджує прояви плагиату в статтях як порушення авторських прав і наукової етики та вживає всіх можливих заходів для його недопущення. У разі виявлення плагиату на будь-якому етапі редакційного процесу редакційна колегія залишає за собою право відхилити поданий рукопис. Слід зауважити, що така вимогливість і не завжди сприймається українським науковим

середовищем, але ми сподіваємось на розуміння нашої позиції щодо суворого дотримання авторських та суміжних прав, наукової етики.

«Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму» є виданням з відкритим доступом. Політика відкритого доступу – забезпечення безпосереднього відкритого доступу до випусків, підтримка принципів вільного поширення наукової інформації та глобального обміну знаннями задля загального суспільного прогресу. Постатейні матеріали «Вісника АПСВТ» оприлюднюються: на сайті АПСВТ (<https://www.socosvita.kiev.ua/publishing/bulletin>); на сайті Національної бібліотеки імені Вернадського у порядку, визначеному відповідними нормативно-правовими документами; у наукометричній базі Google Scholar; у наукових мережах ResearchGate та Academia.edu; у соціальних мережах Facebook та Twitter; в інших наукометричних базах, де зареєстровано «Вісник АПСВТ». Така відкритість теж є частиною політики соціальної відповідальності, що її сповідує виш.

Огляд матеріалів цього номеру. Перші дві статті номеру присвячені аналізу державної політики України у сфері медичних послуг. Авторки першої вдаються до аналізу криз призму суб'єктивної оцінки якості споживачів медичних послуг в амбулаторних та стаціонарних установах. Авторки другої проаналізували поточну політику щодо державної закупівлі ліків.

Стаття «Суб'єктивна якість амбулаторної та стаціонарної допомоги в Україні: погляди споживача медичної послуги» (автори – **Т. Степурко, В. Ануфрієва, В. Тимошевська**) ґрунтується на даних «Індекс здоров'я. Україна», які були зібрані в травні–червні 2016 р. Результати опитування засвідчили: хронічне недофінансування послуг в охороні здоров'я не впливає на суб'єктивну оцінку якості, яку дає споживач медичних послуг. Споживачі медичних послуг вважають амбулаторну та стаціонарну допомогу доброю та прийнятною. Найважливішим як для споживачів амбулаторної, так і стаціонарної допомоги є суб'єктивна ефективність лікування, тоді як другим за значущістю атрибутом названо «можливість отримати безкоштовне лікування та аналізи» (для споживачів амбулаторної допомоги) та «забезпечення лікарськими засобами» (для споживачів стаціонарної допомоги).

Наступне дослідження (авторки – **Т. Семігіна, О. Мендрик**) засвідчує, що в Україні були кілька спроб з розробки та впровадження медичного страхування та системи компенсації

вартості ліків, однак централізовані і регіональні тендери, які зазнають чимало критики, залишаються основними механізмами закупівель лікарських засобів. Поступові політичні зміни, ініційовані Міністерством охорони здоров'я в 2014-2016 роках, досі не осучаснили систему фінансування охорони здоров'я. Реалізація сучасних підходів, рекомендованих міжнародними організаціями, та боротьба з корупцією стримуються розбіжностями між кількома зацікавленими сторонами, багато з яких має корисливі інтереси. Цю наукову розвідку можна вважати продовженням, деталізацією матеріалу стосовно проблем у галузі охорони здоров'я, що побачив світ у попередньому випуску «Вісника АПСВТ» [10].

На основі системного аналізу статистичних даних Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я та інших даних **О. Титаренко** в статті «Соціально-демографічні аспекти розвитку сільських територіальних громад в Україні» досліджує поточне політичне унормування питань сталого розвитку сільських громад в Україні, але головним чином – динаміку зміни соціально-демографічних показників розвитку регіонів і сільських територіальних громад. Автором виявлені причини соціально-демографічних проблем, які зумовлюють перешкоди на шляху розвитку сільських територіальних громад в Україні та запропоновані напрями раціоналізації діяльності державних, регіональних та місцевих суб'єктів публічного управління щодо ресурсного забезпечення як місцевого самоврядування так і самодостатності сільських територіальних громад в Україні.

Низка статей, підготовлених переважно молодими науковцями, представляє результати дослідження тих чи інших аспектів розвитку економіки. Так, **А. Голубев** визначає тенденції розвитку фермерських господарств в Україні. Він констатує, що у період 2000-2015 рр. відбувалось скорочення кількості фермерських господарств, але при цьому вони стали обробляти більше сільськогосподарських земель, що відповідає тенденції до консолідації землекористування. Частка виробництва сільськогосподарської продукції фермерських господарств в загальних обсягах виробництва збільшилась із 2,1 до 7,9%, рентабельність фермерських господарств зросла у майже 2,5 рази. Дослідник доводить, що фермерські господарства дають змогу працевлаштуватись сільським мешканцям і відіграють важ-

ливу роль у розвитку соціальної інфраструктури сільських територій.

В. Чорний в статті «Методика оцінювання внутрішніх ризиків виходу підприємства на світовий ринок зерна» розглядає проблеми виявлення та оцінки внутрішніх ризиків виходу українських аграрних підприємств на світовий ринок зерна. Серед ідентифікованих внутрішніх ризиків виділено основні чотири групи: виробничі, технологічні, фінансові та кадрові. Запропоновано алгоритм та методика оцінки внутрішніх ризиків аграрного підприємства з метою прийняття рішення щодо здійснення зовнішньоекономічної операції на світовому ринку зерна. На матеріалах одного з агрохолдингів продемонстровано використання запропонованої методики.

Авторки наступного матеріалу – **О. Корчинська** та **М. Веселова** – зосереджують свою увагу на застосуванні сучасних інформаційних технологій у маркетинговій діяльності банківських установ України. Дослідниці виявляють переваги та недоліки веб-сайтів вітчизняних комерційних банків. У дослідженні пропонується ефективність банківських інтернет-послуг оцінювати як ефективність інвестиційного проекту. Авторки обґрунтовують економічну доцільність розвитку банківських інтернет-послуг, зокрема, створення веб-сайту банку як інвестиційно-привабливого проекту, що до того ж забезпечує надання зручної для користувачів послуги.

Реформування вищої освіти в Україні, пошуку нових форм і підходів навчання не залишили байдужими дописувачів нашого видання. Узагальненню досвіду використання одного з підходів активного навчання – кейс-стаді – присвячена стаття **Т. Степурко, О. Ігнашук**. Ця стаття розкриває методичні особливості використання цього підходу у викладанні управлінських дисциплін. У статті проаналізовано Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія» та Вінницького національного медичного університету ім. М. Пирогова, викладачі яких у рамках проекту БІХСЕНА опановують інструменти активного навчання, зокрема розробляють управлінські кейси, що ілюструють особливості прийняття рішень в охороні здоров'я в Україні. Авторки виходять із того, що кейс-стаді є одним з підходів активного навчання, розглядають його як ефективний спосіб відпрацювання навичок та досягнення навчальних цілей. Слід погодитися із тезою, що інтерактивні методи навчання вимагають значної відповідальності та

залученості студентів, що не завжди притаманне українському освітньому середовищу.

Досвідом роботи з безхатченками в Умані ділиться **Г. Кучер** у статті «Створення у громаді інноваційних соціальних закладів для безхатченків (досвід м. Умань)». У статті висвітлено досвід соціальної роботи м. Умані (Черкаська область) з бездомними та звільненими особами у територіальній громаді. Авторкою визначається перелік основних послуг, що надається новоствореними соціальними закладами для цих соціально вразливих груп, зокрема Центру обліку бездомних осіб, Центру обслуговування бездомних та звільнених осіб, а також Комплексу надання соціальних послуг бездомним, звільненим та особам з залежностями. Дослідниця звертається до аналізу практики залучення внутрішніх та зовнішніх ресурсів громади задля забезпечення широкого спектра соціальних послуг.

2016 рік є визначальним у підготовці фахівців вищої кваліфікації зі спеціальності соціальна робота, адже саме з 2016 року в Україні почали запроваджувати програми підготовки докторів філософії з соціальної роботи. Аналізу поточної ситуації щодо здійснення підготовки докторів філософії з соціальної роботи присвячена стаття **О. Карагодіної** та **О. Пожидаєвої**.

Дослідниці проаналізували умов ліцензування та початку освітньої підготовки докторів філософії з соціальної роботи в Україні. Встановлено, що на початок лютого 2017 р. право на підготовку докторів філософії зі спеціальності 231 «Соціальна робота» отримали 15 установ, які загалом ліцензували 166 місць. Виявлено, що переважна більшість кафедр, які запроваджують аспірантуру з соціальної роботи, – це кафедри соціальної педагогіки (або соціальної педагогіки та соціальної роботи), очолювані докторами педагогічних наук. Цілком слушним видається припущення стосовно педагогічної орієнтації дисертаційних досліджень значної частини здобувачів ступеня доктора філософії зі спеціальності «Соціальна робота», що актуалізує потребу в професійному обговоренні дослідницьких компетентностей у соціальній роботі.

Таким чином, поточне число «Вісника Академії праці, соціальних відносин і туризму» містить добірку актуальних дослідницьких матеріалів соціально-економічного характеру, які свідчать про небайдужість авторів до питань соціального розвитку, намагання пропонувати шляхи та засоби модернізації певної сфери суспільних відносин.

Перелік джерел інформації

1. Головаха Є., Паніна Н. Соціальні зміни в Україні: пострадянська деінституціоналізація й особливості становлення нових соціальних інститутів // Політична думка. 2001. № 4. С. 3-24.
2. Шульга М. Уявлення населення про соціальну відповідальність // Українське суспільство 1992–2014. Моніторинг соціальних змін: зб. наук. праць / за ред. В. Ворони, М. Шульги. Київ: Інститут соціології НАН України, 2014. Т.1. С. 186–195.
3. Кресіна І., Балан С. Політична відповідальність: суть, ознаки. Київ: Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАНУ, 2009. 68 с.
4. Мазурик О. Соціальна відповідальність бізнесу очима донецьчан // Соціальні виміри суспільства 2010. Вип. 2(13). С. 273-284.
5. Плахотный А. Ф. Свобода и ответственность: социологический аспект проблемы. Харьков: Изд-во ХГУ, 1972. 158с.
6. Хижняк Л. М. Замысел бизнес-образования и проблемы его реализации на различных этапах развития предпринимательства в Украине // Методология, теория та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства. 2014. Вип. 20. С.310–314.
7. Нагорний Б. Г. Тенденції у вивченні сучасних соціальних процесів // Вісник ХНУ ім. В. Н. Каразіна. 2012. № 992. С. 9–12.
8. Савченко І. Г. Соціальна відповідальність органів державної влади в умовах розбудови соціальної держави: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.01.–Харків, 2007. 18 с.
9. Степаненко В. Безвідповідальне суспільство? // Українське суспільство 1992–2009. Динаміка соціальних змін / за ред. В. Ворони, М. Шульги. Київ: Інститут соціології НАН України, 2009. С.358–369.
10. Семигіна Т. В. Охорона здоров'я в Україні: виклики політико-інституційної реструктуризації // Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму. 2016. № 1-2. С. 41-48.

References

1. Golovakha, Y. & Panina, N. (2001). Sotsial'ni zminy v Ukraini: postradyans'ka deinstytutsionalizatsiya y osoblyvosti stanovlennya novykh sotsial'nykh instytutiv [Social changes in Ukraine: post-Soviet deinstitutionalization and peculiarities of formation of new social institutions]. *Politychna dumka*, 4, 3-24.

2. Shul'ga, M. (2014). Uyavlennya naselennya pro sotsial'nu vidpovidal'nist' [Population's perception of social responsibility]. *Ukrayins'ke suspil'stvo 1992–2014. Monitorynh sotsial'nykh zmin*. Vorony, V. & Shul'ga, M. (Eds). Kyiv, 1, 186–195.
3. Kresina, I. & Balan, S. (2009). *Politychna vidpovidal'nist': sut', oznaky* [Political responsibility: the nature, characteristics]. Kyiv: In-t derzhavy i prava im. V. M. Korets'koho.
4. Mazuryk, O. (2010). Sotsial'na vidpovidal'nist' biznesu ochyma donechchan [Social Responsibility in eyes of Donetsk residents] *Sotsial'ni vymiry suspil'stva*, 2(13), 273–284.
5. Plakhotnyy, A. F. (1972). *Svoboda y otvet-stvennost': sotsyolohycheskyy aspekt problemy* [Freedom and responsibility: the sociological aspect of the problem.]. Khar'kov, 1972.
6. Khyzhnyak, L. M. (2014). Zamyseľ byznes-obrazovannya y problemy eho realizatsyy na razlychnykh etapakh razvytyya predprynymatel'stva v Ukrainy [The idea of business education and the problems of its implementation at various stages of development of entrepreneurship in Ukraine] *Metodolohiya, teoriya ta praktyka sotsiolohichnoho analizu suchasnoho suspil'stva*, 20, 310–314.
7. Nahorny, B. H. (2012). Tendentsiyi u vyvchenni suchasnykh sotsial'nykh protsesiv [Trends in the study of contemporary social processes]. *Visnyk KHNU im. V. N. Karazina*, 992, 9–12.
8. Savchenko, I. H. (2007). *Sotsial'na vidpovidal'nist' orhaniv derzhavnoyi vlady v umovakh rozbudovy sotsial'noyi derzhavy* [Social responsibility of public authorities in terms of the development of the welfare state: PhD thesis]. Kharkiv, 2007.
9. Stepanenko, V. (2009). Bezvidpovidal'ne suspil'stvo? [Irresponsible society?]. *Ukrayins'ke suspil'stvo 1992–2009. Dynamika sotsial'nykh zmin*. Vorony, V. & Shul'ga, M. (Eds). Kyiv: Instytut sotsiolohiyi NAN Ukrainy, 358–369.
10. Semigina, T. V. (2016). Okhorona zdorov'ya v Ukraini: vyklyky polityko-instytutsiynoyi restrukturyzatsiyi [Healthcare in Ukraine: challenges of political and institutional restructuring]. *Visnyk Akademiyi pratsi, sotsial'nykh vidnosyn i turyzmu*, 1-2, 41–48.

Вивчення питань економіки, демографії та управління

УДК 614.212/256-021.4(477)

PERCEIVED QUALITY OF OUT- AND IN-PATIENT SERVICES IN UKRAINE: HEALTH CARE USERS' PERSPECTIVE

СУБ'ЄКТИВНА ЯКІСТЬ АМБУЛАТОРНОЇ ТА СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ: ПОГЛЯД СПОЖИВАЧА МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ

Tetiana Stepurko

PhD (Health Management), Assistant Professor and Head of Master Program, School of Public Health, National University of Kyiv-Mohyla Academy

Тетяна Степурко

Доктор філософії в управлінні в охороні здоров'я, доцент та керівник магістерської програми Школи охорони здоров'я, Національного університету «Києво-Могилянська академія»

Valentyna Anufriyeva

Senior Lecturer, School of Public Health, National University of Kyiv-Mohyla Academy

Валентина Ануфрієва

Старший викладач Школи охорони здоров'я, Національного університету «Києво-Могилянська академія»

Victoriia Tymoshevska

Director of Public Health program initiative, International Renaissance Foundation

Вікторія Тимошевська

Директор Програмної ініціативи «Громадське здоров'я», Міжнародний фонд «Відродження»

Abstract

Quality is perhaps the most ambiguous concept in health care service provision though number of studies suggest and use a list of attributes assessed by health care users for identifying perceived quality of the service. This study is aimed to assess perceived quality of health care services through the health care users' angle measuring quality-related attributes of health care services and compare its importance with the access-related ones. The paper presents empirical study results focused on health care service quality. We use the data originated within a wider study «Health Index. Ukraine» on knowledge, attitudes and behavior of people that is linked to health and care services. The data has been collected in May- July 2016 in Ukraine with the use of nationally and regionally representative sample of adults 18+ years old. It appears that health care users assess both ambula-

tory services and hospitalizations as good and acceptable: 37% and 53% of out-patients and in-patients respectively. Perceived treatment effectiveness is the most important service attribute for both out- and in-patient service users (which has got positive enough assessment), while second important attribute for out-patient service users is «opportunity to receive free-of-charge treatment and test» and for in-patient care – «provision of pharmaceuticals». Two later access-related attributes have got mostly negative assessment by health care users. We conclude that chronic underfunding of health care services impacted the provision of pharmaceuticals and accessibility of the services, while self-coping strategies of physicians and health care users (also seen in informal patient payments) allowed maintain adequate service wrapping, or perceived quality. Moreover, there is a great lack of information about health care users' needs and expectations in Ukraine. That is why the studies employing health care users' opinion, perspective are important both for the facility which work is assessed and for the healthcare governance in general. Health care users' assessment of service quality adds lacking dimension for analysis and further decisions connected with fulfilment of the requirements (expectations). Further cross-sectional studies on perceived quality are necessary to monitor progress in health care service provision, and especially its quality and access attributes.

Key words: health care service, perceived quality of service, health care users, survey, Ukraine.

Анотація

Якість є, мабуть, найбільш розпливчастим концептом в наданні послуг у сфері охорони здоров'я, хоча певна кількість досліджень пропонує та використовує перелік атрибутів, що оцінюються споживачами медичних послуг для визначення суб'єктивної якості послуг. Це дослідження має на меті виявити суб'єктивну оцінку якості, яку дає споживач медичних послуг. Стаття ґрунтується на даних «Індекс здоров'я. Україна», які були зібрані в травні–червні 2016 р. в Україні з використанням репрезентативної (для країни та кожної області) вибірки дорослих у віці 18+ років. Виявилось, що споживачі медичних послуг вважають амбулаторну та стаціонарну допомогу доброю та прийнятною: 37% серед споживачів амбулаторної та 53% стаціонарної допомоги відповідно. Суб'єктивна ефективність лікування є найважливішим атрибутом як для споживачів амбулаторної, так і стаціонарної допомоги (атрибут отримав доволі позитивну оцінку), тоді як другим за значущістю атрибутом названо «можливість отримати безкоштовне лікування та аналізи» (для споживачів амбулаторної допомоги) та «забезпечення лікарськими засобами» (для споживачів стаціонарної допомоги). Останні два атрибути, які стосуються доступності послуг, отримали в більшості негативну оцінку від пацієнтів. Хронічне недофінансування послуг в охороні здоров'я лишає суттєвий відбиток на забезпеченні ліками та доступності послуг, але стратегії, до яких вдаються лікарі та пацієнти (наприклад, неформальні платежі пацієнтів), дозволяють підтримувати адекватну «обгортку» послуги, або позитивно оцінювати суб'єктивну якість медичної допомоги.

Ключові слова: медична послуга, суб'єктивна якість послуги, споживачі медичної допомоги, опитування, Україна.

Problem statement. Quality is perhaps the most ambiguous concept in health care service provision (Akalin-Baskaya & Yildirim, 2007). Typically, a distinction is made between observed quality of care and perceived quality of care. The first type shows how well the requirements of professional standards are met, focusing on mostly processes and structures measures. The second type shows views of patients on service received. Or in other words, while observed quality refers to «objective» quality, or aggregate performance of the service, perceived quality of care – in particular, its measurement tools – are often neither described well enough nor validated. However, patients' perception of quality is very important for understanding relationships between quality of care and utilization of medical services,

this is why perceived quality is often used an outcome of health care delivery (Baltussen et al., 2002). In details, perceived quality or subjective assessment of service attributes shows to professionals ways of improvement of services and on the other hand, it is important in terms of impact on further behavior of the person.

Quality of health care services appears among the interests and activities of all key parties of the process of service provision and consumption. Indeed, health care providers usually see quality in terms of clinical effectiveness and clinical standards, guidelines (Tomlin et al., 1999). Health care users also appreciate treatment outcomes (perceived treatment effectiveness) but focus though mostly on service «wrapping»: conditions under which service is

provided, provider's attitude, waiting time, etc (Baltussen et al., 2002). Service efficiency and users' satisfaction are important for policy makers (Baltussen et al., 2002).

However, when the concept of «quality of health care services» is unpacked, it brings special attention to details of the service, e.g. type of the service, level of health care facility, but also refers to the values of organizations, organizational climate and processes at the facility. For example, in 2014 National Health Service of Great Britain published and discussed within the community of healthcare professionals a list containing around 400 unique indicators for hospitals (Bogomaz & Anufriyeva, 2015), e.g. what are the processes when the surgery is cancelled, whether patients and community members are involved in the development of service design etc. Having unique management, personnel, processes and equipment, every health care facility uses its own approaches to measure quality but still relies on the chosen Standard (for example, ISO 9001, JCI, Accreditation norms).

The general understanding of the notion «quality indicators» tells us that they are statistical measures that give an indication of output quality or process quality (Eurostat, 2010). Quality indicators in health care usually show the results and quality of treatment processes in the three main aspects: safety; result and quality of process; and patients' experience (Bogomaz et al., 2010). While for health care users, it rarely comes to system of indicators, they mostly compare recent experience with the previous usage of the service and their personal view on it and researchers may introduce new structure of assessment of the service used that corresponds with either organizational or regional, national policy monitoring and evaluation objectives. In this case, we again refer to so-called «perceived (by the user) quality» that has numerous drawbacks in its interpretation, but no better approaches and instruments are available.

In contrast to more developed and responsive to citizens' needs health care systems, the most problematic aspect of health care service provision in post-Soviet countries is chronic underfunding intertwined with corruption or inefficient use of available funds (Lekhan et al., 2015; Rechel, 2015; Semigina, 2016). Although typical health care system priorities – access and quality in health care and its improvement – are in the policy agenda, still, implementing strategies for its gaining are rather ineffective as more attention is given to the issue of financial resources or their deficit. Moreover, infor-

mation on health care users' experience is neither available nor employed by decision- and policy-makers in post-Soviet countries (Rechel, 2015). Low number of studies on health care service quality in the Eastern European region (a few in Ukraine) and especially from the health care user perspective goes in line with underestimation of the issue of quality in healthcare despite the fact that most of the countries declare it as the policy objective.

Review of previous studies. Responsiveness of health care services is one of the goals of health care system that corresponds to health care users' attitudes, experience and perspective. It is typically measured through perception of health care service quality (manner of provision, i.e. friendly) but two-fold effort are expected: to assure an adequate clinical intervention and pack it into patient-oriented wrapping (WHO, 2012): «two complementary efforts are needed – firstly, to make health-service provision friendly, so that adolescents are more likely to be able and willing to obtain the health services they need; and secondly, to ensure that the health services that adolescents need to stay healthy or to get back to good health are in fact being provided, and are being provided in the right manner. In other words, efforts must be made to increase both health service utilization and health service provision» (p. 7).

When we apply this notion for post-Soviet context, it appears that people are not willing to get consultation of medical doctor as in case of sickness they prefer to resort to self-treatment or alternative (folk) medicine. It reflects barriers to health care services – either financial or ethical, i.e. lack of trust in health care system or in health care professionals (Balabanova et al., 2004; Health Index.Ukraine, 2016). The distrust of health care users in Ukrainian health care may be justified. Luck et al. (2014) studied the quality of care for heart failure and chronic obstructive pulmonary disease and demonstrated that the quality of care for common non-communicable diseases is poor at all levels of health care service provision and nationwide. Also, Peabody et al. (2014) found that a higher quality of care is provided by younger, female physicians as well as by those who had been recently trained in chronic disease or health behaviors. However, health care providers have critical working conditions: their salary is lower than industrial average, state of facilities and equipment is outdated, health care goods for medical assistance are often absent.

Furthermore, in 2010, a multi-country study conducted in six Central and Eastern European

countries (namely, Bulgaria, Hungary, Lithuania, Poland, Romania and Ukraine) revealed that in Ukraine 41% of out-patients have been satisfied with the service quality in contrast to 55.2% in Lithuania, 62.7% in Romania, and 70.3% in Hungary (Stepurko et al., 2016). In case of in-patient services, 45% of those who were hospitalized in Ukraine during one year preceding the survey reported their satisfaction with the service quality, whereas in Lithuania (58%) and Hungary (67%) in-patients seem to be more satisfied. Interestingly however, that out-patient service users in Bulgaria (46%) and in-patient service users in Poland and Romania (48%) are about similarly satisfied as in Ukraine.

In a wider perspective, it is not surprising that the level of satisfaction with Ukrainian health care system is one of the lowest in the world: Ukraine together with Brazil and Russia show one of the lowest levels of satisfaction. In 2007, 2 out of 10 and in 2014 almost 3 out of 10 reported satisfaction with health care system in Ukraine (OECD, 2015). While majority of people in OECD countries «are satisfied with the availability and quality of the services in the area where they live. On average across OECD countries, 71% of people reported being satisfied with their health care system in 2014. However, there are wide variations across countries. In Austria, Belgium, Luxembourg and Switzerland, about 9 citizens out of 10 reported being satisfied with their health care system. This proportion was much lower in Chile and Greece where less than 4 citizens out of 10 reported such satisfaction» (OECD, 2015).

The aim and methods of the study. This study is aimed to assess perceived quality through measuring quality-related attributes of health care services and compare its importance with the access-related ones. The paper presents empirical study results focused on health care service quality. We use the data originated within a wider study «Health Index. Ukraine» on knowledge, attitudes and behavior of people that is linked to health and care services (Health Index.Ukraine, 2016).

In order to reveal the patterns of people's behavior with regard to health and obtain representative data on attitudes towards health care services, the research design is quantitative and cross-sectional one. The survey has been conducted in May – July, 2016 in Ukraine. Nationally and regionally (*oblast*) representative sample has been designed and implemented for household representatives resulting in more than 10 000 respondents nationally and 400 respondents per *oblast* (adult general popu-

lation – 18+ years). Sample size per oblast has been calculated using the following formula $n = 1 / (\Delta^2 + 1 / N)$, where Δ is taken as 5%) and N is the size of general population, n is sample size. For the general population which is larger 100 000 units and comes to infinity, the formula still suggests 400 sample units, i.e. respondents in our case (Paniotto and Maksimenko, 2003)

A multi-staged random probability sample was drawn in each oblast: in the beginning, sampling points were chosen in consideration of regional, urban/rural and ethnic characteristics; then, addresses/households per sampling point were selected using the random route method. Only one individual per household was interviewed. If the respondent refused or was unavailable to take part in an interview after two call backs recorded in the fieldwork report, a replacing respondent was identified following the same procedure. As a result, about 400 respondents per oblast participated in the survey (for socio-demographic characteristics of users-respondents see Table 1).

Professional interviewers have collected data within face-to-face interviews based on structured questionnaire. Face-to-face interviews as data collection mode have numerous strengths despite high costs linked to the following benefits: face-to-face interview can ensure maximum representation of all strata of the population, which is not achieved by telephone or online survey in Ukraine. Also, it is possible to observe and note spontaneous reaction of the respondents, their attitudes towards the topic raised as well as allows longer conversation with respondent in comparison with other modes of data collection, not to mention higher response rate and greater openness of respondents when communicating face to face with the researcher.

The research instrument of «Health index. Ukraine» survey has included questions on healthy lifestyle, attitudes towards health care reform, knowledge of symptoms and questions on service consumption (out- and in-patient consumption by adults, use of ambulance and out-patient pediatric care). The instrument has been developed under the supervision of international scientific board whose role is seen in assuring relevant to international trends and to Ukrainian context study objectives as well as consistency of study objectives with questions in the instrument. The scientific board has not been asked to contribute to the wording of the questions in Ukrainian and Russian versions as it is area of expertise of local researchers and sociologi-

cal agency (the latest also did a pre-test of research instrument). Thus, after the approval of scientific board, the research instrument has been translated from English into Russian and Ukrainian. The total number of questions in the research instrument is 200, but on average each respondent answered less than 100 questions (it took about 30 minutes on average) as only minor share of the sample reported service usage during preceding 12 month. The respondents looked interested in the topic of the research, therefore, the response rate obtained is rather typical for surveys. However, respondents who had high level of health care service consumption and had to provide answers on almost all 200 questions received a small in kind gift from the sociological agency.

In line with the aim of this paper, we refer to the experience of those respondents who reported on out- and in-patient service consumption. In details, all respondents have been asked by the interviewer how many times they have visited a medical doctor or have been hospitalized and if the answer is higher than zero, then we include the experience of this person into this analysis. After asking respondents about the details of their service usage (payments, choice of the provider etc. that is not included in this paper), the users have to assess attributes of the health care service and provide the overall service assessment. The list of attributes varied for out- and in-patient service assessment, but in principle it contains quality-related dimensions, e.g. «treatment effectiveness», or perceived by the user effectiveness, attitude of medical staff, and access-related dimensions. The distinction between quality-related and access-related attributes is made based on the theoretical framework of Berki and Ashcraft (1980) and the list of questions employed in this paper and analysis is presented in the Appendix A. The list of attributes have been developed based on previous experience. First, these questions brought no difficulties during previous study in 2013 as it was revealed during personal communication of researchers with sociological agency, that used these questions in 2013). Second, the literature on the topic is considered for the list of attributes (European Commission, 2010; European Commission, 2014). The questions were asked either in Ukrainian or Russian, depending on the respondent's preference.

In this paper, we have sampled out- and in-patients from the general sample (out of 10 000 household representatives): only the household representatives who visited medical doctor during a year preceding the survey are included in the analysis

conducted for this paper. The empirical data analyzed in this paper is represented by 3 627 out-patient service users (out of 10 123 who provided the answer or 35.8%) and 1 516 hospitalized adults (out of 10168 who gave the answer or 14.9% of national sample).

Apart of descriptive statistics, we have also run ordered probit regression analysis in order to investigate the association between the perceived assessment of service quality (seven dependent variables; range from 0 (negative assessment) to 2 (positive assessment) and (a) the individual health status; (b) individual socio-demographic characteristics.

Socio-demographic characteristics of health care consumers are presented in Table 1. In particular, it appears that more female respondents report out-patient service consumption than men (41.6% vs. 28.8% respectively) and there are also more health care users among older people (30.4% vs. 43.7%).

Findings. The response rate of the study is 47.1%, however as explained above, it has not been resulted in the decrease of the sample size since replacing respondent was identified. Overall, we observe in our study positive enough assessment of the services and its attributes: 52.0% and 37.2% of out-patients evaluate the service as acceptable or good respectively and almost the same per cent is observed among those who were hospitalized during last year (49.5% and 41.5% consequently). Therefore, only 9% of health care service consumers label the service as «bad».

Apart from the overall assessment of the service, out-patients were offered to assess certain attributes of the service consumed. As it is presented in Table 2, the highest assessment was given to the following attributes: politeness of doctors in communications with health care users and their family members (53.7% – good and 40.0% – acceptable) and clearness of doctors' explanations to health care users (49.7%, and 40.6% accordingly). The lowest assessment was given to such an attribute as «opportunity to receive necessary diagnostic tests, laboratory tests and treatment procedures free of charge» (19.4% – good, 27.6% – acceptable and bad or very bad – 52.9%) but also «clear and understandable payment policies» had 30.3% respondents who selected «bad» as an answer on the question. All other attributes' assessment score in between 8.2% «bad» mark for working hours to 13.2% – perceived effectiveness of the treatment, 13.5% – conditions of the facility and 15.4% – territorial convenience of health care facility.

Table 1. Socio-demographic characteristics of the respondents who reported out- or in-patient service consumption during the year preceding the survey

Out-patient service users: N = 3 627 (35,8% out of total sample)		Out-patients, “yes, visited”		In-patients, “yes, visited”	
In-patient service users: N = 1 516 (14,9% out of total sample)		N	%	N	%
Age	18 – 29 years	601	30.4	234	11.8
	30 – 44 years	892	31.5	364	12.8
	45 – 59 years	951	36.5	396	15.1
	60 and more	1182	43.7	522	19.1
Gender	Female	2307	41.6	943	16.9
	Male	1320	28.8	573	12.5
Type of residence	Rural	1083	34.5	508	16.1
	Urban	2543	36.4	1007	14.4
Education	Basic/junior secondary	149	37.6	71	17.7
	Secondary	709	34.1	301	14.4
	Career and technical education	640	34.4	286	15.3
	Vocational school or college	1059	35.5	469	15.7
	Basic higher	163	31.4	59	11.3
	Complete higher	863	39.9	310	14.3
	Scientific degree (PhD and higher)	36	38.7	16	17.4

In addition, recent out-patient service users have been also asked about the most important attribute of the service. «Treatment outcomes», or perceived effectiveness, is seen as the most importance service attribute (61.8% selected this option), the second important (51.1%) is opportunity to receive necessary test and treatment free-of-charge. The least important service attribute is «working hours» (7.6%).

If we compare assessment of the service attribute with the expectations of the health care service users, it appears that financial barriers are the largest in the out-patient care: users highly value free-of-charge treatment and test but they are not able to receive it. More positive situation is noticed with service quality, i.e. perceived

treatment efficiency, which is rated as highly important for the health care users and most of them (86.8%) find it acceptable or good.

In line with the regional differences, data allows analyzing only out-patient service assessment as oblast groups are not saturated enough for the analysis (1 516 inpatients for 24 territorial units resulting in about 60 cases per unit). Figure 1 describes overall assessment of ambulatory care used and the highest marks to the service are given by the population of Ternopil (68%), Lugansk (61%) and Chernivtsi (59%) regions. On the contrary, the lowest assessment is observed in Poltava (17%), Volyn (19%), Mykolayiv (21%) regions and Kyiv city (22%).

Table 2. Importance and assessment of service attributes through the perspective of out-patients who reported service consumption during a year preceding the study

How do you assess the following aspects of out-patient service?	Out-patient service attributes assessment							
	% rank as the most important		Bad		Acceptable		Good	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Perceived effectiveness of treatment	2242	61.8	455	13.2	1489	43.3	1496	43.5
Politeness (goodwill) of doctors in communications	557	15.4	226	6.3	1430	40.0	1920	53.7
Clearness of doctors explanations	528	14.6	343	9.7	1441	40.6	1765	49.7
Territorial convenience of health care facility	631	17.4	548	15.4	1487	41.6	1537	43.0
Conditions of the facility, cabinet (e.g., repair)	438	12.1	479	13.5	1644	46.3	1430	40.2
Working hours	276	7.6	290	8.2	1785	50.7	1443	41.0
Opportunity to receive necessary diagnostic tests, laboratory tests and treatment procedures free of charge	1855	51.1	1796	52.9	923	27.6	650	19.4
Clear and understandable payment policies (including absence of out-of-pocket payments)	596	16.4	923	30.3	1278	42.0	841	27.6
Hygiene of examination and procedures.	371	10.2	456	13.3	1591	46.3	1389	40.4
Overall assessment	-		341	9.8	1842	53.0	1293	37.2

Concerning hospitalizations, there have been another set of the attributes for assessment. The attributes are not universal for out-patient care and hospitalizations because of different nature of service. Table 3 shows that the highest appraisal has got goodwill of physicians (36.8% – acceptable and 57.2% – good) and nurses (38.8% – acceptable and 54.7% – good) as well time spend for hospital admission (36.8% and 55.2% respectively) and

perceived effectiveness of treatment (41.8% and 48.2% consequently).

Low level of assessment has been given to provision of pharmaceuticals (only 17% of those who had admission experience during previous 12 months assessed this attribute as good/very good, 18% – acceptable, in contrast to 66% – bad or very bad). Besides, the second attribute that got negative assessment is «quality of food» (41.8% reported that

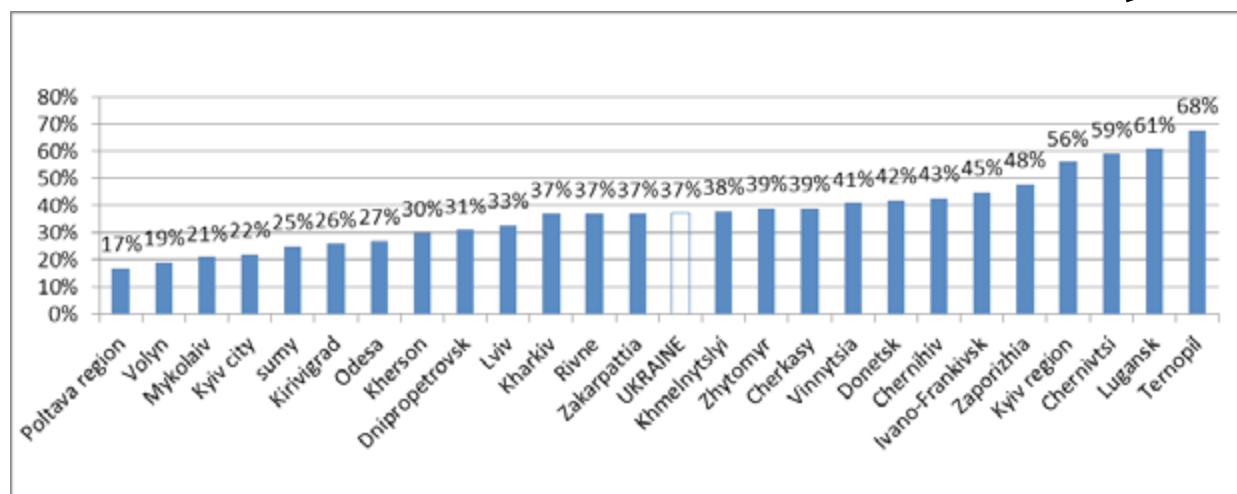


Figure 1. Perceived quality of out-patient services: comparison across the regions (% of good evaluation)

it is bad) and the third – clear and understandable payment policies (26.6%).

The most important attributes of in-patient care (first columns of Table 3) are treatment outcomes (perceived effectiveness) (47.6%) that is also the most important attribute of out-patient service. The second and the third important attributes are provision of pharmaceuticals (39.8%) and physicians' qualification (37.8%). Perceived effectiveness of treatment and doctors' qualification were assessed positively by in-patients whereas provision of drugs in hospitals «bad».

Moreover, we have analyzed the socio-demographic similarities and differences in the assessment of out- and in-patient services in terms of age groups, sex, education, type of residence and household income (see Table 4). We have included in the analysis overall assessment of the service and the most important for the respondents attributes. When age groups are compared, we reveal that there is minor difference (that does not exceed 10%) in the overall assessment of out-patient care. In contrast to similar care evaluation between males and females, larger difference (up to 9%) is observed in the assessment of perceived effectiveness of treatment (between the younger patients and older ones – the latter gives worse evaluation of this attribute). This observation is also relevant for in-patient service users perceived effectiveness of treatment that is assessed lower by older age groups (46% vs 55% of «good» answers). Also, for free-of-charge treatment group of 45-59 years old gives more negative scores than others.

Comparing rural-urban respondents' assessment, we did not identify drastic differences

in case of assessment: the highest difference in 8% is noticed in case of overall assessment of out-patient services (35% good among urban and 43% – rural) and 10% difference in assessing in-patient care (rural 48% good vs 38% of urban residents).

Among the education groups, the most positive assessment has been given to out-patient care by 2nd education group and those who have higher education to the perceived effectiveness of treatment (47% and 50% in contrast to others 37-41%). In hospitalization, the highest difference is noticed between second age group (33%) and higher education group (49%) and basic primary education (51%) but because of low saturation of basic higher education group we cannot consider its differences.

Table 5 presents the results of seven ordered probit regression analyses. The regression results show that in all seven models, the place of residence and good perceived health have always a significant association with quality-related indicators. In particular, the place of residence have a significant negative association: out- and in-patients from urban areas have higher probability to report on more negative assessment of service attributes as well as those who believe they have unsatisfactory health. On contrary, gender indicator does not show significant results in all models. Other independent variables, e.g. age, are significant only in the models linked to conditions of the facility and politeness of medical doctors in both out- and in-patient models: older respondents show more positive assessment of the service attributes.

Table 3. Importance and assessment of service attributes through the perspective of in-patients who reported service consumption during a year preceding the study

How do you assess the following aspects of in-patient service?	In-patient service attributes assessment							
	% rank as the most important		Bad		Acceptable		Good	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Time spend for the hospital admission and ambulance drive	120	7.9	117	8.0	541	36.8	810	55.2
Hygiene and conditions of the facility	213	14.1	211	14.2	624	42.1	647	43.7
Quality of food	161	10.6	584	41.8	500	35.7	314	22.5
Affordability of diagnostics and laboratory test	402	26.5	225	15.6	629	43.7	586	40.7
Provision of pharmaceuticals	604	39.8	936	65.7	253	17.8	235	16.5
Medical doctors' qualification	573	37.8	79	5.5	542	37.4	829	57.1
Goodwill of physicians	130	8.6	90	6.1	542	36.8	843	57.2
Goodwill of nurses	32	2.1	96	6.5	568	38.8	800	54.7
Perceived effectiveness of treatment	721	47.6	139	10.0	582	41.8	671	48.2
Clear and understandable payment policies (including absence of out-of-pocket payments)	93	6.1	327	26.6	495	40.3	407	33.1
Overall assessment	-		129	9.0	708	49.5	594	41.5

Table 4. Perceived access to and quality of out- and in-patient services: socio-demographic characteristics

	Out-patient service						Hospitalization											
	Overall assessment			Perceived effectiveness of treatment			Free-of-charge treatment, tests			Overall assessment			Perceived effectiveness of treatment			Provision of pharmaceuticals		
	Good N (%)	Bad N (%)		Good N (%)	Bad N (%)		Good N (%)	Bad N (%)		Good N (%)	Bad N (%)		Good N (%)	Bad N (%)		Good N (%)	Bad N (%)	
Out-patients: N = 3 627																		
In-patients: N = 1 516																		
Age	18 – 29 years	199 (35)	46 (8)	271 (48)	43 (8)	122 (22)	277 (50)	97 (44)	16 (7)	117 (55)	12 (6)	41 (19)	146 (66)					
	30 – 44 years	327 (38)	100 (12)	406 (48)	99 (12)	168 (21)	428 (53)	147 (42)	32 (9)	171 (50)	25 (7)	60 (18)	217 (64)					
	45 – 59 years	339 (37)	89 (10)	379 (43)	122 (14)	127 (15)	513 (59)	155 (41)	41 (11)	166 (46)	48 (13)	64 (17)	258 (69)					
	60 and more	414 (37)	104 (9)	426 (39)	186 (17)	227 (21)	523 (50)	195 (40)	40 (8)	218 (46)	55 (12)	70 (14)	314 (65)					
Gender	Female	851 (39)	216 (10)	947 (44)	295 (14)	397 (19)	1130 (53)	376 (42)	79 (9)	419 (49)	96 (11)	138 (16)	591 (67)					
	Male	428 (34)	123 (10)	535 (43)	155 (13)	248 (21)	621 (52)	219 (41)	48 (9)	252 (48)	44 (8)	97 (18)	344 (64)					
Place of residence	Rural	435 (43)	73 (7)	471 (47)	105 (10)	226 (23)	485 (50)	233 (48)	44 (9)	255 (54)	38 (8)	88 (19)	302 (63)					
	Urban	844 (35)	266 (11)	1010 (42)	345 (14)	419 (18)	1266 (54)	362 (38)	84 (9)	416 (46)	101 (11)	147 (16)	632 (67)					
	Basic/Junior secondary	55 (40)	13 (10)	51 (37)	24 (18)	30 (23)	68 (52)	34 (51)	8 (11)	34 (57)	8 (13)	8 (12)	44 (65)					
Education	Secondary	262 (39)	62 (9)	314 (47)	88 (13)	149 (23)	338 (52)	126 (44)	27 (9)	141 (50)	21 (8)	48 (17)	187 (67)					
	Career and technical	201 (33)	63 (11)	228 (38)	83 (14)	95 (16)	299 (52)	89 (33)	29 (11)	108 (41)	30 (12)	42 (16)	176 (65)					
	Vocational school or college	356 (36)	97 (10)	402 (41)	143 (15)	194 (20)	534 (54)	177 (40)	35 (8)	203 (48)	47 (11)	66 (15)	289 (66)					
	Basic higher	50 (32)	19 (12)	59 (38)	20 (13)	27 (19)	74 (52)	17 (31)	7 (13)	14 (27)	6 (12)	11 (20)	28 (50)					
	Complete higher	336 (40)	75 (9)	407 (50)	86 (11)	143 (18)	414 (53)	142 (49)	18 (6)	166 (57)	22 (8)	53 (18)	201 (68)					

Table 5. Ordered probit regression analysis on the quality-related attributed of health care services used during the preceding 12 months

Data collection year: 2016	Out-patient physician services				In-patient hospital services			
	Perceived effectiveness of treatment	Politeness of doctors	Hygiene of examination and procedures	Perceived effectiveness of treatment	Conditions of the facility	Politeness of medical doctors	Qualification of medical doctors	
	Coefficient (S.E.)	Coefficient (S.E.)	Coefficient (S.E.)	Coefficient (S.E.)	Coefficient (S.E.)	Coefficient (S.E.)	Coefficient (S.E.)	
[0 – Negative, 1 – Neutral, 2 – Positive]								
Age [Years]	0.000 (0.002)	0.009* (0.002)	0.008* (0.002)	0.002 (0.003)	0.006** (0.003)	0.008* (0.003)	0.005 (0.003)	
Gender [0 – Male; 1 – Female]	0.074 (0.069)	0.037 (0.070)	0.104 (0.068)	-0.018 (0.108)	0.093 (0.102)	0.040 (0.107)	0.109 (0.108)	
Residence place [0 –Village; 1-Town or City]	-0.313* (0.074)	-0.358* (0.075)	-0.128** (0.073)	-0.392* (0.114)	-0.415* (0.108)	-0.257* (0.114)	-0.366* (0.115)	
Level of education [From 0 – Uncompleted primary education to 5 – Tertiary education]	0.041** (0.022)	0.069* (0.022)	0.047* (0.022)	0.025 (0.036)	-0.056** (0.034)	0.056 (0.036)	0.028 (0.036)	
Good perceived health [0 – No; 1 – Yes]	0.766* (0.085)	0.593* (0.086)	0.451* (0.083)	0.902* (0.143)	0.245** (0.131)	0.513* (0.141)	0.249* (0.141)	
Threshold = 0	-1.763* (0.156)	-2.158* (0.164)	-1.224* (0.153)	-2.131* (0.241)	-1.831* (0.224)	-2.230* (0.244)	-2.582* (0.250)	
Threshold = 1	0.426* (0.152)	0.416* (0.154)	1.057* (0.152)	0.192 (0.230)	0.249 (0.218)	0.248 (0.228)	-0.007 (0.230)	
Number of observations	3390	3501	3375	1381	1468	1460	1436	
Nagelkerke R Square	0.044	0.026	0.014	0.051	0.020	0.017	0.017	
* p < 0.05; ** p≤0.10.								

Interestingly however, the level of education as independent variable has significant positive associations in out-patient models only with the exception of «conditions of in-patient facility» where education has a significant negative association with dependant variable: the higher education of those who have been hospitalized, the lower assessment is given to the «in-patient facility condition» attribute.

Quality of medical care can be assessed from the point of view of its structure (e.g., adequacy of equipment, number and qualification of personnel), processes (e.g., management) or results (e.g., treatment outcomes) (Bogomaz et al., 2010; Bogomaz & Anufriyeva, 2015).

Besides, medical care as a process has several interested parties. At least top management of medical facility, medical personnel and health care users declare importance of quality of health care services. However, each of them sees quality of care differently. Manager of health care facility would pay attention to safety, resources, inputs and outputs of the processes and general financial result. Medical doctors pay attention to pain release, absence of complications, treatment outcomes, whereas health care users can assess clean rooms, waiting time, politeness of personnel and quick solving of the problem as the reason of referral to health care service provider.

This means that each interested party could have its own indicators of quality. In case of doctors and managers, these indicators may be defined and supervised by the means of documenting and analyzing all the statistical information about the processes. In case of health care users, the assessment of service quality is performed based on personal previous experience. Health care users usually assess what they see and feel, in other words – «wrapping» of the service whereas clinical part is not evaluated because of informational asymmetry. Health care providers should pay more attention to the dimensions valued by health care users in case managers and physicians are interested in satisfied health care users (that also gives an impact to treatment adherence, for example).

The literature provides limited number of the studies on perceived quality of health care services and some of them (e.g. on satisfaction) have been outlined above, but other countries (where quality and accessibility of service provision is also problematic) present rather interesting evidences. Indeed, Jorge Mendoza Aldana et al. (2001) reports importance of satisfaction with the provider's usual behavior (68,9%): respect and politeness from the provider,

irrespective of whether they used fixed facilities or outreach services. Whereas this attribute was not among the most important for the service users who took part in our study. Our study shows similar to Baltussen et al. (2002) results in the part where service users assess «adequacy of resources and services» as relatively poor because of absence of drugs.

Furthermore, health care users in Ukraine and other post-Soviet countries resort to 'do-it-yourself' strategies in order to improve sub-standard quality of health care service provision at public facilities. Searching «personal» medical doctor, paying informally, using personal connections are the examples of these coping strategies which arise on the background of underfunding, distorted policy goals, inefficient policies and lack of technical capacities in their implementation. As it has been revealed by the previous studies, satisfaction with health care services has a significant association with informal patient payments (Stepurko et al., 2016). We assume that relatively high positive assessment of health care services can be attributed to the coping strategies applied by Ukrainian health care users. Also, low expectations can lead to higher rank of assessment given to the attributes of health care service provision.

Moreover, there is a great lack of information about health care users' needs and expectations in Ukraine. That is why the studies employing health care users' opinion, perspective are important both for the facility which work is assessed and for the healthcare governance in general. Health care users' assessment of service quality adds lacking dimension for analysis and further decisions connected with fulfilment of the requirements (expectations).

Nevertheless, our study does not go without limitations. First, a recall bias can bring inaccuracies in identifying out- and in-patient service users as we rely on the respondents' memory and do not have instruments to check whether they really had experience of the service consumption. Still, one year recall bias is considered reasonable for health care service usage. Second, social desirability bias may influence the results, however this is more relevant for reporting weight, physical activities, and to a lesser extent may refer to the service consumption – giving more positive results. Third, typical for cross-sectional study limitations are lack of understanding of causal-effect associations. Despite mentioned limitations and limitations linked to the vagueness of «perceived quality» concept, the study presents unique for the country analysis of the data.

Conclusions. Overall, the study provides interesting results that the majority of health care users assess positively quality-related and negatively access-related attributes of health care services which are lacking adequate organizational approaches and are chronically underfunded. We conclude that inefficient allocative efficiency and lack of funds impacted on the provision of pharmaceuticals and ac-

cessibility of the services, while self-coping strategies of physicians and health care users (also seen in informal patient payments) allowed maintain good service wrapping and perceived quality. Further cross-sectional studies on perceived quality are necessary to monitor progress in health care service provision, and especially its quality and access attributes.

References

- Bogomaz, V.M., Goroh, E.L., Lischishina, O.M., Novichkova, O.M, Ross, G., Stepanenko, A.V. (2010). Indikatori yakosti medichnoyi dopomogi ta yih rol v upravlinni ohoronoyu zdorov'ya [Indicators of the quality of care and their role in the management of health]. *Ukrayinskiy medichniy chasopis*, 1(75), 7-13.
- Paniotto, V.I., Maksimenko, V.S. (2003). *Kolichestvennyye metody v sotsiologicheskikh issledovaniyakh* [Quantitative methods in sociological research]. Kyiv: Naukova dumka. Retrieved from: http://www.kiis.com.ua/materials/books/376072_C6170_paniotto_v_i_maksimenko_v_s_kolichestvennyye_metody_v_sociolo.pdf
- Akalin-Baskaya, A., Yildirim, K. (2007). Design of circulation axes in densely used polyclinic waiting halls. *Building and Environment*, 42(4), 1743-1751.
- Aldana, J. M., Piechulek, H., Al-Sabir, A. (2001). *Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh*. Bulletin of the World Health Organization, 79(6), 512-517.
- Balabanova, D., McKee, M., Pomerleau, J., Rose, R., Haerpfer, C. (2004). Health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries. *Health services research*, 39(6p2), 1927-1950.
- Baltussen, R. M. P. M., Yé, Y., Haddad, S., Sauerborn, R. S. (2002). Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. *Health policy and planning*, 17(1), 42-48.
- Berki, S. and Ashcraft, M. (1980). HMO enrollment: Who joins what and why: A review of literature. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 58(4), 588-632.
- Bogomaz, V., Anufriyeva, V. (2015). International Quality Audits in the Medical Facility. *Praktikuyuchiy Ukar*, 2, 78-81.
- European Commission (2010). *Patient safety and quality of healthcare*. Eurobarometer. Brussel, Belgium 2010. Retrieved from: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf Accessed 6th February 2017.
- European Commission (2014). *Patient safety and quality of healthcare*. Eurobarometer. Brussel, Belgium. Retrieved from: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ebs_411_en.pdf Accessed 6th February 2017.
- Eurostat (2010). *Quality Glossary*. Retrieved from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=2344300.PDF Accessed 6th February 2017.
- Graham, W.J. (2009). Criterion-based clinical audit in obstetrics: bridging the quality gap. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 23, 375-88.
- Health index. Ukraine (2016). Retrieved from: www.health-index.com.ua Accessed 6th February 2017.
- Lekhan, V., Rudyi, V., Shevchenko, M., Nitzan, K. D., Richardson, E. (2015). Ukraine: health system review. *Health systems in transition*, 17(2), 1-154.
- Luck, J., Peabody, J. W., DeMaria, L. M., Alvarado, C. S., & Menon, R. (2014). Patient and provider perspectives on quality and health system effectiveness in a transition economy: evidence from Ukraine. *Social Science & Medicine*, 114, 57-65.
- OECD (2015). *Government at a Glance*. Paris: OECD Publishing, doi: http://dx.doi.org/10.1787/gov_glance-2015-en. Retrieved from: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/4215081e.pdf?expires=1486385891&id=id&accname=guest&checksum=853783880AED2F635055D3AF10BF637C> Accessed 6th February 2017.
- Peabody, J. W., Luck, J., DeMaria, L., Menon, R. (2014). Quality of care and health status in Ukraine. *BMC health services research*, 14(1), 446.
- Rechel, B. (2015). Health Policy Reform in the Countries of the Former Soviet Union. In *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance* (pp. 238-253). Palgrave Macmillan UK.
- Semigina, T. V. (2016). Okhorona zdorov'ya v Ukrayini: vyklyky polityko-instytutsiynoyi restrukturyzatsiyi [Healthcare in Ukraine: challenges of political and institutional restructuring]. *Visnyk Akademiyi pratsi, sotsial'nykh vidnosyn i turyzmu*, 1-2, 41-48.
- Stepurko, T., Pavlova, M., & Groot, W. (2016). Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. *BMC Health Services Research*, 16(1), 342.
- Tomlin, Z., Humphrey, C., & Rogers, S. (1999). General practitioners' perceptions of effective health care. *Bmj*, 318(7197), 1532-1535.
- WHO (2012). *Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Retrieved from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/9789241503594/en/> Accessed 6th February 2017.

APPENDIX A. Wording of the questions applied in the analysis

1. Out-patient care

1.1. Now we talk about ambulatory medical care. Please do not include here ambulance call, dental services, medical or professional checkups, refer for health certificate or sick leave, refer to homeopaths, healers, who are not physicians, passing only through diagnostic procedures or analyses, as well as assistance provided to your child or another family member. Asking about ambulatory care, we do not mean going through series of the procedures, day patient facility and so on. So, how many times did you use ambulatory medical assistance during the past 12 months? [times]

1.2. How do you assess following aspects of out-patient medical assistance? (Card A). [Very good – Good – Normal – Bad –Very bad]

Card A

Treatment effectiveness

Doctor's politeness during communication with patients and their families

Understandable doctors explanations for patients

How territorially convenient is a medical facility where your doctor works

Conditions where medical assistance is provided (for instance, cleanness of the building considering rest rooms)

Schedule of work

Possibility to receive diagnostic examinations, laboratory tests and treatment procedures free of charge

Understandable and transparent payment policy for medical assistance

Providing medical personnel with hygiene of examination and procedures, for example when in front of you they put on gloves or wash hands

1.3. Now look at card A. Here are listed all aspects that I have just read to you. Please, say, which of these are more important for you. You can choose up to three.

1.4. In general, how do you assess the outpatient medical care?

2. In-patient care

2.1. How many times you were hospitalized during the last 12 months with exception of one day in-patient care, hospitalization with a child, but including hospitalization related to pregnancy or delivery? [times]

2.2. How do you assess following aspects of in-patient medical assistance? (Card B). [Very good – Good – Normal – Bad –Very bad]

Card B

Time of admission spent in admission room, including time after the ambulance brought you in

Welfare conditions (including hygiene) under which medical help was provided

Quality of food

Accessibility of diagnostic and laboratory tests

Pharmaceuticals provision

Doctors' qualification

Doctors' good will

Nurses' good will

Treatment effectiveness

Understandable and transparent payment policy for help (including absence of informal payments)

2.3. Now look at card B. Here are listed all aspects that I have just read to you. Please, say, which of these are more important for you. You can choose up to three.

2.4. In general, how do you assess the inpatient medical care that you consumed?

Матеріал надійшов 5.02.2017 р.

DRUG PROCUREMENT POLICY IN UKRAINE: IS THERE A «WINDOW OF OPPORTUNITY»?

ПОЛІТИКА ЩОДО ЗАКУПІВЛІ ЛІКІВ В УКРАЇНІ: ЧИ Є «ВІКНО МОЖЛИВОСТЕЙ»?

Tetyana Semigina

Dr. in Political Sciences, Professor, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Тетяна Семигіна

Доктор політ. наук, професор Академії праці, соціальних відносин і туризму

Olena Mandrik

PhD, Postdoctoral Researcher, Institute of Health Policy and Management of Erasmus University Rotterdam

Олена Мендрік

Доктор філософії, дослідник інституту політики та управління охорони здоров'я, університет ім. Еразма Роттердамського (Нідерланди)

Abstract

Using documentary analysis and other qualitative methods we analysed current policies on state procurement, pricing, and health technology assessment, as well as historical aspects of drug reimbursement in Ukraine. The analysis was done through a prism of the Multiple Streams Framework or Kingdon's model.

Ukraine currently has a generic-oriented market of drugs (medicines, vaccines, and supplements for diagnostics), characterized by insecure patent protection, bureaucratic and unstable procurement regulations, corrupt practices and an unstable economic background.

The research shows that over the past 15 years Ukraine has made multiple attempts to develop and implement health insurance and a drug reimbursement system, while the main mechanisms for drug procurement remained in the form of centralized and regional tenders. Health technology assessment is being considered, but not used formally. Incremental policy changes initiated by the Ministry of Health in 2014-2016, have not yet reshaped the post-Soviet system of healthcare financing. The implementation of the modern approaches recommended by the international organisations and the fight against corruption were doomed to failure by disagreements among multiple stakeholders, many of whom with vested interest. Similar challenges to health policy elaboration and implementation are observed in other Central European and former Soviet states.

Key words: Kingdon's model, health policy, procurement system, policy entrepreneurs, policy coherence.

Анотація

Використовуючи аналіз документів та інші якісні методи ми проаналізували поточну політику щодо державної закупівлі ліків, їх ціноутворення та оцінки медичних технологій, а також історичні аспекти відшкодування вартості ліків в Україні.

Дослідження засвідчує, що за останні 15 років Україна зробила кілька спроб з розробки та впровадження медичного страхування та системи компенсації вартості ліків, однак централізовані і регіональні тендери залишаються основними механізмами закупівель лікарських засобів. Оцінка медичних технологій обговорюється, але офіційно не використовується. Поступові політичні зміни, ініційовані Міністерством охорони здоров'я в 2014-2016 роках, досі не змінили пострадянську систему фінансування охорони здоров'я. Реалізація сучасних підходів, рекомендованих міжнародними організаціями, та боротьба з корупцією стримуються розбіжностями між кількома зацікавленими сторонами, багато з яких має корисливі інтереси. Схожі проблеми в розробці і здійсненні політики в галузі охорони здоров'я спостерігаються в інших країнах Центральної Європи і колишнього Радянського Союзу.

Ключові слова: модель Кінгдона, політика охорони здоров'я, система закупівель, політичні ділки, узгодженість політики.

Introduction Since its independence in 1991, Ukraine has been claiming the implementation of health care reforms. Some authors noted the failure of the undertaken measures and a lack of systemic or large-scale transformations (Lekhan et al., 2015; Semigina, 2013). Thus, the hierarchically structured system of healthcare, its outdated governance (World Bank, 2015), as well as the political, economic and social principles of health policy have remained mainly unchanged from Soviet times. At the same time, marketization of all areas of life in Ukraine resulted in new formal and informal economic practices within the system of healthcare and pharmaceuticals (Stepurko, Pavlova, Gryga, Murauskiene & Groot, 2015).

In 2015-2016, the civil society pushed the Ukrainian government to introduce a number of institutional changes into the current drug procurement policy. The issue of drug provision is perceived as one of the most challenging areas of health policy (Patients of Ukraine, 2016). However, these temporary innovations have not yet embedded into a broader healthcare financing reform, nor into the strategic revision of health policy goals.

This paper analyzes the drug procurement policy in Ukraine through a prism of the Multiple Streams Framework or Kingdon's model (Kingdon, 1995). Focusing on the problems, policy and politics streams, the authors look at the societal and institutional dimensions of the drug procurement policy and examines why health policy decision-making failed to introduce the approaches recommended by the World Health Organisation (WHO) – universal health insurance, health technology assessment and other instruments to ensure equity in health and avoidable deaths (WHO, 2012). The paper is based on desk-review that included analysis of legislative acts, draft laws, political and other documents, as well as non-structured interviews with health policy stakeholders, including discussions during the Summer School «Transformations of Healthcare System: Eastern Europe» (Ukraine, L'viv, 18-23 July 2016).

Thematic analysis (Ryan&Bernard, 2003) was applied to process the data. Specific considerations were given to: (a) historical and current state purchasing mechanisms and regulations, pricing policies; (b) attempts to implement reimbursement for drugs and other health policy changes; (c) policy options for further changes in drug procurement policy. The results of the research are presented in the descriptive analysis. We are aware of the limitations of this analysis based on the qualitative methods of re-

search, yet we hope it will add another layer into the picture of understanding the challenges and realities of the public policy within a post-socialist society.

Theoretical Framework Current debates about the processes of health policy decision-making (Bartlett, Bozikov & Rechel, 2012; Figueras &McKee, 2012; Marmor & Wendt, 2012; Rachel &McKee, 2014) demonstrate the limitations of applying rational, evidence-based approaches, which are so valued by health scientists and political analysts (Lomas & Brown, 2009; Lomas et al., 2005;Platt et al., 2013). Some researchers (Cacace et al., 2013) suggest that in many instances health policy is an irrational and dynamic process dealing with entities of substantial complexity. At the same time, it may be framed by societal expectations and political legacies (Etiaba et al., 2015;Reising et al., 2015). Monaghan (2011) and Ruger (2010) pointed out that ideas of equity and social justice, as well as traditional level of commodification and state intervention, economic visions and legal frameworks matter in political decisions on health issues. Thus, Multiple Streams Framework (MSF) can be used for health policy analysis, as it takes into account the complex nature of such policy.

The MSF was first proposed by John Kingdon in 1984 as an explanation of a policy change (Kingdon, 1995).The main underlying assumption of the MSF concept is the belief that policymaking is unpredictable. The framework centres on three different streams – problem stream, the policy stream, and the politics stream that are floating in constant parallel within the policymaking environment. The problem stream refers to those issues or situations that capture public attention, including that of the government. They may come to government's attention through feedback on existing policy programmes, with a focus on events like crisis, or via indicators, such as statistics. The policy stream is conceptualized as a «policy primeval soup», in which policy ideas and solutions are developed, selected or rejected. Policies can be developed independently from problems. The politics stream refers to public opinion, election results, and demands of interest groups. The politics stream also includes such factors as the national mood, administrative or legislative turnover, and pressure group campaigns (Kingdon, 1995).

When the three streams join at critical moments, they constitute a «policy window». When this window opens, the issue becomes a part of the policy agenda and subsequent policy-making steps will ensue. The coupling of streams is determined by the

presence of policy windows and the actions of the so-called policy entrepreneurs (or policy actors) who introduce and promote their ideas on many occasions, investing time and energy into increasing their chances of getting an idea placed on the decision-making agenda (Kingdon, 1995). They are active in both the problem stream and the policy stream, and they must act quickly when the policy window opens, or the opportunity will pass by them (Zahariadis & Exadaktylos, 2016).

It should be noted that Kingdon's MSF is empirically based, with data generated from 247 interviews with transportation and health policy-makers in the US (Kingdon, 1995). It is still actively used in health policy analysis (see: Black, 2001; Guldbrandsson, & Fossum, 2009).

Kingdon was criticized for making no attempts to test the framework outside the US (Sabatier, 1999). Winkel and Leipold (2016) doubt the ability of the MSF to generate insights useful in comparative research. However, other sources describe how the model was applied in policy analysis outside the US and not only for health policymaking, but for educational, infrastructural and other policies (see: Ackrill, & Kay, 2011; Chow, 2014; Ma & Wenfa, 2012; Sager & Thomann, 2016). Knaggård (2015) regarded the MSF as a powerful tool for understanding the policy process and, in particular, agenda-setting in policy, while Béland and Howlett (2016) pointed out advantages of the MSF application to the policy analysis.

Thus, the applicability of the MSF has always been a debated topic in the literature, but this framework addresses ambiguity of policy-making and many ways of thinking about the same problem evoking confusion and stress. The MSF allows to investigate problem framing as a separate process and enables a study of actors that frame problems without making policy suggestions. Health policy with its multifarious approaches to solve the same problem is an area that captures interest of different groups, but it mainly has incremental models of policy formation. Such peculiarities of health policy require a special analytical framework, and for the purposes of our research the MSF providing theoretical ground for the debate on different dimensions of the drug procurement policy in Ukraine without making assumptions of reasons.

Research Findings

Policy stream: current system of health financing, drug procurement and (over)regulation tools

State Health Financing in Ukraine

Until now, Ukraine's healthcare financing mechanism was based on a general taxation system in which expenditures were split between state (national) and regional budgets. In 2015, financing of the healthcare system reached 71 billion UAH (around 3.2 billion USD). In 2005-2015, total volume of financing increased by more than five times. However, such boost may be explained mostly by currency devaluation: the mean annual exchange rate for one USD rose from 5.13UAH in 2005 to 21.85UAH in 2015. The share of state and regional budgets spent on drugs and medical devices varied in each year; in 2014 centralized procurement and regional procurement reached 2.1 billion UAH and 3.9 billion UAH, respectively (State Statistical Service of Ukraine, 2015).

The communication with experts and discussions with health care insiders demonstrate that currently the central state budget is directed towards financing targeted therapeutic programmes and several hospitals of national subordination. In 2015, the national state budget covered the following costs: diagnostic equipment, pediatric vaccination, treatment of HIV, hepatitis B and C, tuberculosis, adult and childhood oncology, cardio-vascular diseases, childhood haemodialysis and phenylketonuria, neonatal screening for genetic diseases, adult nephrology assistance, implants and endo-prosthesis, organ transplantation, blood donations, orphan children and severe diseases, reproductive health, fertility treatment, multiple sclerosis and haemophilia. The regional budget aims to finance healthcare in the regions, districts, cities and other territorial units. Through the preceding years, the regional budgets either co-financed the targeted programmes in the regions (for example, ambulance medical help, oncology, HIV, cardio-vascular disease, and nephrology) or fully covered expenses for specified treatment (for example, insulin for patients with diabetes mellitus).

Regulations on supply of pharmaceuticals

Coverage of the population by «free» pharmaceuticals is a populist issue within Ukrainian policy. It is rooted historically in Soviet times – free, yet limited pharmaceutical were available for the inpatient care at the hospitals, while outpatient pharmaceuticals were excluded from benefits package of free healthcare. At the same time, patients from many

dispensary groups – e.g. diabetes, asthma – received free medication for life.

Currently, only a few population groups are entitled to free pharmaceuticals, and even fewer people receive «free drugs» in reality. The widest coverage is often allocated to «war veterans», followed by children (of various ages), pregnant and post-partum women, people with disabilities, etc. Also, the state covers outpatient treatment for certain conditions, such as HIV infection, TB, epilepsy, certain psychiatric conditions, asthma and diabetes. Meanwhile, as pharmacies provide only limited availability of free medicines, even these prioritized groups may need to cover these costs out-of-pocket. However, often not all drugs are available at all times at the pharmacies that are allowed to dispense them under government regulation, in which case even those who are formally eligible for free or subsidized medicines, have to purchase them out-of-pocket. Together with out-of-pocket payments, drugs accounted for nearly 40% of total health expenditures in Ukraine (WHO, 2016).

In early 1990s, the pharmaceutical market across the former Soviet Union, including Ukraine, was liberalized, and prices were freed from regulation. While it may have helped to address the existing supply problems, access to treatment was determined by a patient's ability to pay the market-based prices for drugs (RPR, 2016).

It should be also mentioned that in Ukraine, with liberalized drug markets, most drugs can simply be purchased without a prescription over the counter and thus self-treatment is common. Experts speaking out at the conference, pointed out that pharmaceutical manufacturing, distribution and retail are now almost universally based and run for profit by private enterprises.

Current pricing policies in Ukraine limit retail and wholesale margins for the list of essential medicines (Cabinet of Ministers of Ukraine, 2009), and require price declaration for state procurement (Cabinet of Ministers of Ukraine, 2014). Existing state regulation of wholesalers and pharmacy retail prices for a specified list of essential medicines aims to improve affordability and access to these essential drugs to the population. Meanwhile, price declaration mechanisms were established to control state spending on treatment for tender purchases and later for reimbursement.

Despite the price control of the list of essential medicines set at both the national and regional levels, retail prices at pharmacies in different Ukrainian regions can vary by a factor of three (Ministry of

Health of Ukraine, 2016b). It is worth to stress that the Ministry of Health (MOH) does not promote and support self-regulation of the pharmaceutical market.

The history of Procurement System and Mechanisms

Until 2015, procurement system in Ukraine included mainly of (1) centralized tenders operated by the MOH and procuring from the state budget and (2) regional tenders operated by regional health authorities, procuring from the regional budgets.

The drugs' registration (Ministry of Health of Ukraine, 2015b) and inclusion into the «List of drugs that can be purchased by healthcare establishments, financed from state and local budgets» – the so-called «list #1071» (Cabinet of Ministers of Ukraine, 2009) – were the first mandatory steps for any drug procurement from state budget. The central state nomenclature committee issued an annual list of products for state procurement and finalized it after regional health authorities submitted requests for their annual quantities. The healthcare authorities can purchase only the products included into the list #1071 (there were 784 positions in 2015), the nomenclature list and based on the wholesaler prices determined by the MOH. The state formulary adopted in line with the WHO Model Formulary (Ministry of Health of Ukraine, 2015a) and unified clinical protocols are recommendatory to follow and may be considered during the review of the list #1071 and tender nomenclature.

Despite similarities, the state drug register, unified protocols, state formulary, and the list #1071 are all independent documents, with each of them falling under separate review processes (Table 1). The drug register is a regularly updated system which includes all of the medical products with approval for realization in Ukraine.

The Ukrainian multi-step tender system lacked a unified approach to evidence review. Such complexity may create corruption risks and effectiveness in the tender system.

The following complementary mechanisms for drug coverage have existed in parallel with the tender system in Ukraine:

1) Private insurance – the sector that is underdeveloped in Ukraine, contributing less than 1% of the total health expenditures (Lekhan et al., 2015). And while the medical insurance market sees positive developments in Ukraine, it involves mainly corporate clients in large cities and private hospitals

2) Single-acting regional sickness funds acting in Ukraine as non-profit or civil organisations collecting financial contributions from their members and providing basic medical and pharmaceutical treatment within the state healthcare system. In contrast to private insurance, members' contributions to sickness funds are small (around 3% of the minimum wage), and so the package of proposed services

is limited mostly to the basic treatment of specific diseases within the state hospitals. Such sickness funds can either group their members by residence (sickness funds in Zhytomyr, Poltava, Rivne, and Ternopil regions) or by employer – sickness fund of the police in the capital city, sickness fund of the corporation «Asovstal», etc. (Association of the employees of the sickness funds in Ukraine, 2014).;

Table 1. Characteristic of the documents regulating state procurement

	National drug register	National formulary	Unified clinical protocols	List of drugs permitted for state purchases
Initiator	State	Any stakeholder	Any stakeholder	Any stakeholder
Inclusion criteria	All registered drugs	Dossier is assessed by experts' committee	Dossier is assessed by experts' committee	Dossier is assessed by experts' committee
Fees for the review / evaluation	None	Payment is required if initiator is a producer	No payment is required voluntary sponsorship exists	No payment
Submission requirements	Submission not needed	Dossier includes label, clinical and economic evidence	No structured submission	Dossier includes label, clinical, economic evidence and proof of use on local population
Drug presentation	Generic and brand name, registration certification, content, producer	Generic and brand names, labeling information, daily defined dose and price per daily defined dose	Generic names, doses and schemes	Generic names by Anatomical Therapeutic Chemical Classification System
Review periodicity	Regularly	Annually	Once in four years ^a	Annually

^a Legal norm, frequently not followed.

Source: Composed by authors based on communications and documentary analysis (Ministry of Health of Ukraine, 2015a; Ministry of Health of Ukraine, 2015b).

3 Reimbursement project' the pilot project of state health financing mechanism. For example, the pilot project on prophylaxis of hypertension started in Ukraine at the beginning of June 2012, involving price regulation and partial reimbursement of medicines through specially contracted pharmacies. With frequent breaks during the implementation period, this project was financed up to 2015. In 2016 the Cabinet of Ministers approved another reimbursement project covering insulin for patients with diabetes mellitus. The project, assigned to be financed from the regional budgets, defines eleven categories of diabetes treatment recipients who receive full or partial coverage of insulin and insulin analogues de-

pending on the drug form, age, previous treatment, and compensation levels.

This, Ukraine continues to use the Soviet state-run model of health financing. Since the declaration of independence, Ukraine has introduced only incremental changes into the mechanisms of health financing policies, including on drug procurement. The legacy of budgetary system co-exists with liberal pro-market approaches characteristic of pharmacies and other complimentary financial mechanisms. The range of coverage by free pharmaceuticals remains very narrow, and most of the time even vulnerable population groups have to pay for their medications by themselves.

Problem stream: challenges of current health situation and drug procurement in Ukraine

Ukraine, a former Soviet republic with current population of 45.5mln people, lies at the bottom threshold of middle-income jurisdictions (World Bank, 2011). Non-communicable diseases are the leading cause of death, and prevalence rates of human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis C virus and tuberculosis are higher than in Western Europe (Strategic Advisory Group on Healthcare Reforms in Ukraine, 2014).

Experts outlined the following among the multiple healthcare challenges: inequitable access, an underdeveloped primary care system, high levels of prescription drug abuse, inefficient financing of health services, etc.

State Statistical Committee of Ukraine (2013) provides data that the majority of those who needed in-patient treatment refused hospitalization due to the high cost of drugs that the patients had to buy for the treatment and the high cost of medical services. Practice of out-of-pocket expenditures for health services contradicts the Ukraine's official «free-of-charge» health policy. The absence of healthcare reforms is quite convenient for medical doctors and healthcare managers who serve in this isomorphic system that formally is still (post)socialist, but in reality is market-driven and non-transparent.

In communication, Ukrainian stakeholders pointed out the problems with the quality of available drugs. While there are nominal policies for ensuring the quality of pharmaceuticals, fake or poor quality pharmaceutical products are a concern for patients across Ukraine. There are incentives for doctors to over-prescribe and there is a preference among both doctors and pharmacists for newer, more expensive, but rarely more effective drugs.

Formally, there is a strict delineation between over-the-counter pharmaceuticals and those that are available by prescription only. In practice this distinction is only strictly enforced for narcotics, psychotropics and their precursors. Easy access to the first and second-line antibiotics for the treatment of TB, for example, has been identified as a serious obstacle for controlling multiple drug resistance (Mosneaga et al., 2008). Experts believe that over-the-counter access (at a price) to almost all pharmaceuticals means that, potentially, a significant proportion of household resources is spent on ineffective and possibly dangerous use of pharmaceuticals.

Centralized procurement has also been associated with challenges. In Ukraine, it has been criti-

cized because prices are still high, despite the use of tendering in procurement (RPR, 2016). Corruption and informal economy have strong influence on the state procurement system (National Council of Reforms, 2015). Stakeholders shared their view of the Ukrainian drug market divided among a handful of companies that have exclusive rights to supply, and of the state procurement based on «backroom agreements».

According to the State Service for HIV/AIDS and Other Socially Dangerous Diseases (2013), procurement and supply-management have been found to be inadequate and cause disrupted supply that hinders service intensity, quality and coverage of those who need medical treatment, while the Commissioner of Human Rights (2013) pointed out the violation of a right to free medical care.

The existing price declaration system has not been constant in Ukraine and, in fact, has experienced several changes during the last few years. In 2014, a new reference pricing scheme, widely used in European countries, was introduced to replace free-price declaration in Ukraine. However, ineffective policy processes (absence of the transferring period and preliminarily developed mechanisms, low stakeholders' involvement and dialogues) and defects in the policy content led to stagnation of the price declaration system in the first three months after its implementation. By our observation, the main content barriers in this policy were unclear or ambiguous procedures, inability to address in a timely manner the currency fluctuations for imported medical products, an unjustified mechanism of reference price determination for both original and generic medicines, and the absence of price reassessment because of the changes in the reference countries.

To reach transparent, objective and rational reimbursement decisions, most Western and Central European countries apply health technology assessment (HTA) as the multi-dimensional analysis of clinical, economic and social evidence. In Ukraine, several non-governmental – mainly patients' – organisations continuously articulate the need for setting up a central agency responsible for health technology assessment (HTA). In 2014, Ukraine's Ministry of Health created a working group for the elaboration of HTA. However, no effective policy has been developed so far.

Interviews with the experts demonstrate the low technical feasibility of a prompt introduction of HTA as part of the drug procurement mechanism because of the data, manpower and financial con-

straints. HTA manpower is scarce in many low- and lower-middle-income jurisdictions, and so it is in Ukraine (Mandrik, 2015). Thus, educational HTA programmes must be not only profound, but also continuous because of the high levels of brain drain from the state regulatory committees to a private sector. Under conditions of the limited budget and manpower, the state either bears significant, frequently unaffordable costs of HTA review (long HTA when the full dossier is prepared by the authority) or risks low expertise to validate comprehensive economic models and dossier submissions from global producers with high research capacities (quick HTA when the dossier is only validated by the authorities). If the role of HTA in budget allocation is not defined, as is the case in many countries (Goeree et al, 2011; Mandrik, 2015), low HTA capacity leads to a limited added value of the submitted HTA reports in reimbursement decisions and demotivates investments into further HTA submissions.

So, in Ukraine, like in many former Soviet countries, the combination of the high drug prices and the increasing burden of chronic diseases means that access to outpatient pharmaceuticals and the related burden of out-of-pocket spending have now become some of the most pressing health policy issues. There is much waste in the purchase of pharmaceuticals in Ukraine, as many are bought directly by patients, and centralized purchasing is often abandoned or corrupted.

Politics stream: incoherency and populism in health decision-making

In the past 25 years, there have been 21 draft laws on health insurance or healthcare financing. For example, 6 draft laws on budgetary issues of healthcare were registered between October 2003 and June 2004, then three between September 2006 and December 2007, and two between March and June 2009. None of them were approved by the Ukrainian parliament. These draft laws addressing social health insurance were driven by the context and actors, drafted in a changeable political environment lacking a dominant political role and ultimately were revealed to be of low quality. The other issue is a long-standing political tradition of declarative policy oriented to keep (post)Soviet egalitarianism and «free» healthcare as a package of social policies.

The political instability in the Cabinet of Ministers of Ukraine subverted introduction of any regulation by the Ministry of Health, which has had 12 different Ministers in the past ten years. These frequent turns in leadership complicate implementa-

tion of any long-term reformatory projects, such as social health insurance and reimbursement systems.

The year 2014 started in Ukraine with a takeover of power by pro-European political forces. The concept of social health insurance, so common in Europe, reappeared on the political agenda. Consequently, it was included into the Parliamentary coalition agreement (Verkhovna Rada of Ukraine, 2014), Presidential strategy «Ukraine-2020» (National Council of Reforms, 2015) and a Strategy of the Healthcare Sector Development (Strategic Advisory Group on Healthcare Reforms in Ukraine, 2014) that was initiated by the Ministry of Health and elaborated by the group on strategic reform. Despite this apparent breakthrough toward social insurance development, both political actors and their respective documents disagreed on its perspective. The Parliamentary coalition agreement directed the healthcare system toward public and private health insurance; the Presidential strategy mentioned optimization of the tender system and drug reimbursement; a strategy of the working group on strategic reform, initiated by the Ministry of Health, foresaw both social healthcare insurance and reimbursement implementation, but only in a long-term perspective. In 2014-2015, to provide a context for introduction of social insurance, the Cabinet of Ministers of Ukraine registered three new legislative acts concerning changes to Ukraine's taxation and budget codes, as well as declaring the autonomy of healthcare establishments. Meanwhile, just as the Cabinet of Ministers of Ukraine was announcing its support for medical insurance, the Ministry of Health of Ukraine declared health insurance to be a premature step. As such, the political and administrative feasibility of implementing social health insurance and drug reimbursement will depend much on reaching cooperation between the actors of background and insurance legislations.

In 2014-2016, a number of pressure group campaigns were launched in Ukraine by patients' organisations and civic groups. The goal of these activities was to push the government to provide financing and ensure supply of drugs necessary for treatment of childhood cancer, tuberculosis and HIV/AIDS. These campaigns, according to communication with the stakeholders, were successful in raising public attention to the issues of drug procurement and ill-reformed healthcare system as a whole.

Another policy entrepreneur attempting to merge the three streams and put forward an agenda of drug procurement to policymakers is the RPR («Reanimation Package of Reforms») civic platform.

It lobbies reforms in health policy to build a stronger Ukrainian state. Such reforms'according to RPR'should include legislative changes to guarantee «affordability of medical drugs for the citizens» (RPR, 2016).

So, while state actors are playing with words to preserve the old system, the civil society agents serve as policy entrepreneurs to change the drug procurement system.

Incremental changes in drug procurement in 2014-2016

With the political debate on social health insurance legislation ongoing, there are examples of public pressure empowering rapid changes in current procurement mechanisms. In 2015, the MOH transferred responsibility for drug procurement to international non-profit organisations for the following central health programmes: immunologic prophylaxis, diagnosis and treatment of hemophilia, chronic viral hepatitis, orphan and childhood oncology, anti-viral therapy and diagnostics, tuberculosis, viral hepatitis B and C, oncology, endo prosthesis and cardio-vascular diseases among adult patients. In 2015, purchases through international organisations (UNISEF, UNDP, and Crown Agents) constituted 60% of central state drug purchasing, with the remaining central tenders operated by the MOH. However, delays in signing necessary by-laws caused backlog in drug supplies. In 2016, the MOH reported that 800 million UAH were saved as a result of procurement by international organisations.

In 2015, the Cabinet of Ministers of Ukraine approved a decree which allows free price declaration and price correction in case of currency fluctuation. Meanwhile, the mechanism of external reference pricing continues to exist under the pilot reimbursement projects for insulins. The register of insulins' reference prices based on the external refereeing of data from nine countries (Bulgaria, Moldova, Poland, Slovakia, Czech Republic, Latvia, Hungary and Serbia) is maintained by the MOH and is updated twice a year.

In 2016, the Cabinet of Ministers of Ukraine approved transferring of all central state purchases, the total value of 4.2 billion UAH, to international organisations. However, this reassignment of purchasing responsibilities from the MOH to the external agents was considered as a temporary action, in effect until March 2019 only.

In 2015, the ProZorro (<https://prozorro.gov.ua/en>), a public e-procurement system that has replaced old paper tenders, was launched. The sys-

tem has a transparent nature, is based on the open procurement ideas and aims at fighting corruption during public tenders. Due to the fact that tender information can be seen by anyone who accesses the system, business and civil society can oversee the integrity of public procurement. At the beginning, the usage of a new system was not mandatory. Since 2016, the switch to the ProZorro system has become obligatory for central executive authorities and purchasers.

In early 2016, the MOH presented a new draft concept of healthcare financing for public discussion that included mechanisms for drug and medical device purchases (Ministry of Health of Ukraine, 2016a). It is based on a step-by-step approach to develop a National Purchasing Organisation projected to be up and running starting 2018. However, ongoing political debates and regularly occurring governmental crises put the stability of this approach at risk. Resignation of the Ukrainian Government in April 2016 and appointment of a new one (without a Minister of Health) diminish the hopes of quick reforms in public sphere, including health policy.

In spite of innovative ideas, not that many steps toward changes in health policy, or specifically drug procurement policy, have been done. The streams have not yet converged in full, while the window of opportunity opened after the Revolution of Dignity, as the bureaucratic and political systems are trying to re-establish themselves.

Prospective policy options

The conducted documentary analysis and communications provides the ground for sketching possible alternatives of the drug procurement policy development in Ukraine.

With regard to populist political culture of Ukraine and the lack of visible influential political actors in the area of drug procurement policy, the first alternative may be sustaining of the current policy practices. It will mean minimum and quite formal following of the international guidelines, as well as preservation of the highly centralized, (state) paternalistic and corrupted system, including central tendering system of drug procurement for the selected groups of patients.

Taking into account the worsening of the economic situation, the second policy option may include further neo-liberalization of the whole health policy, including drug procurement policy. Austerity approach and market strategies may dominate effective price regulation strategies. Prospective de-

centralization in Ukraine may add new challenges to regional drug tenders.

As Ukraine is still claiming its European dimension of development, the third alternative can be based on liberal values and definition of the minimum healthcare package, including minimum drug provision and introduction of the societal health insurance as grounds for ensuring universal access to health services. This approach demands the wide-sector introduction of HTA and other WHO recommendations. This alternative demands cross-sectoral

political consensus and coherence that are unlikely to be achieved in Ukraine with its controversial political culture.

Figure 1 presents a summative view of the streams, policy entrepreneurs and policy windows in Ukrainian drug procurement policy (2014-2016), within the MSF model. It takes into account WHO recommendations on universal health access and HTA serving as cornerstones for health policy reforms.

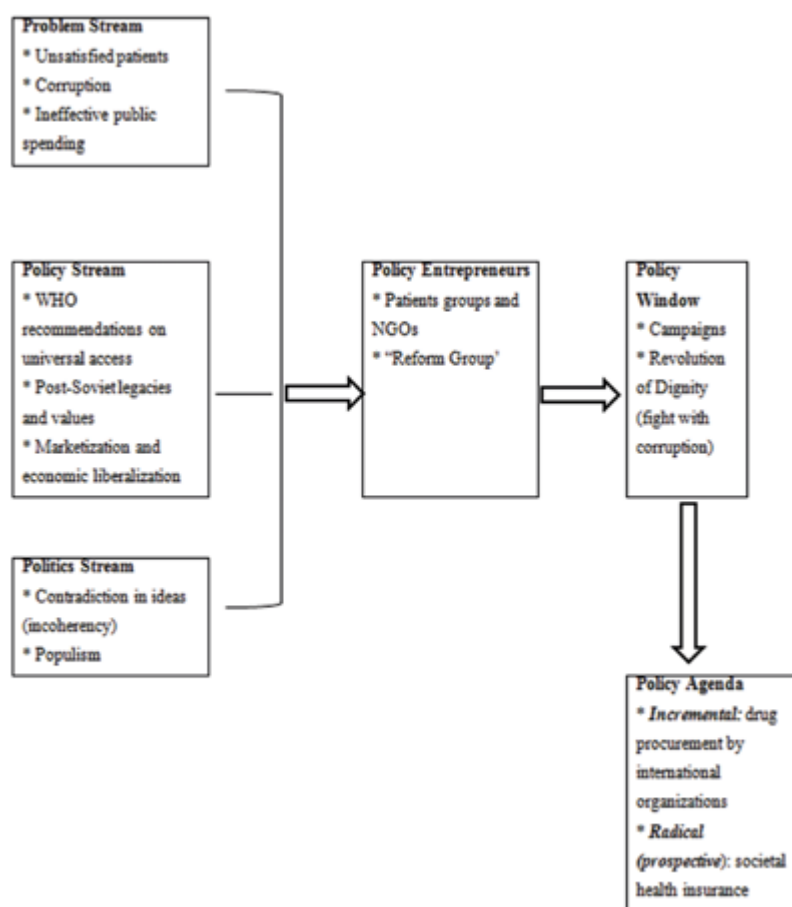


Figure 1. Multiple streams within drug procurement policy in Ukraine (2014-2016)

Source: composed by authors

Discussions

Diversity of approaches to drug procurement across the region

The analysis of streams within the Ukrainian drug procurement policy as a part of the health policy demonstrates the diversity of approaches that can be effective if properly applied.

Western European and many Central European countries – Poland, Slovakia, Hungary, Latvia, Estonia and Romania, among some of them – use

reimbursement widely under the umbrella of social health insurance as a way to prioritize access to medicines. To reach transparent, objective and rational reimbursement decisions, most Western and Central European countries apply health technology assessment (HTA), as a multi-dimensional analysis of clinical, economic and social evidence (Levin et al., 2007; van Kammen et al., 2006). These countries also use price-control strategies to limit constantly growing healthcare expenses (Bouvy & Vogler, 2013).

Long-term effects of tendering are evident, as effective tendering may impact budgeting, payers' behavior, and market competition (Petrout, 2016).

In contrast to the above-mentioned countries, several former Soviet countries, such as Armenia, Azerbaijan, Georgia, Tajikistan, and Uzbekistan, experience frequent budget constraints, limit state treatment coverage, or avoid reimbursement of spending. Having limited budgets, they also develop procurement regulations, primarily to cover the highest needs of vulnerable population (Balabanova et al., 2012; Ibrahimov et al., 2010; Khodjamurodov & Rechel, 2010; Rykhadze, 2013; Rechel et al., 2013; WHO, 2011). Ukraine follows in the footsteps of this second group of countries.

While Ukrainian procurement and regulating policies are considered to be inefficient, the methods themselves are not unique and often see application in other countries. Tendering is a main procurement approach in a number of European countries, including Cyprus, Estonia, Italy, Latvia, Malta, Norway, Sweden and the United Kingdom, and may be done by individual hospitals or centrally by the Ministry of Health, social health insurance institutions or procurement bodies. External price referencing, used in Ukraine to define reimbursement prices for the piloted project on insulin coverage, is the predominant pricing policy in Europe. Many European countries also use HTA approach in reimbursement decision-making, including Belgium, Denmark, Sweden, the Netherlands, Finland, the United Kingdom, Ireland, Portugal, Germany and others (Bouvy & Vogler, 2013). Meanwhile, due to historical, economic and cultural differences, the effectiveness of strategies implemented in Western European countries cannot be transferred as an exemplar for Ukraine and other lower-income jurisdictions. Eastern European countries and, particularly, those of the former Soviet Union share similar historical and organisational backgrounds; and with minor exception they have followed similar trajectories in the development of healthcare systems and access to treatment processes (Maier & Martin-Moreno, 2011; Rechel, Richardson & McKee, 2014; Lekhan, Rudiy & Richardson, 2010). Because of their small market sizes, countries in this region require different approaches to drug procurement in order to ensure affordability of medical products and to remain attractive markets for international producers.

Defining the scale for state coverage, Ukraine and some other low-income countries of the former

Soviet Union provide access to medicines referencing the WHO Model Lists of Essential Medicines (WHO, 2001). Recent pricing reforms in Armenia (Public TV of Armenia, 2015) and Azerbaijan (Ministry of Health of Azerbaijan, 2015) engage state control mechanisms, currently implemented in Ukraine, while, for example, Georgia uses an alternative – active generics promotion and free market competition (Transparency International Georgia, 2012). Reforms in Moldova are focused on implementing additional public procurement methods (also foreseen in Ukraine), including framework agreements, competitive dialogue, negotiation procedures and electronic tenders (Ferrario, 2014). HTA in Central European and former Soviet countries is frequently used more informally than formally with the new HTA agencies operating in Estonia, Lithuania, Romania, Turkey and Kazakhstan (Mandrik, 2015).

Despite the previously-mentioned failures of the Ukrainian state procurement system, tenders have been shown to decrease prices for off-patent drugs under conditions of transparency, high level of competition and large sales volumes (Petrout & Talias, 2015). On the other hand, in several other countries implementation of tenders has shown negative effects, such as decreased market attractiveness, drug shortages, reduced pharmacists' income and decreased patient compliance with treatment (Pauwels, 2014).

Value-based constraints on changes of the drug procurement policies

The situation in Ukraine with its highly corrupted, yet unreformed public sphere, including public procurement system of drugs, proves that the old-fashioned declarative policy and non-transparent practice are still dominating. Governmental structures, some political groups and the private sector prefer to keep the situation with drug procurement unchanged. Our findings fit statements of Minakov (2016) that a new power elite distance themselves from the agenda of the *Revolution of Dignity* and pursue their own public and private interests. According to Hale and Orrtung (2016), plutocratic «oligarchs», and the economy patrimonialism have strong latent influence on the (lack of) reforms in Ukraine and constitute fundamental contextual challenges.

At the same time, political culture in Ukraine is highly populist (Semigina, 2013; Semigina, 2015). Health policy, and specifically drug procurement, serves undoubtedly as a stage where political actors play out the scenes about social justice, gambling with the issues of healthcare equity and affordability

of drugs. Soviet ideas of social justice are still implemented in the Ukrainian legislation and to some extent enhanced by the WHO suggestions on universal access to healthcare. However, the WHO does not push for definite political tools, while Ukrainian local policy-makers insist on keeping public ownership in healthcare and state-controlled practices. As White (2010) stressed many of the values of the Soviet period remain intact, as well as political ideas of the leftist parties. In the Ukrainian case, many of the political groups promoting free healthcare and opposing social health insurance are calling for the defense of entrepreneurship and tax reduction.

Institutional constraints on advancement of reforms in Ukraine

The events in the winter of 2014 showed Ukrainians' deep longing for a more transparent, citizen-responsive form of government. Ukraine's public sector remains affected by structural weaknesses left unaddressed from the time of its independence. Currently, unfinished, and in some aspects, non-initiated reform agenda is vast, as only incremental steps have been done. The example of Ukraine demonstrates the vital role of actors and policy entrepreneurs in procurement reforms. Change of state procurement system requires political stability for such transformation to be effectively implemented. This finding is in line with other researchers who discussed the institutional aspects of policy changes (Guldbrandsson & Fossum, 2009; Herweg, Huß & Zohlhöfer, 2015; Hoppe, 2011; Tischuk, Kharazishvili & Ivanov, 2011).

In the context of the post-socialist countries, ability for radical changes can be linked to the authoritarian way of governance, strong leadership and tenacious pre-Soviet legacy of *paternalism* (described by Hale, 2016), while the wide-scale participatory policy making (politics stream) may represent institutional trap for quick changes in the long-established, yet ineffective systems, and for using the window of opportunity.

Roberts and Reich (2011) suggest three types of possible government failures related to the pharmaceutical sector: goals/priorities failure, policy design failure and implementation failure. We consider that in low- and middle-income countries without a strong political majority, actors focusing on personal interests and ambitions lead to failures of priorities (by selecting «populist calls» for the political agenda), failures of policy design and failures of implementation (by incomplete or absent political dialogue with opposition and strong focus on project «ownership»).

While differences in healthcare structures and management between different jurisdictions are evident, the impact of politics on healthcare reforms, and the incapability of various political actors to reach a sound agreement, are observed in some countries, such as Ukraine, Armenia (Ghazaryan, 2013) and Hungary (Mihályi, 2007).

Concluding remarks. The current system of healthcare financing in Ukraine, including the state procurement mechanism, drug pricing policy and the absence of health technology assessment, can be considered as ineffective. It doesn't support one of the key health policy objectives of protecting patients from impoverishment.

During the last decade numerous attempts have been made to conduct reforms related to state drug procurement processes in Ukraine; all of them unsuccessful. The reforms aimed to introduce a universal health insurance, to amend the price declaration process, to implement HTA in healthcare decision-making, to pilot a reimbursement system for the outpatient drug segment, and to establish more transparent and efficient tender processes for hospital treatment. Despite such ambitious goals, by 2015 Ukraine has introduced only incremental changes into its drug procurement policies, burdened as it is by a corrupt and unstable political environment. Thus, several options may be foreseen of development of the procurement policy in Ukraine: (1) sustaining the current policy practices with a centralized corrupt tender system and the formal following of guidelines (no-change alternative); (2) significant cuts in state-financed drug coverage because of lack of government funding and unstable economic situation, following market-based advice strategies, price de-regulation and policies of austerity; or (3) defining the minimum package of guaranteed health services, including drug provision.

Ukraine currently has a generic-oriented market, characterized by insecure patent protection, bureaucratic and unstable procurement regulations, corrupt practices and an unstable economic background. In this context, central drug tendering for the wide list of state-covered medicines may result in a delay of innovation, decrease in market competition, worsening of investment climate, and drug supply problems without a concomitant positive impact on state expenses. Thus, it may be recommended to use the centralized procurement approach only for basic treatments purchased in bulk quantities and/or requiring medical control over consumption, such as for tuberculosis treatment, HIV treatment or vac-

cinations. Access to other state-guaranteed basic treatments can be provided using reimbursement schemes following a defined drug list, a unified document based on the WHO Model Lists of Essential Medicines. Considering the wide number of alternatives for these drugs on the Ukrainian market, we suggest a free pricing approach with the minimum reimbursed price established using internal referencing. Access to life-saving innovative treatments for vulnerable population groups may be defined using an HTA-based approach with obligatory budget impact assessment, risk-sharing schemes and price-negotiations.

To sum it up, our policy review suggests that while drug reimbursement is needed, its implemen-

tation has a higher probability to succeed if all relevant stakeholders, including patients' groups, professional networks and drug producers' associations are actively involved in the political dialogue during both the development of reforms and their implementation. Moreover, healthcare priorities, stakeholders, resources and barriers to implementation should be clarified prior to the drafting and initiation of policy. However, the case of Ukraine illustrates important implications of macro-level political stability and effective dialogue among stakeholders on initiation and successful implementation of healthcare reforms. Only under such conditions the window of opportunity will be opened for meaningful changes in the drug procurement system.

References

- Ackrill, R., & Kay, A. (2011). Multiple streams in EU policy-making: the case of the 2005 sugar reform. *Journal of European Public Policy*, 18(1), 72-89, doi:10.1080/13501763.2011.520879.
- Association of the employees of the sickness funds in Ukraine (2014). *Reforming healthcare in Ukraine*. Retrieved from: http://likkasa.com/?page_id=306.
- Balabanova, D. et al. (2012). Healthcare reform in the former Soviet Union: beyond the transition. *Health Services Research*, 47(2), 840-86.
- Bartlett W., Bozikov J., Rechel B., eds. (2012). *Health reforms in south-east Europe*. New York (NY): Palgrave Macmillan.
- Béland, D. & Howlett, M. (2016). The Role and Impact of the Multiple-Streams Approach in Comparative Policy Analysis. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 18(3), 221-227, doi: 10.1080/13876988.2016.1174410.
- Black, N. (2001). Evidence based policy: proceed with care. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7307), 275, doi: 10.1136/bmj.323.7307.275
- Bouvy, J, Vogler, S. (2013). *Pricing and Reimbursement Policies: Impacts on Innovation*. Retrieved from: <http://bit.ly/Vy9XHp>.
- Cabinet of Ministers of Ukraine (1996). Resolution #1071 *About the order of purchase of drugs by healthcare establishments and institutions financed from the budgets*. Retrieved from: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1071-96-%D0%BF/page>.
- Cabinet of Ministers of Ukraine (2009). Resolution #333 *Some questions of the state regulation of prices for drugs and medical devices*. Retrieved from: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/333-2009-%D0%BF>.
- Cabinet of Ministers of Ukraine (2014). Resolution #240. *Questions of declaration of changes of wholesaler and retail prices for drugs and medical devices*. Retrieved from: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/240-2014-%D0%BF>.
- Cacace, M, et al. (2013). Assessing quality in cross-country comparisons of health systems and policies: towards a set of generic quality criteria. *Health Policy*, 112(1-2), 156-162.
- Chow, A. (2014). Understanding Policy Change: Multiple Streams and National Education Curriculum Policy in Hong Kong. *Journal of Public Administration and Governance*, 4(20), 49-64, doi:10.5296/jpag.v4i2.5184.
- Etiaba, E. et al. (2015). Development of oral health policy in Nigeria: an analysis of the role of context, actors and policy process. *BMC Oral Health*, 15(1), doi: 10.1186/s12903-015-0040-8.
- Ferrario, A., Sautenkova, N., Bezverhni, Z. et al. (2014). An in-depth analysis of pharmaceutical regulation in the Republic of Moldova. *J Pharm Policy Pract.*, 7(4), doi: 10.1186/2052-3211-7-4
- Figueras, J., McKee, M., eds. (2012). *Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems*. Maidenhead, Open University Press.
- Ghazaryan, I. (2013). *Pharmaceutical Policy Process: Lessons from the Newly Independent States*. Muskie School Capstones. Retrieved from: <http://bit.ly/2dF5UIY>.
- Goeree, R., He, J., O'Reilly, D., Tarride, J.E., Xie, F., Lim, M., Burke, N. (2011). Transferability of health technology assessments and economic evaluations: a systematic review of approaches for assessment and application. *Clinicoecon Outcomes Res.*, 3, 89-104.
- Guldbrandsson, K., & Fossum, B. (2009). An exploration of the theoretical concepts policy windows and policy entrepreneurs at the Swedish public health arena. *Health Promotion International*, 24(4), 434-444, doi: [10.1093/heapro/dap033](https://doi.org/10.1093/heapro/dap033).
- Hale, H. & Orrtung, R., eds. (2016). *Beyond the Euromaidan: Comparative Perspectives on Advancing Reform in Ukraine*. Stanford University Press.
- Hale, H. E (2016). 25 Years After The USSR: What's Gone Wrong?. *Journal of Democracy*, 37(3), 24-35.
- Herweg, N., Huß, C. & Zohlh  fer, R. (2015). Straightening the three streams: Theorising extensions of the multiple streams framework. *Eur J Polit Res*, 54, 435-449, doi:10.1111/1475-6765.12089
- Hoppe, R. (2011). Institutional constraints and practical problems in deliberative and participatory policy making. *Policy & Politics*, 39(2), 163-186, doi: 10.1332/030557310X51965.
- Ibrahimov, F., Ibrahimova, A., Kehler, J., Richardson, E. (2010). *Azerbaijan: Health system review. Health Systems in Transition*.

- Retrieved from: <http://bit.ly/2eaCJb2>.
- Khodjamurodov, G., Rechel, B. (2010). *Tajikistan: Health system review. Health Systems in Transition*. Retrieved from: <http://bit.ly/2e7aQTQ>.
- Kingdon, J.W. (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little, Brown.
- Knaggård, Å. (2015). The Multiple Streams Framework and the problem broker. *Eur J Polit Res*, 54, 450–465, doi:10.1111/1475-6765.12097.
- Lekhan, V., Rudiy, V., Shevchenko, M., Nitzan, K., Dorit, N.K., Richardson, E. (2015). Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(2). Retrieved from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/176099>.
- Lekhan, V., Rudiy, V., Richardson, E. (2010). Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(8), 1–183.
- Levin, L., et al. (2007). Establishing a Comprehensive Continuum from an Evidentiary Base to Policy Development for Health Technologies: The Ontario Experience. *Intern J of Technology Assessment in Healthcare*, 23(3), 299–309.
- Lomas, J. & Brown, A. D. (2009) Research and Advice Giving: A Functional View of Evidence-Informed Policy Advice in a Canadian Ministry of Health. *The Milbank Quarterly*, 87(4), 903–926.
- Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L. & Law, S. (2015). *Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Ma, J., & Wenfa, X. (2012). Multiple Streams Framework and Land Privatization Policy in the United States-Pertaining to Property Rights Reform Concerns in China. *Journal of US-China Public Administration*, 9(1), 75–81.
- Maier, C.B. & Martin-Moreno, J.M. (2011). Quo vadis SANEPID? A cross-country analysis of public health reforms in 10 post-Soviet states. *Health Policy*, 102, 18–25.
- Mandrik, O. (2015). Is transferability an issue? Use of health economic studies in Ukraine and other Central and Eastern Europe countries (Doctoral dissertation). Maastricht University.
- Marmor, T. & Wendt, C. (2012). Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. *Health Policy*, 107(1), 11–20.
- Mihályi, P. (2007). *The failed attempt to introduce copayments in Hungary*. Retrieved from: <http://www.assprocee2007.com/SeminarASSPROCEE2007MAY1618BudapestPMihalyi.pdf>.
- Minakov, M. (2016). *Euromaidan, War, and the Development of Ukraine's Political System in 2014 – 2015*. Retrieved from: <http://bit.ly/2df3ka9>.
- Ministry of Health of Azerbaijan (2015). *Normative documents regarding drugs regulations*. Retrieved from: <http://www.pharma.az/ru/legal/2/19>.
- Ministry of Health of Ukraine (2015a). *Seventh Edition of the State drug Formulary*. Retrieved from: <http://bit.ly/2edptGW>.
- Ministry of Health of Ukraine (2015b). *State register of drugs of Ukraine. Informational fund*. Retrieved from: <http://www.drlz.kiev.ua/ibp/ddsite.nsf/all/index?opendocument>.
- Ministry of Health of Ukraine (2016a). *Concept of the reforms healthcare financing in Ukraine*. Retrieved from: http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf.
- Ministry of Health of Ukraine (2016b). *Ukraine harmonized AIDS response progress report. Reporting period: January 2015 — December 2015*. Kyiv, MOH.
- Monaghan, M. (2011). *Evidence versus politics: exploiting research in UK drug policy making?* Policy Press.
- Mosneaga, A., et al. (2008). Enabling health systems in tuberculosis control: challenges and opportunities for the former Soviet Union countries. In: Coker, R., Atun, R., McKee, M. (eds). *Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America* (pp. 171–192). Maidenhead, Open University Press.
- National Council of Reforms (2015). On a way to European system of healthcare. Retrieved from: <http://bit.ly/2ds0UmO>.
- Patients of Ukraine (2016). *History*. Retrieved from: <http://patients.org.ua/en/about/history>.
- Pauwels, K., Huys, I., Casteels, M., Simoens, S. (2014). Drug shortages in European countries: a trade-off between market attractiveness and cost containment? *BMC Health Services Research*, 14, 438.
- Petrou, P. (2016). Long-term effect of tendering on prices of branded pharmaceutical products. *Health Policy and Technology*, 5, 40–46, doi: 10.1016/j.hlpt.2015.10.006.
- Petrou, P., Talias, M.A. (2015). Price Determinants of the Tendering Process for Pharmaceuticals in the Cyprus Market. *Value Health Region*, 7, 67–73.
- Platt, L, et al. (2013). *HIV in the European Region: using evidence to strengthen policy and programmes – vulnerability and response: synthesis report*. Washington (DC), World Bank.
- Public TV of Armenia (2015). *The Government introduces drug price state regulation model*. <http://www.1tv.am/en/news/2015/03/26/drug-price/11796>/Accessed on: 20.01.16.
- RPR, Reanimation Package of Reforms (2016). *RPR Roadmap of Reforms for Ukraine: September 2016 – December 2017*. <http://rpr.org.ua/en/news/roadmap-of-reforms-for-ukraine/> Accessed on: 18.01.16.
- Rechel, B, et al. (2013). Health and health systems in the Commonwealth of Independent States. *Lancet*, 381(9872), 1145–1155.
- Rechel, B., McKee, M., eds. (2014) *Facets of public health in Europe*. Maidenhead, Open University Press,
- Rechel, B., Richardson, E., McKee, M., eds. (2014). *Trends in health systems in the former Soviet countries*. Copenhagen WHO Regional Office for Europe.
- Reisig, V., Ludwig, M.S., Nennstiel-Ratzel, U., Kuhn, J. & Wildner, M. (2015). Evidence and health policy: how linked can they be? Examples from Bavaria. *Gesundheitswesen*, 77-278, doi: 10.1055/s-0035-1563234.
- Roberts, M., Reich, M. (2011). *Pharmaceutical Reform: A Guide to Improving Performance and Equity*. The World Bank.
- Ruger, J. (2010). *Health and social justice*. London and New York: Oxford University Press.
- Rukhadze, T. (2013). An overview of the healthcare system in Georgia: expert recommendations in the context of predictive, preventive and personalised medicine. *The EPMA Journal*, 4(8). <http://www.epmajournal.com/content/pdf/1878-5085-4-8.pdf>. Accessed on 14.02.16.

- Ryan, G.W. & Bernard, H.R. (2003). Techniques to Identify Themes, *Field Methods*, 15(1), 85-109.
- Sabatier, P.A. (1999). *Theories of the policy process*: Westview Press Boulder, CO.
- Sager, F., Thomann E. (2016). Multiple streams in member state implementation: politics, problem construction and policy paths in Swiss asylum policy, *Journal of Public Policy*, 1, doi: 10.1017/S0143814X1600009X.
- Commissioner for Human Rights (2013). *Shchorichna dopovid Upovnovazhenoho Verkhovnoi Rady Ukrainy z prav liudyny pro stan dotrymanna prav i svobod liudyny i hromadianyna* [Annual Report on Parliamentary Ombudsmen on state of ensuring human rights and rights of citizens]. Retrieved from: http://www1.ombudsman.gov.ua/images/stories/062013/Dopovid_062013.pdf.
- Semigina, T. (2013). *Politychny aspekty ohorohy zdorovya: Na peretyni globalnogo i localnogo* [Political Issues of Healthcare: on the crossroads of global and local]. Kyiv: Kyiv-Mohyla Academy Publishing House.
- Semigina, T. (2015). HIV-activism in a post-socialist state: The case of Ukraine. *Kyiv-Mohyla Law and Politics Journal*, 1, 113-133.
- State Statistical Committee of Ukraine (2013). *Self-assessment of health status and availability of certain types of healthcare in 2012*. Kyiv.
- State Statistical Service of Ukraine (2015). *Expenditures on Health Care*. Retrieved from: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
- Stepurko, T., Pavlova, M., Gryga, I., Murauskiene, L. & Groot, W. (2015). Informal Payments for Healthcare Services in Lithuania and Ukraine. In J. Morris & A. Polese (Eds.). *Informal Economies in Post-Socialist Space: Practices, Institution and Networks* (pp. 195-224). Palgrave Macmillan.
- Strategic Advisory Group on Healthcare Reforms in Ukraine (2014). *National strategy of construction of new healthcare system in Ukraine for the period 2015-2025*. <http://healthsag.org.ua/strategiya/> Accessed on 15.01.16.
- The State Service for HIV/AIDS and Other Socially Dangerous Diseases (2013). *Assessment of the implementation of the National AIDS Programme for Years 2009-2013 in Ukraine: Synthesis Report*. Kyiv.
- Tischuk, T.A., Kharazishvili, M., Ivanov, A.V. (2011). *The shadow economy in Ukraine: the magnitude and direction of overcoming*. Analytical report. Kyiv: National Institute for Strategic Studies.
- Transparency International Georgia (2012). *The Georgian pharmaceutical market*. Tbilisi.
- van Kammen, J. et al. (2006). Technology Assessment and Knowledge Brokering: The Case of Assisted Reproduction in the Netherlands. *International Journal of Technology Assessment in HealthCare*, 22(3), 302-306.
- Verkhovna Rada of Ukraine (2014). *Coalition agreement of the Verkhovna Rada of Ukraine of eight call. 2014*. Retrieved from: http://www.afo.com.ua/doc/Coalition_Agreement_2014.pdf.
- White, S. (2010). Soviet nostalgia and Russian politics. *Journal of Eurasian Studies*, 1(1), 1-9, doi: 10.1016/j.euras.2009.11.003.
- Winkel, G. & Leipold, S. (2016). Demolishing Dikes: Multiple Streams and Policy Discourse Analysis. *Policy Stud J*, 44, 108-129, doi:10.1111/psj.12136.
- World Bank (2011). *Middle Income Countries Overview*. Retrieved from: <http://www.worldbank.org/en/country/mic/overview>.
- World Bank (2015). *How system works?* Kyiv.
- WHO (2001). *How to develop and implement a national drug policy*, 2d ed. Geneva.
- WHO (2011). *Self-assessment of public health services in the republic of Uzbekistan. Technical report*. Retrieved from: <http://bit.ly/2djFwNj>.
- WHO (2012). *Health – 2020. A European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing*. Retrieved from: <http://bit.ly/2deQsAK>.
- WHO (2016). *Health expenditure ratio* /Global Health Observatory Data Repository. Retrieved from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>.
- Zahariadis, N. & Exadaktylos, T. (2016). Policies that Succeed and Programs that Fail: Ambiguity, Conflict, and Crisis in Greek Higher Education, *Policy Studies Journal*, 44 (1), 59-69.

Матеріал надійшов 10.01.2017 р..

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ СІЛЬСЬКИХ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД В УКРАЇНІ

SOCIAL AND DEMOGRAPHIC ASPECTS OF RURAL TERRITORIAL COMMUNITIES DEVELOPMENT IN UKRAINE

Олександр Титаренко

Канд. наук з держ. управління,
доцент кафедри регіонального управління, місцевого самоврядування та управління
містом, Національна академія державного управління при Президентові України

Oleksandr Tytarenko

Ph.D in Public Administration, Associate Professor of the Department of regional
administration, local self-government and urban management, National Academy of Public
Administration under the President of Ukraine

Анотація

У статті проаналізовано поточне політичне унормування питань сталого розвитку сільських громад в Україні, а також динаміку зміни соціально-демографічних показників як розвитку регіонів, так і сільських територіальних громад. На основі системного аналізу статистичних даних Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я та інших даних встановлено ретроспективні структурно-динамічні зміни та визначено короткострокові прогностичні значення медико-соціальних, демографічних і вікових показників у межах регіональних соціально-економічних систем держави. Підтверджено негативні тенденції загальних показників життєвості сільського населення, сумарної народжуваності, смертності захворюваності, середньої очікуваної тривалості життя, гендерно-статевого дисбалансу тощо.

Обговорено причини соціально-демографічних проблем, які зумовлюють перешкоди на шляху розвитку сільських територіальних громад в Україні. Запропоновано напрями раціоналізації діяльності державних, регіональних та місцевих суб'єктів публічного управління щодо ресурсного забезпечення місцевого самоврядування і забезпечення самодостатності сільських територіальних громад в Україні.

Ключові слова: соціально-демографічні показники, сільська громада, розвиток територіальних громад.

Abstract

The paper analyzes the current state-of-art of for the rural communities' sustainable development, as well as dynamics of changes in socio-demographic indicators of regional development and rural territorial communities. Based on a systematic analysis of statistical data of State Statistics Service of Ukraine, Ministry of Health and other data, retrospective structural and dynamic measurements are identified and short-term predictive values of medico-social, demographic and age indices are determined within the framework of state's regional socio-economic systems. The study confirms the negative trends for reproductive rates of the rural population, fertility rate, mortality and morbidity rates, life expectancy, gender misbalance and so on in comparison to the urban population of Ukraine in 1991-2016 and in projections till 2018. Special focus is given to the data for 2014-2016 proving worsening demographic and social situation in Ukraine.

The research discusses the causes of social and demographic obstacles to the development of rural communities in Ukraine, points out that a lot of mortality causes could be avoidable, while the policy of child benefits should not substitute the target measures to combat poverty in rural communities.

Author proposes directions for rationalization the activities of national, regional and local public administration actors within the framework of the decentralization policy. Recommendations are aimed at provision the resource support of territorial communities and financial self-sufficiency of rural communities in Ukraine.

Key words: socio-demographic indices, rural community, development of territorial communities.

Постановка проблеми. Проблеми, пов'язані з формуванням, моделюванням та розвитком сільських територіальних громад в Україні, а відтак і забезпеченням стійкості, надійності та ефективності функціонування багатовимірних структур місцевого самоврядування як системних утворень підвищеного рівня складності, посідають вагомe місце у теоретичних і методологічних розробках науковців установ НАН України і галузевих академій [1–4]. Наразі суб'єкти державного, регіонального і місцевого управління використовують ці напрацювання у своїй ресурсно-функціональній та системно-універсальній діяльності [5–7].

Якісна економіко-статистична й прогнозно-аналітична оцінка макроекономічних, демографічних і соціально-економічних показників розвитку регіонів України у цілому і сільських територіальних громад, зокрема, може стати основою для розробки комплексу обґрунтованих пріоритетних заходів та засобів цілеорієнтованого впливу. А останнє, на теперішній час, можна вважати ототожненням дієвої регіональної політики децентралізації з гарантом незворотності суспільного, економічного і соціально-політичного відродження держави, що можливо лише за умови врахування реальних параметрів соціально-демографічних зрушень.

Аналіз останніх публікацій. Розробленню науково-прикладних, структурно-функціональних, системно-універсальних, теоретичних і методологічних аспектів вирішення багатограних проблем забезпечення ефективності функціонування як системи місцевого самоврядування, так і регіонального управління в Україні на рівні сільських територіальних громад, присвячені наукові праці О. Алімова, В. Бакуменко, І. Бистрякова, О. Бориславської, О. Бородіної, М. Братковського, І. Грицяка, О. Колеснікова, В. Куценко, Е. Лібанової, В. Мамонова, О. Новікової, В. Микитенко, Я. Остафійчука, О. Попової, О. Руденко та інших [2–6; 8–11]. Проте, не зважаючи на попередній доробок, а також наукові й науково-організаційні здобутки у цій площині, завдання щодо врахування соціально-демографічних аспектів розвитку сільських територіальних громад в Україні потребують подальшого економіко-статистичного аналізу. Це дасть змогу обґрунтувати пріоритетні об'єкти локалізації зусиль, а також довести доцільність конкретних цілей сталого розвитку територій в умовах ресурсних обмежень.

Мета і методи. Метою є системний аналіз соціально-демографічних аспектів розвитку сільських територіальних громад в Україні в сучасних умовах господарювання задля провадження політики децентралізації. Автор виходив із того, що здійснити такий аналіз можливо, використовуючи відповідні теоретичні концепції та спираючись на принципи субсидіарності, повсюдності і фінансової самодостатності сільських територіальних громад (деталізовано автором статті у попередній роботі [13]).

Нагальними науково-прикладними завданнями в межах цієї проблематики для автора були: а) встановлення об'єктивних ретроспективних та короткострокових прогнозних вимірів соціально-демографічних зрушень в межах регіональних соціально-економічних систем; б) визначення комплексу найсуттєвіших системно-універсальних перешкод на шляху активізації процесів у відповідності до централізованої моделі регіонального й місцевого управління. На основі виконання цих завдань можуть бути визначені специфічні функції суб'єктів у забезпеченні спроможності місцевих громад щодо розбудови ефективної структури територіальної організації під час імплементації положень Європейської Хартії місцевого самоврядування [1].

Робота ґрунтується на аналізі статистичних даних Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я та інших даних, які містяться у статистичних базах [14–18].

Виклад основних результатів.

Політичний контекст розвитку сільських громад. Розвиток сільських територіальних громад упродовж останніх років став епіцентром формування та реалізації державницьких зусиль стосовно децентралізації влади в Україні. Практика реалізації комплексних і цільових програм, а також стратегій управління розвитком сільських територіальних громад свідчить, що донині вони виконуються не належним чином, а нормативно-правове забезпечення сформоване не повною мірою та не схвалено на законодавчому рівні. Так, наприклад, хоча Комітет Верховної Ради України з питань правової політики та правосуддя рекомендував Верховній Раді України прийняти остаточно як Закон України поданий Президентом України законопроект «Про внесення змін до Конституції України (щодо децентралізації влади)» (реєстр.№ 2217а від 15.07.2015 р.), однак він – на момент написання статті – все ще проходить опрацювання та процедури узгодження.

Зауважимо, що у чинному законодавстві не визначено макроекономічні, екологічні, суспільно-політичні, культурні, медико-соціальні та демографічні показники розвитку сільських територій в Україні, а сформульовані для суб'єктів державного, регіонального і місцевого управління завдання остаточно не виписані.

Причина такого стану є більш, ніж очевидною: з часу виникнення нашої держави як політичної форми організації суспільства наявна проблема досягнення достатніх параметрів сталого розвитку територій, яка пов'язана з: а) пошуком та залученням достатнього обсягу фінансових ресурсів; б) розробленням та запровадженням недієвих механізмів національного, регіонального і місцевого регулювання соціально-економічних процесів; в) постійним застосуванням адміністративно-силових акцій щодо компенсації «загального стану недосконалості» функціонування соціально-економічної системи на місцях; г) використаням політичними елітами «дипломатичних» можливостей і силового суспільно-політичного ресурсу коригування змістовності концептуальних засад забезпечення духовно-ціннісного розвитку територіальних громад у сільській місцевості.

Поряд із цим ухвалені в Україні концепції та програми соціально-економічного розвитку лише вибірково можна вважати стратегічно спрямованими на забезпечення духовно-ціннісного розвитку територіальних громад у сільській місцевості. Адже документи-доктрини повинні містити вирішальні компоненти й детально опрацьовані заходи щодо залучення до механізму стратегічного потенціалу тих реальних детермінант, які забезпечать перехід держави та її регіонів до регенераційної моделі (саме це відрізняє стратегії від декларативних програм).

Моделювання соціально-демографічного розвитку до 2018 р. В Україні сформувалась українська негативна демографічна ситуація (про що свідчать дані на рис. 1). Виникнення демографічної кризи у сільській місцевості зумовлено як попереднім деструктивним напрямом демографічного розвитку, так і несприятливою сучасною соціально-економічною ситуацією. До чинників, які й надалі посилюють деформацію, віднесемо: депопуляцію, високий рівень постаріння населення, низький рівень народжуваності, спотворення шлюбно-сімейних засад духовно-ціннісного розвитку, погіршення стану здоров'я та скорочення середньої тривалості життя, міграційний відтік найактивнішої молоді, руйнування сільського розселення тощо [12].

Депопуляція (зменшення чисельності населення внаслідок перевищення кількості померлих над новонародженими) у сільській місцевості спостерігається ще з 1979 р., проте – за цими тенденціями – вирішальну роль у підриві демографічної основи села відіграли потужні міграційні урбанізаційні потоки, спрямовані до міст і промислових центрів СРСР. Це негативно вплинуло на вікову структуру населення, зумовило його старіння. Як свідчать розрахунки й узагальнення, наведені у джерелах [3–5], впродовж 1990–2016 рр. скорочення кількості сільського населення перевищило 4,9 млн. осіб і становило 25 % унаслідок депопуляції та міграції. Станом на середину 2016 р. населення в Україні, менш як 42,2 млн. осіб.

Для моделювання базових соціально-демографічних показників, значення яких змінюються з постійною швидкістю, використовують лінійну регресію. Траєкторію побудовано відповідно до рівняння, формалізованого за формулою: $y = mx + b$, де, x – незалежна змінна; m – тангенс кута нахилу лінійної регресії до осі абсцис; b – координата точки перетину лінійної регресії з віссю ординат. Як очевидно з даних короткострокового прогнозу до 2018 р., формалізованих за лінійною регресією (рис. 1 та 2), коефіцієнти детермінації імовірних прогнозних трансформацій за траєкторією зміни досліджуваної сукупності соціально-демографічних показників дорівнюють 0,97 (що перевищує допустимі значення об'єктивності більш як на 0,55 і є підтвердженням достовірності прогнозу).

Зважаючи на наявні дані й результати моделювання, наведені автором статті на рис. 1 та 2, відзначимо деструктивні тенденції 2000 – 2016 рр. щодо кількості та структурних трансформацій із розподілу населення України за типом поселень. Наведені дані також свідчать про подальше накопичення деструктивних тенденцій, які зумовлять уже в найближчому майбутньому негативні зрушення соціально-демографічних параметрів розвитку українського суспільства.

Протягом досліджуваного періоду (1990 – 2016 рр.) рівень смертності у сільській місцевості перевищував рівень народжуваності. Особливо несприятливим було їх співвідношення у 2002–2005 рр. Хоча надалі (до 2014 р.) ситуація дещо покращилася, однак у 2015 р. вона суттєво погіршилася (рис. 3). Так, зокрема, загальний показник життєвості (показник відтворення, який обраховується як співвідношення народжених і померлих) сільського населення в Україні знизився

з 0,79 у 1990 р. аж до 0,46–0,47 у 2001–2005 рр. дорівнював 0,69, а у 2014 р. – становив 0,67. Згодом він зріс до 0,71 (2012 р.) і у 2013 р. У 2015–2016 рр. він впав до рівня 0,44.

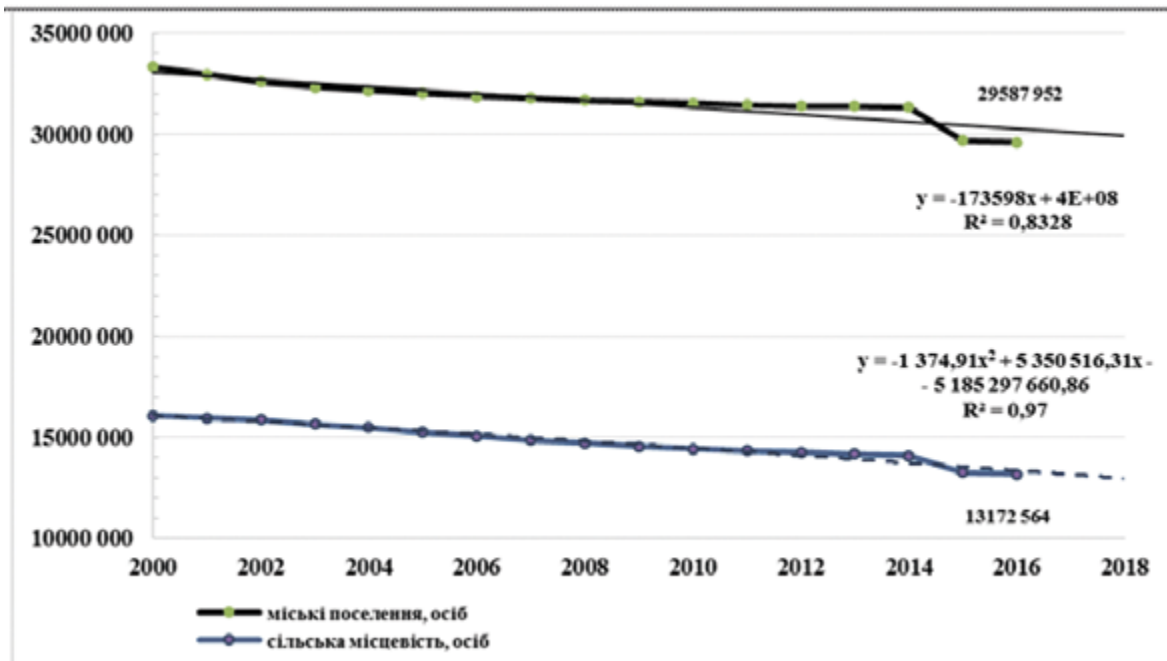


Рис. 1. Динаміка розподілу населення України за типом поселень у 2000 – 2016 рр. із короткостроковим упередженням соціально-демографічних змін до 2018 р.

Джерело: складено автором за даними [14 – 18]

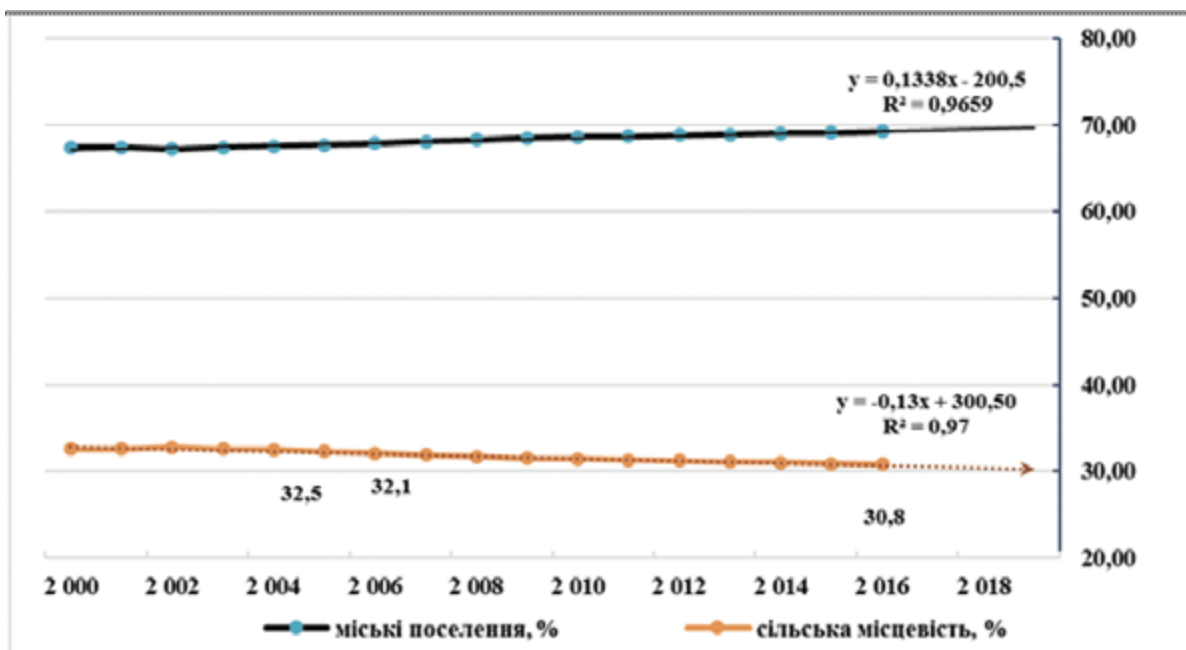


Рис. 2. Структурні трансформації щодо розподілу населення України за типом поселень у 2000 – 2016 рр. та короткострокове упередження соціально-демографічних змін до 2018 р., %

Джерело: складено автором за даними [14 – 18]

Слід визнати, що саме депопуляція стала визначальним чинником прискореного старіння населення на селі і, відповідно, низьких темпів суспільно-політичної та соціально-економічної активності суб'єктів управління і духовно-ціннісного розвитку територіальних громад. Протягом досліджуваного періоду (1990–2016 рр.) кількість дітей віком 0–17 років зменшилась на 39,3%, а їхня частка у загальній чисельності сільських жителів – з 24,5 до 17,8%. Зауважимо, що рівень постаріння сільського населення є вищим, ніж місь-

кого. Так, зокрема, у 2015 р. питома вага осіб у віці старше 60 років у селах становила 24,2%, а у містах – 21,1%. Тому особливості сучасного статеві-вікового складу населення українського села і зумовляють рівень так званого кризового демографічного навантаження. У цей період показник на 1000 осіб працездатного віку у сільській місцевості дорівнював 759 (у тому числі з дітьми та підлітками до 18 років – 320, літніми людьми – 439 осіб), у міських поселеннях – 610 (відповідно 270 і 340 особи).

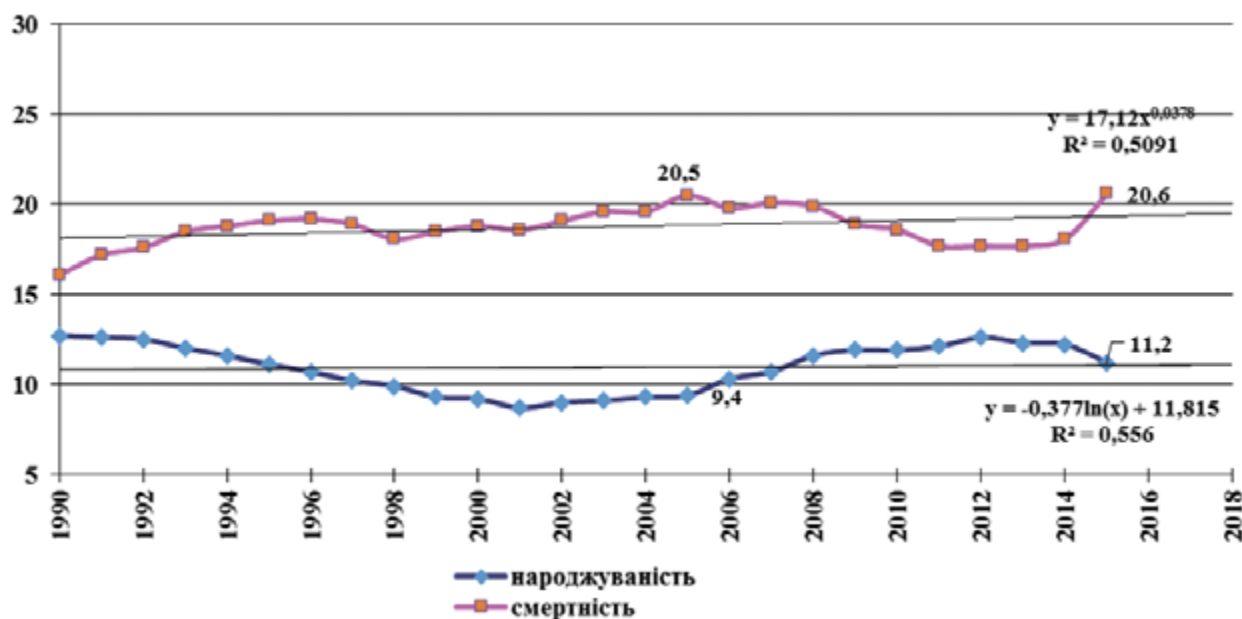


Рис. 3. Загальні коефіцієнти народжуваності та смертності сільського населення України за 1990–2016 рр. та прогностичні тенденції на короткостроковий період упередження до 2018 р., %

Джерело: складено автором за даними [14–18]

Хоча сільські громади в Україні були, зазвичай, носієм шлюбно-сімейних традицій, а також традицій взаємодопомоги і кооперації представників різних поколінь, однак нинішня сільська сім'я та її духовно-ціннісний розвиток (і, відповідно, сільської громади) зазнає негативних трансформацій. На це впливають: а) суттєве постаріння населення; б) фінансово-економічне навантаження, соціально-економічні і військово-політичні виклики; в) сучасні умови провадження побуту на селі, брак зручностей, самотність людей найстаршого віку; г) розбіжність очікуваної тривалості життя

між чоловіками і жінками (рис. 4); г) низька сумарна народжуваність (рис. 5). Нині лише у 34,7% домогосподарств у сільській місцевості України проживають діти, а у 20,6% з них дітей виховує лише один із батьків і 3,8 % – пенсіонери, які не працюють. Одним із серйозних викликів сучасності є поширення самотнього проживання літніх осіб, насамперед жінок. Так, майже чверть індивідуальних домогосподарств складається з осіб віком 60 років і старше, одну третина – з осіб старших 70 років.

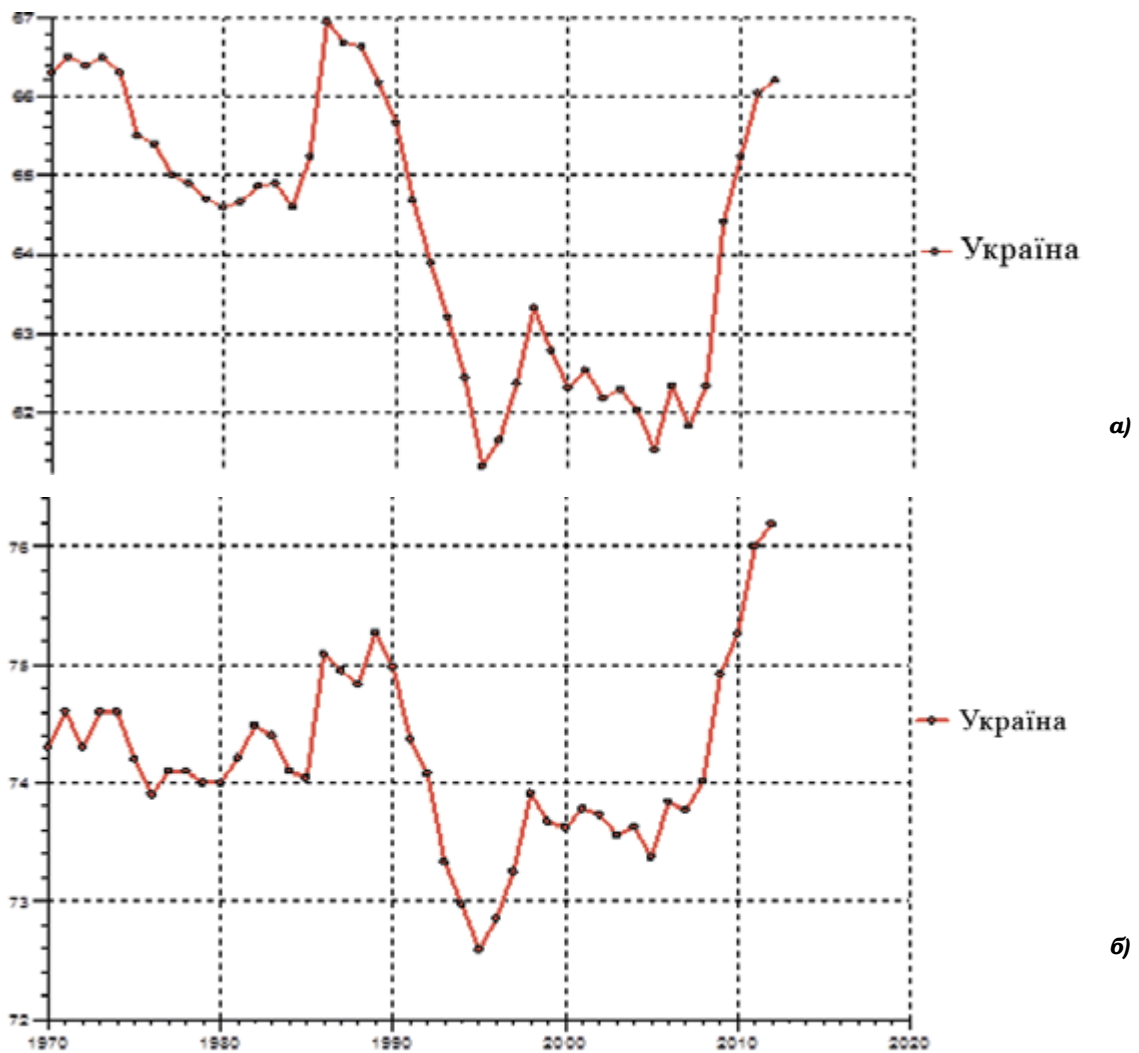


Рис. 4. Динаміка кількісних змін очікуваної тривалості життя чоловіків (а) і жінок (б) в Україні у 1970–2020 рр., років

Джерело: складено автором за даними [18]

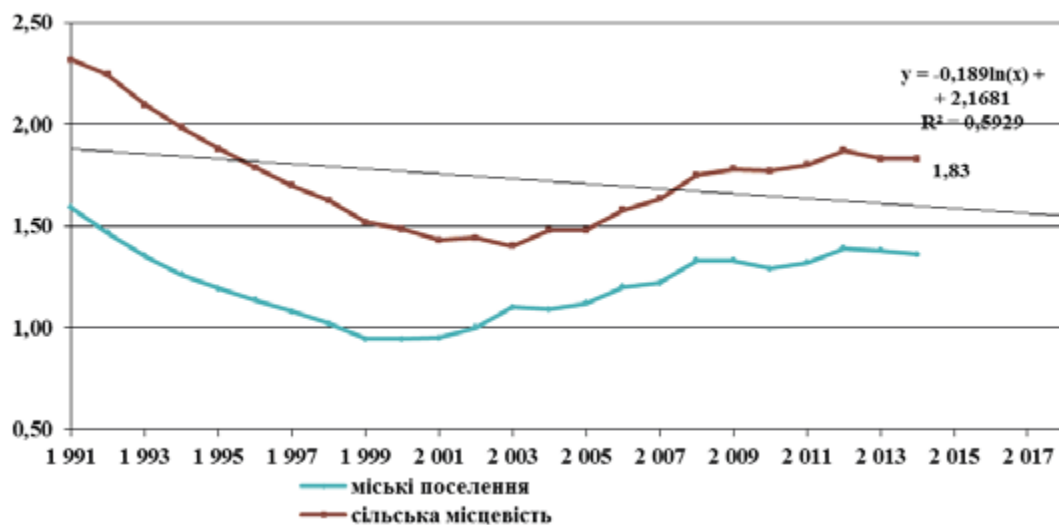


Рис. 5. Сумарний показник народжуваності у сільській місцевості та міських поселеннях України у 1991–2016 рр. та до 2018 р.

Джерело: складено автором за даними [14–18]

Порівнюючи сумарний показник народжуваності у сільській місцевості (2003–2016 рр.), який становив у 2015 р. 1,83 дитини (на 30,7% перевищує найнижче його значення, зареєстроване у 2003 р., та на 34,6% – інтенсивність народжуваності у міських поселеннях), необхідно відзначити те, що його рівень суттєво не досягає межі простого відтворення населення. Вплив на репродуктивну поведінку об'єктивних факторів (див. тренд до 2018 р. на рис. 5) унеможливає його наближення до такої межі (коефіцієнт детермінації 0,59). У період у 2015 – 2016 рр. також спостерігалось додаткове зниження дитородної активності на селі, навіть у молодих репродуктивних групах. У 2013 – 2014 рр. жінки віком 20–24 роки поступилися своїми лідерськими позиціями у питаннях інтенсивності дітонародження жінкам віком 25–30 років. Проте у сільській місцевості дитородна активність 20–24-річних жінок у 1,6 раза вища, аніж у містах (див. на рис. 6 порівняння повікового коефіцієнта народжуваності, який демонструє інтенсивність

народжуваності у конкретній віковій групі). Незалежно від типу поселення спостерігається посилення дитородної активності у жінок старшого віку (35–44 років), що свідчить про невпинність процесу «постаріння» материнства.

У період певного підвищення показників народжуваності (2009 – 2013 рр.) відбулися і позитивні зрушення у її структурі: а) зменшення питомої ваги дітей першої черговості народження у загальній сукупності новонароджених; б) зростання часток дітей другої, третьої і більше черговостей. Так, у сільській місцевості у 2000–2004 рр. половина новонароджених була первістками, тоді як у 2014 р. цей показник становив 41,3%. Водночас питома вага народжених третьої черговості зросла з 9,5 до 14,4%, четвертої і наступних – з 6,9 до 10,1%. Зауважимо, що за черговістю народження у сільській місцевості частка первістків поступається аналогічному показнику в міських поселеннях, а от народжених третьої та наступної черговостей – помітно вища.

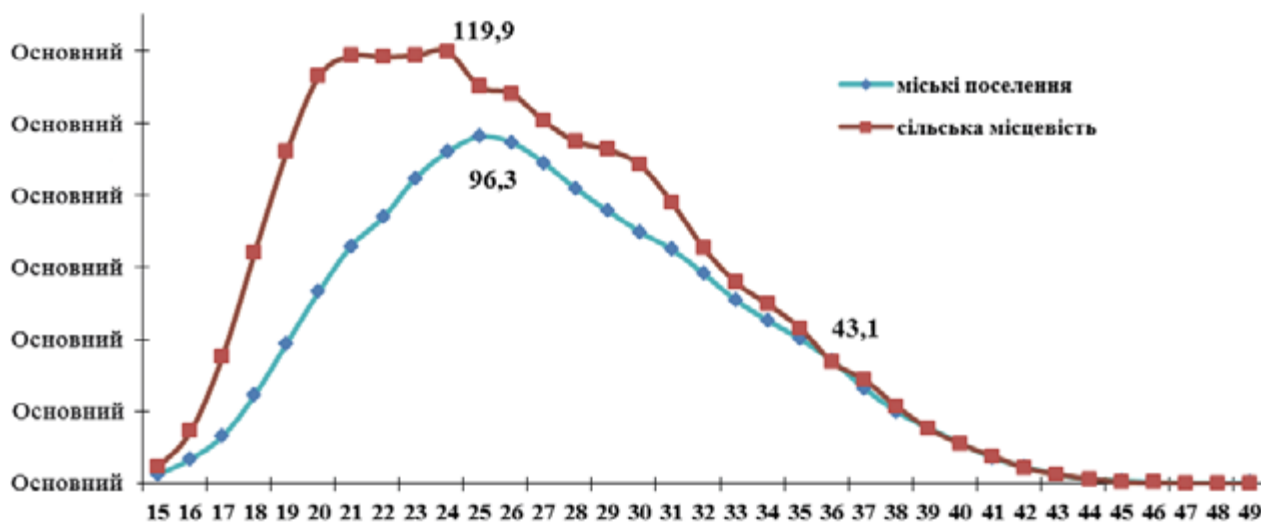


Рис. 6. Порівняння повікового коефіцієнту народжуваності у сільській місцевості та міських поселеннях України у 2015 – 2016 рр.

Джерело: складено автором за даними [14 – 18]

Ці статистичні дані, на нашу думку, свідчать про певний рівень усвідомленості та підвищення відповідальності батьків, які живуть у сільській місцевості, за подальше життя нащадків. Утім, духовно-ціннісні орієнтири суспільних відносин у сільській громаді певним чином трансформувалися. Бо початок 2015 р. (зокрема завдяки гарантованій фінансовій підтримці державою неповних сімей), частка дітей, народжених жінка-

ми, які не перебувають у зареєстрованому шлюбі, досягла 25,3% (що у 2,2 раза перевищує показник 1990 р.).

Середня тривалість життя (рис. 4) слугує загально визначним індикатором стану здоров'я і соціального, фізичного та морального добробуту. За цим показником в Україні наявна досить відчутна відмінність між чоловіками (66,2 р.) та жінками (76,5 р.). Розрив за показником очікуваної трива-

лості життя жінок та чоловіків наявний і у розвинутих європейських країнах (він також більш виражений у сільській місцевості).

З часу набуття Україною незалежності спостерігалось зростання рівня смертності сільських жителів до пікового в 1995 р. (як і населення загалом), окрім певного зменшення у 1996–1998 рр. Ця тенденція тривала аж до 2005 р. Надалі, поступово знижуючись, цей показник залишався стабільним у 2011–2013 рр., а, з початку 2014 р., з огляду на складну соціально-економічну, суспільно-політичну ситуацію та збройний конфлікт на території України, прогнозується суттєве скорочення очікуваної тривалості життя. Так, у 2014 – 2015 рр. зареєстровано 240,6 – 245,1 тис. смертей осіб, які мешкали у сільській місцевості. Крім зазначених чинників, на зростання загальної смертності у розрахунку на 100 тис. населення (у порівнянні з попереднім періодом у 1,8 раза) зумовлено збільшенням частки людей старших вікових груп, залученням чоловіків до антитерористичної організації та суттєвим погіршенням рівня і якості умов життєдіяльності на селі (рівень смертності осіб обох статей на одну третину вищий, ніж у міських поселеннях).

З-поміж причин смертності на селі можна відзначити проблеми соціального, фінансово-економічного і духовного розвитку сільських територіальних громад в Україні. Серед сільського населення реєструються вищі показники смертності: а) від туберкульозу (14,9 на 100 тис. населення); б) дитячої смертності з частішими випадками синдрому раптової смерті немовлят; в) смертності від зовнішніх причин (112,1 проти 84,9 у місті). Так, зокрема, смертність сільських чоловіків унаслідок усіх неприродних причин (травми, отруєння, нещасні випадки, пияцтво тощо) у 2015 р. становила 200,8 з тенденцією до зростання (2014 та 2013 рр. становила на рівні 174,8 – 173,1), тоді як у містах – 145,6.

Традиційно у сільській місцевості: а) більш як удвічі вищий рівень самогубств (28,9 проти 14,1 на 100 тис.), що може свідчити про втрату життєвих сил; б) у півтора раза частіше реєструють смерть від випадкових отруєнь різними речовинами, а від отруєння та дії алкоголю – удвічі частіше; в) показник смертності у транспортних нещасних випадках для мешканців сільської місцевості становив 17,3 на 100 тис. (для міста 10,6); г) сільські жителі частіше гинуть унаслідок нещасних випадків, зумовлених дією природних факторів.

З наведеного переліку деструктивних чинників скорочення тривалості життя найвагомим вважаємо вплив високої передчасної смертності чоловіків (з них понад 70,0% у працездатному віці). На нашу думку, можливості розвитку сільської громади пов'язані із структурою вікового інтервалу та зовнішніми причинами смертності, більшості з яких можна було б уникнути. Так, близько 15,4 тис. смертей пов'язані з неприродними причинами (без урахування тимчасово окупованої АР Крим і частини зони проведення антитерористичної операції). Майже 3,7 тис. осіб позбулися життя через самоушкодження (наклали на себе руки, з них 3,2 тис. — чоловіки). Якщо врахувати, що частина з 1,3 тис. смертей у 2015 р., ідентифікованих як випадки ушкодження з невізначеним наміром, з високим ступенем ймовірності може належати до недоведеного – через недостатність інформації – суїциду, то реальна кількість втрат через самогубства буде вищою, ніж від усіх форм туберкульозу та його наслідків (2,0 тис. осіб) або транспортних нещасних випадків (1,7 тис.). Додамо сюди і смерть 1,6 тис. сільських мешканців, спричинену харчовим отруєнням та дією алкоголю.

Відзначимо також негативну динаміку, репрезентовану Державною службою статистики України [14; 16]: у 2015 р. сільська мережа скоротилася до 28 388 населених пунктів (включаючи тимчасово окуповану територію АР Крим), що представлені різними типами поселень. Протягом 2000 – 2014 рр. щороку зникало в середньому 17 населених пунктів. Лідерами у цьому процесі стали: Київська (78 сіл), Полтавська (69), Чернігівська (53), Сумська (43) та Житомирська (42 села) області. За даними [14; 16] й узагальненнями [2; 5] відносно стабільною система сільського розселення залишилась у Закарпатській, Івано-Франківській та Чернівецькій областях. Варто також зважати на те, що фактично село може бути знелюдніле, але існувати юридично. Так, станом на 1 січня 2016 р. Державною службою статистики України не було знято з обліку 369 сіл.

Обговорення результатів. Проведений аналіз дає підстави для твердження, що для сільської громади в Україні характерні: 1) високі показники передчасної смертності та коротша, порівняно з міським населенням, тривалість життя; 2) виразна статева диференціація (реєструється втричі вищий рівень смертності чоловіків віком 15–49 рр., аніж жінок), що посилює розрив очікуваної тривалості життя за статтю;

3) передчасна смертність від: синергетичного впливу суспільних, політичних, економічних, медико-соціальних та екологічних негараздів; недостатньо ефективності сучасної соціально-економічної, кредитної та екологічної політики, а також політики охорони громадського здоров'я на селі (зокрема, щодо попередження нездорового способу життя сільського населення); психологічної напруги в умовах фінансової нестабільності та безпосередніх і опосередкованих втрат через наявність збройного конфлікту на території України.

Визнаємо й підтверджуємо переконання дослідників, що репрезентовано у науковій роботі [4]: у сільській місцевості допомога при народженні відіграє важливішу роль у забезпеченні матеріального становища сімей, ніж у містах. Це зумовлене нижчим рівнем їхніх доходів та відсутністю багатьох послуг і можливостей щодо духовно-ціннісного розвитку, доступних міським жителям. Сьогодні виплати залишаються досить вагомим чинником, хоча можливості, які вони створюють для сім'ї, у контексті нинішньої економічної ситуації достатньо обмежені. Сім'ї з другими та третіми дітьми мають значно вищий ризик бідності, аніж із першими, проте основне скорочення виплат відбулось за рахунок народжених саме цих черговостей.

У майбутньому народження та виховання дітей в умовах бідності може негативно вплинути на розвиток країни, зокрема через зниження якості людського капіталу сільських територій. При цьому саме соціальні та культурні детермінанти відіграватимуть значну роль у формуванні стратегічного потенціалу сільських територіальних громад, що впливатиме на подальше зниження (падіння), порівняно з містами, рівня: доходів; сприятливості середовища проживання (санітарно-гігієнічних умов, доступу до безпечної питної води, каналізації тощо); доступності невідкладної та спеціалізованої медичної допомоги.

Під час планування та реалізації державної політики слід зважати на суттєву деструктивність тенденцій збідніння сільського населення, знищення культурної й освітньої інфраструктури поселенської мережі, інкорпорація якої до територіальної громади вимагатиме реалізації цільових програм стимулювання і мотивування, які потребують значних ресурсних витрат та алокаційного ефекту (раціоналізації їхнього поділу-розподілу ресурсів, резервів і можливостей різної природи за пріоритетами).

Тому, на переконання автора статті, розроблення, ухвалення і реалізація концепції духовно-ціннісного розвитку територіальних громад у сільській місцевості в Україні (і, відповідно, стратегії) задля досягнення визначених соціально-економічних орієнтирів сталого розвитку слід базувати на нових методологічних засадах – при синхронній локалізації зусиль щодо одночасного відновлення позитивних структурно-динамічних, медико-соціальних, економічних, екологічних, демографічних, культурних та інших перетворень у державі. І саме такі підходи мають лягти в основу політики децентралізації.

Узагальнення та рекомендації. Аналіз основних соціально-демографічних показників розвитку сільської громади в Україні на сучасному життєвому етапі національної економічної системи дозволяє визначити, що однією з пріоритетних проблем є високий рівень смертності у працездатному віці, збудований істотним впливом поведінкових факторів ризику (відсутність самозбережувальної поведінки особи, нераціональне харчування, поширене тютюнопаління та зловживання алкоголем, вживання психоактивних речовин тощо).

Однією з найвагоміших складових державної політики, впродовж останніх років, було сприяння народжуваності шляхом надання матеріальної допомоги при народженні дитини, що забезпечило певні позитивні результати, зокрема, й збереження вищого рівня народжуваності у сільській місцевості. Водночас вважаємо, що найвідчутніший позитивний вплив на розвиток демографічних процесів матимуть: вирішення житлових проблем для сімей із дітьми, насамперед, молодих, зростання доходів батьків та зниження бідності.

Негативні соціально-демографічні тенденції сформувались на тлі невизначеності умов функціонування системи регіонального й місцевого управління та формування й нарощення їхнього фінансового потенціалу. Державним, регіональним та місцевим суб'єктам публічного управління необхідно локалізувати системні зусилля на досягненні цілей реформи децентралізації: а) забезпечення сільського населення якісними та доступними послугами, які можна одержати найближче до місця проживання; б) створення умов для появи нових осередків економічного зростання територій; в) використання органами місцевого самоврядування повноважень, передбачених положеннями Закону України «Про внесення змін до Конституції України (щодо децентралізації влади)»; г) раціоналізація використання різних

за природою ресурсів, резервів і можливостей територіальних громад для організації якісних і доступних для сільського населення соціальних та інших видів послуг. Доцільною видається широка децентралізація системи виконавчої влади

з перенесення більшої частини універсальних повноважень та відповідальності з національного на регіональний рівень, з регіонального на районний рівень, з районного на рівень сільських територіальних громад.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Європейська Хартія місцевого самоврядування. URL: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/994_036 (дата звернення: 1.12.2016)
2. Микитенко В. В., Алімов О. М. Розбудова в Україні каскадних форм організації виробничо-господарської та міжгалузевої і міжрегіональної взаємодії // Економічні та виробничо-економічні системи в координатах сталого розвитку / ред. А. О. Касич, М. М. Хоменко. Кременчук, 2015. С. 5–19.
3. Соціально-економічний потенціал сталого розвитку України та її регіонів (національна доповідь) / ред. Е. М. Лібанова, М. А. Хвесик. Київ, 2014. 776 с.
4. Соціальна політика в умовах поглиблення соціальної нерівності в Україні / ред. А. І. Ільчук. Херсон, 2011. 376 с.
5. Політика сільського розвитку на базі громад в Україні / ред. О. М. Бородин, І. В. Прокопа, О. А. Попова. Київ, 2015. 70 с.
6. Реформа для людини: збірник матеріалів про шляхи реалізації адміністративно-територіальної реформи в Україні / А. А. Луценко, О. Я. Матвійшин, В. П. Новак, В. А. Негода та ін. Київ: Геопринт, 2010. 238 с.
7. Руденко О. М. Теорія суспільної стабільності в державному управлінні. Київ: Вид-во НАКККіМ, 2010. 304 с.
8. Реалізація інтеграційного вибору України: правові проблеми, можливі ризики та наслідки / ред. О. О. Ашурков. Донецьк: ІЕП НАН України, 2013. 186 с.
9. Бакуменко В. До питання методологічного обґрунтування процесу управління в соціальних системах // Державне управління та місцеве самоврядування. 2013. Вип. 1. С. 6–12.
10. Колесников А. Объективные законы единства процессов самоорганизации и управления // Управление и информационные технологии (УИТ-2005): доклады 3-ей Всерос. научн. конф. Санкт-Петербург: Изд-во ЭТУ, 2005. Т. 1. С. 5–21.
11. Крупская Е., Павлова Е. Роль организационной культуры в обеспечении социально-экономической стабильности и духовно-ценностного развития территориальных общин // Юрист-онлайн. 2007. № 4. URL: <http://www.shkolny.com/rol-organizatsionnoy-kulturyi-spirituallu-valuable/development-local-communities> (дата звернення: 1.12.2016)
12. Остафійчук Я. Соціоекологічні проблеми розвитку сільських територій: сучасний вимір та перспективи вирішення // Соціально економічні проблеми сучасного періоду України. 2014. Вип. 3. С. 379–387.
13. Титаренко О. М. Децентралізація як чинник розвитку сільських територіальних громад в Україні // Державне управління: удосконалення та розвиток. 2016. № 1. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=972> (дата звернення: 1.12.2016)
14. Статистична база даних ретроспективних соціально-економічних тенденцій Державної служби статистики України. URL: <http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog> (дата звернення: 1.12.2016)
15. Статистична база даних Державної служби статистики України. URL: <http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/Saveshow.asp> (дата звернення: 1.12.2016)
16. Чисельність наявного населення України на 01 січня 2016 року: стат. зб. / відп. за вип. М. Б. Тімоніна. Київ, 2016. 86 с.
17. Щорічна доповідь по стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України: 2014 рік. / ред. О. Квіташвілі. – Київ: Укр. інт-т стратег. досліджень МОЗ України, 2015. 460 с.
18. Українська База медико-статистичної інформації та інформаційного забезпечення «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc/vooz.html> (дата звернення: 1.12.2016)

References

1. *Yevropeys'ka Khartiya mistsevoho samovryaduvannya* [The European Charter of Local Self-Government]. Retrieved from: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/994_036
2. Mykytenko, V. V., Alymov, O. M. (2015). Rozbudova v Ukrayini kaskadnykh form orhanizatsiyi vyrobnycho-hospodars'koyi ta mizh haluzevoyi i mizhrehional'noyi vzayemodiyi [Building in Ukraine cascading forms of industrial, economic and inter-sectoral and interregional interaction] // *Ekonomiczni ta vyrobnycho-ekonomichni systemy v koordynatakh staloho rozvytku* / Ed. A. O. Kasych, M. M. Khomenko. Kremenchuk, pp. 5–19.
3. Libanova, E. M. & Khvesyk, M. A. (Eds.) (2014). *Sotsial'no-ekonomichnyy potentsial staloho rozvytku Ukrayiny ta yiyi rehioniv (natsional'na dopovid')* [Socio-economic potential of sustainable development of Ukraine and its regions (national report)]. Kyiv.
4. Il'chuk, L. I. (Ed.) (2011). *Sotsial'napolityka v umovakh pohlyblennya sotsial'noy nerivnostiv Ukrayini* [Social policy in the context of deepening social inequality in Ukraine]. Kherson.
5. Borodina, O. M., Prokopa, I. V. & Popova, O. L. (Eds.) (2015). *Polityka sil's'koho rozvytku na bazi hromad v Ukrayini* [Rural Policy based communities in Ukraine]. Kyiv.
6. Lutsenko, A. A. et. al. (2010). *Reforma dlya lyudyny* [Reform to humans]. Kyiv: Heoprynt.
7. Rudenko, O. M. (2010). *Teoriya suspil'noyi stabil'nosti v derzhavnomu upravlinni* [Theory of social stability in public government]. Kyiv: Vyd-vo NAKKKiM.
8. Ashurkov, O. O. (Ed.) (2013). *Realizatsiya intehtratsiyoho vyboru Ukrayiny: pravovi problemy, mozhlyvi ryzyky ta nasliky* [Implementation of the integration choice of Ukraine: legal problems, risks and consequences]. Donetsk.

9. Bakumenko, V. (2013). Do pyannya metodolohichnoho obgruntuvannya protsesu upravlinnya v otsial'nykh systemakh [On the question of methodological grounds for management process within social systems]. *Derzhavne upravlinnya ta mistseve samovryaduvannya*, 1, 6-12.
10. Kolesnykov, A. (2005). Ob'ektyvnye zakony edynstva protsessov samoorhanyzatsyy y upravlenyya [Objective laws of the unity of the processes of self-organization and management]. *Upravlenye y ynformatsyonnye tekhnolohyy (UYT-2005): doklady 3-ey Vseros.nauchn. konf.* Sankt-Peterburg: Izd-vo ETU, 1, 5-21.
11. Krupskaya, E., Pavlova, E. (2007). *Rol' orhanyzatsyonnoy kul'tury v obespechenyy sotsyal'no-ekonomicheskoy stably'nosti y dukhovno-tsennostnoho razvytyya terrytorial'nykh obshchyn* [The role of organizational culture in ensuring socio-economic stability and spiritual development of territorial communities]. Retrieved from: <http://www.shkolny.com/rol-organizatsionnoy-kulturyi-spirituually-valuable/development-local/communities>
12. Ostafychuk, Y. A. (2014). Sotsioyekologichni problemi rozvitku sil'skikh teritoriy: suchasniy vimir ta perspektivi virishennya [Social and economic problems of the development of the rural areas: state of art and prospects for solutions]. *Sotsial'no-yekonomichni problemi suchasnogo periodu Ukraïni*, 3. 379-387.
13. Tytarenko, O. M. (2016). Detsentralizatsiya yak chinnik rozvitku sil'skikh teritorial'nykh громад v Ukraïni [Decentralization as a factor for the development of the rural communities in Ukraine]. *Derzhavne upravlinnya: udoskonalennya ta rozvitok*, 1. Retrieved from: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=972>.
14. State Statistic Service of Ukraine (2016). *Statistichna baza danikh retrospektivnykh sotsial'no-yekonomichnykh tendentsiy* [Statistical base for retrospective social and economic tendencies]. Retrieved from: <http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/>
15. State Statistic Service of Ukraine (2016). *Statistichna baza danikh*. Retrieved from: <http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/Saveshow.asp>
16. State Statistic Service of Ukraine (2016). *Chysel'nist'nayavnoho naseleennya Ukrayiny na 01 sichnya 2016 roku* [The population of Ukraine for January 1, 2016]. Kyiv.
17. Ministry of Health of Ukraine (2105). Shchorichna dopovid' po stan zdorov'ya naseleennya, sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu ta rezul'taty diyal'nosti systemy okhorony zdorov'ya Ukrayiny: 2014 rik [Annual report on public health, sanitary and epidemiological situation and results of the healthcare system of Ukraine: 2014]. Kyiv.
18. Ministry of Health of Ukraine (2106). Baza «Zdorov'ya dlya vsikh» [Database «Health for All»]. Retrieved from: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc/vooz.html>

Матеріал надійшов 29.12.2016 р.

**МЕТОДИКА ОЦІНКИ ВНУТРІШНІХ РИЗИКІВ ВИХОДУ
ПІДПРИЄМСТВА НА СВІТОВИЙ РИНОК ЗЕРНА**
**ESTIMATION METHODS OF INTERNAL RISKS OF A UKRAINIAN COMPANY ENTERING
THE WORLD GRAIN MARKETPLACE**

Владислав Чорний

Аспірант університету «КРОК»

Vladyslav Chornii

PhD student, «KROK» University

Анотація

Стаття розглядає проблеми виявлення та оцінки внутрішніх ризиків виходу українських аграрних підприємств на світовий ринок зерна. Серед ідентифікованих внутрішніх ризиків виділено основні чотири групи: виробничі, технологічні, фінансові та кадрові. Запропоновано алгоритм та методика оцінки внутрішніх ризиків аграрного підприємства з метою прийняття рішення щодо здійснення зовнішньоекономічної операції на світовому ринку зерна. Комплексну оцінку окремих факторів ризику пропонується здійснювати за кількісними та якісними показниками з використанням коефіцієнтного і експертного методів. На основі оцінки особа, що приймає рішення, може виділити найбільш значущі ризики та застосувати заходи щодо їх нейтралізації. За допомогою інтегрального показника ризику пропонується визначити ступінь внутрішнього ризику. Приклад використання методики наведено на матеріалах агрохолдингу «ІМК».

Ключові слова: *аграрні ризики, аграрне виробництво, експорт зерна, експертний метод, інтегральний метод.*

Abstract

The paper explores the problem of identifying and evaluating internal risks in the process of entering Ukrainian agricultural enterprises the world grain marketplace. The four main groups of identified internal risks (operational, technological, financial and human) are distinguished.

Risk factors of internal environment, as opposed to factors of external environment, are under the direct influence of leadership, and therefore their identification, analysis and development of measures of reducing them is an important task management, especially for the companies entering the global marketplace. Agrarian business is exposed to more than others, and therefore the estimation of internal risks that influence the international economic activity of the enterprise allows to identify the most significant threats to economic security and to develop measures to neutralize them.

Listed factors are the source of the risk of a shortfall in the planned harvest, increased costs and reduced profitability. Each type of risks has its own specific risks manifestation and impact on the economic security of agricultural enterprises, due to production features of the agrarian business.

The author proposed the algorithm and estimation methods of internal risks of the agricultural enterprise with the purpose to decide on foreign economic operations in the global grain marketplace.

To assess the impact forces of internal risks in international economic activity of the enterprise the author recommended the methods, which involve the following steps: selection of main internal risk factors, estimation of the probability of their impact using quantitative (are evaluated using financial ratios) and qualitative indicators (are evaluated a method of expert assessment using 4-point scale), calculating the integral index of impact of internal risks.

Based on a quite narrow list of indicators this method allows to assess internal risks and take into account this assessment to decide on agricultural enterprise's entrance to the global marketplace. Example of using methods is shown based the data of agricultural holding «IMC».

The results of complex assessment can be used in the management of economic security facing the world grain marketplace. Based on the assessment the person, who decides, can identify the most significant risks and implement measures to neutralize them.

Keywords: agricultural risks, agricultural production, the export of grain, expert evaluation, integral method.

Постановка проблеми. Діяльність експортноорієнтованих підприємств пов'язана із значним ризиком, який може призвести до суттєвих фінансових втрат. Низька компетентність працівників підприємств, які вперше здійснюють зовнішньоекономічні операції, може зумовити невраховування важливих ризиків зовнішнього та внутрішнього середовища при плануванні виходу на світовий товарний ринок, унаслідок чого виникає загроза збереження економічної безпеки підприємства.

Фактори ризиків внутрішнього середовища, на відміну від факторів зовнішнього середовища, перебувають під безпосереднім впливом керівництва. Тому їх ідентифікацію, детальний аналіз, оцінку та розробку заходів щодо мінімізації ризиків вважають важливим завданням управління, зокрема й для підприємств, що виходять на світовий ринок. Аграрному бізнесу властивий високий рівень ризиків, відтак оцінка внутрішніх ризиків виходу на світовий ринок такого підприємства надає можливість ідентифікувати найвагоміші загрози економічній безпеці та розробити заходи щодо їх нейтралізації.

Аналіз досліджень та публікацій. Значний внесок у дослідження проблематики впливу ризиків на економічну безпеку підприємств, зокрема аграрних, здійснили вітчизняні вчені та практики, а саме: В. Безбожний, П. Бечко, О. Дуброва, Ю. Зборовська, С. Клименко, О. Кобилянська, О. Ляшенко, Ю. Погорелов, А. Романова, Б. Шевчик та інші. Проте додаткового дослідження потребує методика оцінки ризиків, які загрожують економічній безпеці тих аграрних підприємств, котрі виходять на світовий товарний ринок зерна.

Мета дослідження – вивчення сутності, особливостей впливу та методу оцінки внутрішніх факторів ризику на процес виходу українських підприємств на світовий ринок зерна.

Виклад основного матеріалу. Вихід на світовий ринок вітчизняного аграрного підприємства супроводжується ризиками і загрозами,

джерелом яких вважають фактори внутрішнього та зовнішнього середовища функціонування підприємства. Всі підприємства аграрного сектора діють під впливом величезної кількості чинників внутрішнього середовища сільськогосподарського виробництва, таких як інтенсивність (екстенсивність) виробництва, ресурсний потенціал, система ведення землеробства, система розведення сільськогосподарських тварин, форма організації виробництва, кваліфікація персоналу тощо. Перелічені фактори слугують джерелом ризику недоотримання запланованого урожаю та призводять до додаткових втрат і зниження прибутковості.

Під час розроблення стратегії виходу на зовнішні ринки керівникам аграрного підприємства необхідна методика для оцінки можливих ризиків, зумовлених факторами внутрішнього середовища господарської діяльності. До внутрішніх ризиків аграрного підприємства, що виходить на світовий ринок, віднесемо ризики, спричинені впливом факторів внутрішнього середовища підприємства (на які, в свою чергу, має прямий управлінський вплив керівництво підприємства), які мають загрозу для реалізації зовнішньоторговельного контракту. До основних груп таких ризиків належать: виробничі, техніко-технологічні, кадрові, фінансові.

Для оцінки сили впливу ризиків внутрішнього середовища на вихід аграрного підприємства на зовнішній ринок пропонується використати методику, що заснована на комплексному застосуванні декількох методів: методу експертної оцінки, інтегрального та коефіцієнтного методів.

Оцінку внутрішніх ризиків, що впливають на здійснення зовнішньоекономічної операції аграрним підприємством, пропонується проводити у кілька етапів.

Перший етап – виділити групи факторів ризику, які впливають на результат зовнішньоекономічної операції.

До першої групи внутрішніх ризиків, які необхідно враховувати аграрному підприємству при прийнятті рішення щодо виходу на зовнішній

ринок, віднесемо виробничі ризики, які вважаємо суттєвими чинниками результативності діяльності сільськогосподарських підприємств.

Виробничий цикл аграрного виробництва внаслідок його сезонності не може бути пришвидшений за рахунок інтенсифікації. Тимчасовий сезонний розрив між затратами виробництва та виходом продукції, зміна кон'юнктури пропозиції та попиту на сільськогосподарську продукцію зумовлює нерівномірність надходження виручки від реалізації продукції впродовж року та зниження платоспроможності аграріїв. Фактична собівартість виробленої сільськогосподарської продукції визначається лише наприкінці року, що унеможливає прогнозування фінансових результатів суб'єктів господарювання [2].

Визначальним фактором, який характеризує ефективність виробничої діяльності сільськогосподарських підприємств галузі рослинництва, вважається урожайність сільськогосподарських культур. Рівень врожайності зернових формується, в свою чергу, під впливом таких основних чинників, як: 1) погодні умови (кількість опадів, сума активних середньодобових температур – вимерзання, випрівання посівів, вологість повітря); 2) агротехнічні (сівозміни, використання насіння районованих сортів, обсяг використаних добрив, засобів захисту рослин, дотримання строків і якості виконання агротехнічних робіт).

Низька урожайність може стати джерелом ризику невиконання зовнішньоекономічного контракту за обсягом або якістю, тому розглядається як ризик виходу аграрного підприємства на зовнішній ринок. Урожайність виступає внутрішнім фактором виробничого ризику, однак формується під впливом як зовнішніх (погодні умови), так і внутрішніх чинників середовища (агротехнічні умови). Оскільки процес виробництва є внутрішнім елементом середовища аграрного підприємства і піддається впливу з боку його керівників, такі зовнішні ризики як погодні умови, розглядаються в одному блоці з внутрішніми виробничими ризиками.

З-поміж особливостей аграрного виробництва відзначимо те, що воно здійснюється під значним впливом погодних умов, а також залежить значною мірою від природно-кліматичних особливостей регіону. Коли природні сили в будь-якій іншій галузі розглядаються лише з погляду стихійного лиха та заподіяння збитків, то сільське господарство в цьому відношенні становить виняток. Обсяг сонячної енергії та вологи протягом

року – це той істотний фактор виробництва, який може як завдати як збитків, так і принести прибутку [9]. Погодні умови в Україні сприяли отриманню високих урожаїв в 2013-2014 рр., проте у 2015 р. для окремих галузей зернового виробництва створили негативні умови. Так, через посуху восени 2015 р. збір кукурудзи скоротився на 18,5% (або 5,28 млн. тонн), а урожайність культури знизилась до 4,5 ц/га [3].

На якість ґрунтів, їх родючість, значно впливають обсяги та якість добрив. Дослідження засвідчують, що за останнє десятиліття внесення мінеральних добрив скоротилося у десять разів, а органічних добрив – у сім разів. Середньорічний недобір сільськогосподарської продукції у перерахунку на зерно, внаслідок зменшення внесення мінеральних добрив, становить 18 млн. тонн [3]. За даними Інституту агротехнології та біотехнології, майже третина ґрунтів деградує через нестачу добрив. Якщо в Європі й США аграрії вносять від 200-300 до 700-800 кг мінеральних добрив на 1 га, то в Україні – лише 10-15 кг [3].

Наступним виробничим фактором ризику неотримання планового врожаю є обраний сорт зерна. Згідно із дослідженнями, за сприятливих погодних умов внесок фактору сорту у високу врожайність сягає 60%, а посилене мінеральне живлення ґрунту – 40% [5].

Причинами виникнення виробничих ризиків у рослинництві є також поширення хвороб та шкідників рослин. Шкідники з високою ймовірністю можуть пошкодити частину урожаю аграрного виробництва і знизити його якість. Так, у 2006 р. сукупність таких факторів, як високі температури навесні та влітку, засміченість посівів, відсутність захисних заходів, призвели до значного ураження шкідником 16% урожаю вітчизняних виробників (близько 1,5 млн. тонн). Унаслідок значна частина експортного зерна втратила якісні характеристики та перейшла до розряду фуражного зерна зі значним зниженням вартості [7].

Собівартість продукції – також важливий показник виробничої діяльності аграрного підприємства. Неочікуване зростання собівартості продукції може вплинути на виробництво зерна. Експортні контракти найчастіше укладають на значні обсяги поставок. За низької рентабельності суттєві зміни собівартості поставленої на експорт продукції несуть ризик втрати прибутку, або навіть отримання збитку. До основних факторів зростання собівартості належать: зростання цін на основні сировинні та матеріальні ресурси: насіннєвий

матеріал, мінеральні добрива, паливе, запчастини для ремонту сільськогосподарської техніки.

Українському аграрному виробництву притаманні техніко-технологічні ризики, з-поміж яких слід насамперед згадати: ризик втрати врожаю, зниження його якості та ризик появи додаткових витрат, що спричинені факторами технологічного характеру. Особливої ваги ці ризики набувають саме для сільськогосподарських підприємств, що виходять на зовнішні ринки. Адже вимогам до якості продукції таких підприємств приділяють значно більше уваги, ніж на внутрішньому ринку. Фактори, що спричиняють появу техніко-технологічних ризиків на українських підприємствах, як правило, включають в себе: 1) вихід з ладу техніки через її поломку з причини використання техніки з високим рівнем амортизації; 2) використання застарілої технології та техніки, яка має низьку продуктивність або завдає шкоди якості продукції аграрного виробництва; 3) недостатність технічних потужностей для своєчасного посіву, збору врожаю, зберігання зерна тощо [6, с. 47].

Варто відзначити, що забезпеченість основною сільськогосподарською технікою вітчизняних підприємств становить лише 45-65% від розрахункової технологічної потреби. З них близько 95% експлуатуються поза амортизаційними термінами. За даними експертів, рівень зношеності техніки та обладнання у сільському господарстві у 2016 р. становив від 50 до 70%. Через фізичне зношення та технічні несправності щорічно не використовують 25-35% тракторів, комбайнів та інших сільськогосподарських машин [8].

Окрім проблем морально-застарілої техніки, важливим питанням залишається застосування нових технологій вирощування зернової продукції, недостатність систем меліорації (2,59 млн. га з оброблюваних 27,85 млн. га сільськогосподарських земель) [8]. Також на виникнення ризикових ситуацій впливає рівень розвитку інфраструктури галузей аграрного виробництва (забезпеченість елеваторами, залізничними вагонами, автотранспортом тощо).

Кадрові ризики виникають під час підбору або/та звільнення персоналу, або пов'язані з наявністю в агроформуваннях так званих груп ризику, чи можуть виникнути через неналежну мотивацію персоналу. Низький рівень заробітної плати сільськогосподарських працівників, сезонний характер виробництва, несприятливі умови праці та соціально-побутові умови знижують рівень зацікавленості та трудової активності персо-

налу і безпосередньо впливають на ефективність виробництва. Для аграрної галузі властива нестача технічного персоналу, на що зокрема впливають особливості соціокультурного середовища, непрестижність технічних професій.

До чинників ризику віднесемо й брак досвіду роботи менеджерів підприємства на міжнародних ринках, спілкування із іноземними партнерами, нерозуміння процесу міжнародних поставок, незнання управлінським персоналом особливостей ведення міжнародного бізнесу, особливостей ділової культури інших країн тощо.

Фінансові ризики для аграрних підприємств, що виходять на зовнішній ринок, полягають насамперед у недостатності фінансових ресурсів для реалізації задумів. Певною мірою ці ризики визначають рівень неготовності потенційних інвесторів вкладати кошти у розвиток галузі. Виявлення фінансових ризиків має на меті оцінити доступ господарських суб'єктів в аграрній галузі до кредитних ресурсів, можливості отримання регіональних асигнувань, здійснення інноваційно-інвестиційної діяльності за допомогою регіональних органів влади, отримання податкових пільг.

Другий етап – визначити критерії, на основі яких формуватиметься оцінка ризику групи факторів.

Перелік критеріїв для оцінки внутрішніх ризиків обирається особами, які приймають рішення на підприємстві. Далі в цій статті автор наводить власне бачення системи критеріїв для оцінки внутрішнього ризику, яка може бути адаптована та перероблена відповідно до потреб конкретного аграрного підприємства.

Найпростіше здійснити оцінку фінансових ризиків, бо інструментарій фінансового аналізу достатньою мірою розроблений. Оцінку фінансових ризиків пропонується проводити на основі розрахунку певного переліку фінансових коефіцієнтів (метод коефіцієнтів). При цьому для кожного коефіцієнту має бути встановлена в шкала, за якою ідентифікується рівень ризику певного критерію. Пропоновані автором система критеріїв та межі оцінки ризику для фінансових ризиків наведена в таблиці 1.

Табл. 1. Критерії оцінки фінансових ризиків

№ з/п	Ризик	Критерії оцінки ризику	Рівень ризику	Межі
1	Нестача фінансових ресурсів	Коефіцієнт фінансової автономії (Власний капітал / Активи)	1	рівень показника 0,5 – 1
			2	рівень показника 0,4 – 0,5
			3	рівень показника 0,3 – 0,4
			4	рівень показника 0,0 – 0,3
		Коефіцієнт швидкої ліквідності ((Оборотні активи-Запаси) / Поточні зобов'язання)	1	рівень показника 0,6 і вище
			2	рівень показника 0,5 – 0,6
			3	рівень показника 0,3 – 0,5
			4	рівень показника 0,0 – 0,3
		Темп зростання інвестицій	1	рівень показника вище за 1,15
			2	рівень показника 1,0 – 1,15
			3	рівень показника 0,9 – 1,0
			4	менше за 0,9
2	Ризик неотримання банківського кредитування	Рівень ймовірності банкрутства (коефіцієнт Альтмана)	1	3,0 і вище
			2	2,67 – 3,0
			3	1,8 – 2,67
			4	менше ніж 1,8
3	Недостатня рентабельність	Рівень рентабельності активів	1	5% і вище
			2	0-5%
			3	-5% – 0%
			4	менше ніж -5%

Джерело: складено автором на основі [4]

Рівень ризику кожної групи факторів пропонується ідентифікувати за 4-бальною шкалою [6] для зручності співставлення кількісних розрахунків та експертних оцінок:

1 бал – прийнятний ризик (ймовірність настання 0-30%);

2 бали – підвищений ризик (ймовірність настання 31-50%);

3 бали – критичний ризик (ймовірність настання 51-75%);

4 бали – неприйнятний ризик (ймовірність настання 76-100%).

Однак не всі фактори внутрішнього ризику можна оцінити за допомогою кількісних показників (зокрема, можливі ситуації, коли кількісні розрахунки неможливо здійснити через брак статистичної бази даних, або ж математичні моделі такої оцінки занадто складні). В такому разі оцінювання більшості внутрішніх ризиків можна провести експертним шляхом. Склад експертної групи визначає особа, що приймає рішення. До складу експертної групи можуть бути включені працівники підприємства або нештатні спеціалісти, компетентні у питаннях аграрного бізнесу та зовнішньоекономічних операцій. Склад показників для експертного оцінювання наведено на прикладі виробничих ризиків в таблиці 2.

Таким же чином складаються переліки критеріїв та шкали для їх оцінки інших видів ризиків.

Оцінку ризику по групі (RL_i) пропонується визначати як середню арифметичну, або інтегральним методом [1], враховуючи коефіцієнти вагомості, встановлені експертною групою та зважуючи на 4 для переведення з бальної шкали до відсоткової:

$$RL_i = \frac{\sum_k (\alpha_i^k * p_i^k) * 100\%}{4}, \quad (1)$$

де RL_i – рівень ризику i -тої групи факторів;

α_i^k – вагомість k -того фактора в i -тій групі;

p_i^k – рівень ризику k -того фактора в i -тій групі.

При виборі факторів із найбільшим рівнем ризику для наочності може бути застосований графічний метод.

Табл. 2. Критерії оцінки виробничих ризиків

№ з/п	Фактор ризику	Оцінка	
		Бал	Критерії
1	Якість сівоматеріалу	1	Використовуються високопродуктивні, районовані сорти зернових. Надійні постачальники.
		2	Переважає використання якісних сортів, помірна надійність постачальників
		3	Більшість сортів невисокої якості, помірна надійність постачальників
		4	Контроль сортів не здійснюється. Існує практика невиконання домовленостей основними постачальниками.
2	Хвороби та шкідники	1	Обробка від шкідників та хвороб здійснюється по стандарту якісними добривами та препаратами
		2	Обробка здійснюється не в повному обсязі, або якість препаратів неналежа
		3	Обробка здійснюється не кожного року, або якість препаратів незадовільна
		4	Обробка не здійснюється
3	Родючість ґрунтів	1	Від 4 балів віднімається по 1 балу за виконання кожного пункту: - сівозміни виконуються згідно стандарту; - добрива застосовують згідно стандарту; - наявність систем зрошення; - відпочинок землі під паром.
		2	
		3	
		4	
4	Зростання собівартості (через зростання вартості матеріальних ресурсів, транспортних витрат, витрат на оплату праці)	1	Існує слабкий рівень загрози збільшення витрат через інфляцію 1-5%
		2	-/- інфляцію 5-15%
		3	-/- інфляцію 15-50%
		4	-/- інфляцію 50% і вище

Джерело: складено автором

Третій етап – оцінка кожної групи внутрішніх ризиків здійснюється за обраними показниками експертним або коефіцієнтним методом.

Інтегральний показник рівня ризику виходу на світовий ринок підприємства ($IRL_{\text{вн.ф.}}$), спричинений внутрішніми факторами, розраховують наступним чином:

$$IRL_{\text{вн.ф.}} = \sum_i (RL_i * \alpha_i) \quad (2)$$

α_i – вагомість i -тої групи факторів в інтегральному показнику.

Інтегральний показник можна розраховувати і оцінювати як за окремий період, так і аналізувати в динаміці.

Для демонстрації наведеної методики оцінки внутрішніх ризиків аграрного підприємства при здійсненні експортних операцій приведемо приклад розрахунку інтегрального показника ризику. Оцінка проводилась на матеріалах агрохолдингу «Індустріальна молочна компанія» (далі АХ «ІМК»). АХ «ІМК» створено у 2007 р. Основними ви-

дами діяльності є виробництво сільськогосподарської продукції у рослинництві (пшениці, кукурудзи, сої, соняшника тощо) і тваринництві (молоко). АХ «ІМК» входить до десятки найбільших аграрних виробників в Україні за обсягом земельного банку, обсягом вирощування пшениці та кукурудзи. Земельний банк компанії становить 136,7 тис. га., а складські потужності – понад 570 тис. тонн [10].

Оцінка виробничих ризиків агрохолдингу «ІМК» при виході на нові зовнішні ринки в 2017 р. проводилась експертним методом. Експертна група складена автором з чотирьох осіб (аспіранти кафедри економічної безпеки та кваліфіковані спеціалісти з аграрного бізнесу). Експерти оцінювали рівень показників на основі опитування працівників підприємств АХ «ІМК».

Узагальнені результати оцінки впливу внутрішніх ризиків агрохолдингу «ІМК» на зовнішньоекономічну діяльність наведено в табл. 3.

Табл. 3. Результати оцінки внутрішніх ризиків зовнішньоекономічної діяльності агрохолдингу «ІМК»

№ з/п	Група ризиків / Вагомість групи	Фактор ризику	Вагомість фактору в групі	Бальна оцінка	Рівень ризику RL_i
1	Виробничі (вагомість 0,25)	Якість сівоматеріалу	0,25	1,25	40,8 (підвищений ризик)
		Хвороби та шкідники	0,3	1,75	
		Родючість ґрунтів	0,35	1,75	
		Зростання собівартості	0,1	1,83	
2	Технологічні (вагомість 0,25)	Нестача ресурсів	0,2	1,0	25,0 (прийнятний рівень ризику)
		Недостатність техніки для збору врожаю	0,2	1,0	
		Ризики втрати урожаю під час зберігання	0,2	1,0	
		Ймовірність простоїв через поломку техніки	0,2	1,0	
		Ризик відставання в інформаційних технологіях	0,2	1,0	
3	Кадрові (вагомість 0,25)	Плинність кадрів	0,1	1,75	39,9 (підвищений ризик)
		Забезпеченість кадрами	0,2	2,25	
		Лояльність персоналу	0,15	1,25	
		Рівень задоволеності персоналу заробітною платою	0,3	1,50	
		Рівень професійної кваліфікації персоналу:	0,25	1,33	
4	Фінансові (вагомість 0,25)	Нестача фінансових ресурсів	0,33	1,67	30,6 (підвищений ризик)
		Ризик неотримання банківського кредитування	0,33	1	
		Недостатня рентабельність	0,33	1	
	Інтегральний показник внутрішнього ризику $IRL_{вн.ф.}$				34,1 (підвищений ризик)

Джерело: складено автором

За результатами комплексної оцінки внутрішнього середовища агрохолдингу «ІМК» можна вести мову про те, що цьому підприємству властивий підвищений виробничий ризик (найвищий ризик очікується щодо збільшення собівартості продукції), прийнятний рівень технологічного ризику, підвищений кадровий ризик (найвищий рівень ризику спостерігається щодо забезпеченості кадрами), підвищений фінансовий ризик (через недостатність фінансових ресурсів). В цілому рівень внутрішнього ризику для підприємства визначений як підвищений.

Отже, наведена методика дає змогу на основі достатньо вузького переліку показників оцінити внутрішні ризики та врахувати таку оцінку при прийнятті рішення щодо виходу аграрного підприємства на світовий ринок.

Висновки. На вітчизняні аграрні підприємства, які виходять на світовий ринок, впливають численні внутрішні ризики, до складу яких автор відносить виробничі, техніко-технологічні, кадрові, фінансові. Такі чинники є джерелом ризику недоотримання запланованого урожаю, збільшен-

ня витрат і зниження прибутковості. Кожен вид ризиків має свою специфіку прояву та впливу на економічну безпеку аграрних підприємств, що зумовлено виробничими особливостями сільськогосподарського бізнесу.

Для оцінки сили впливу таких ризиків на зовнішньоекономічну діяльність підприємства рекомендовано застосовувати методику на основі методу експертної оцінки, коефіцієнтного та інтегрального методів. Методика передбачає наступні етапи: вибір основних факторів внутрішнього ризику, оцінку ймовірності їх впливу за допомогою кількісних (оцінюються методом коефіцієнтів та рейтингуються за 4-бальною шкалою) та якісних показників (оцінюються експертами за 4-бальною шкалою), розрахунок інтегрального показника впливу внутрішніх ризиків.

Зважаючи на значні ризики діяльності агропідприємств подальші дослідження можуть бути присвячені розробці моделі зміцнення економічної безпеки підприємств, що виходять на світовий ринок зерна.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Аналіз господарської діяльності / заг. ред. І. В. Сіменко, Т. Д. Косової. Київ: Центр учбової літератури, 2013. 384 с.
2. Бечко П. К., Романова О. А. Теоретичні основи впливу економічних ризиків на діяльність суб'єктів аграрного виробництва // Ефективна економіка. 2012. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2012_2_24 (дата звернення: 1.12.2016)
3. Віленчук О. М. Концептуальні підходи до ідентифікації, оцінювання та управління ризиками в аграрній сфері // Вісник ЖНАЕУ. 2013. № 1/2 (37). Т. 2. С. 137–147.
4. Економічний аналіз / ред. М. Г. Чумаченко. 2-ге вид. Київ: КНЕУ, 2003. 556 с.
5. Итоги зернового года: хронология сезона-2006/07 // Портал «АПК Информ». URL: http://www.apk-inform.com/ru/news/48152#.WDQlp_mLSM8 (дата звернення: 1.12.2016)
6. Івченко І. Ю. Моделювання економічних ризиків і ризикових ситуацій. Київ: Центр учбової літератури, 2007. 344 с.
7. Кошельник В. М. Матеріально-технічне забезпечення розвитку сільськогосподарських підприємств // Ефективна економіка. 2014. № 4. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2920> (дата звернення: 1.12.2016)
8. Урожайність зернових в Україні в рази нижча європейських показників // Корреспондент. 29.07.2013. URL: <http://ua.korrespondent.net/business/economics/1586131-urozhajnist-zernovih-v-ukrayini-v-razi-nizhcha-evropejskih-pokaznikov> (дата звернення: 1.12.2016)
9. Яшук О. О. Особливості прояву ризику в діяльності аграрних підприємств // Аграрний вісник Причорномор'я (Економічні науки). 2009. № 49. С. 38–43.
10. «Индустриальная Молочная Компания» (ИМК) // Latifundist.com. URL: <http://latifundist.com/kompanii/146-industrialnaya-molochnaya-kompaniya> (дата звернення: 10.01.2017)

References

1. Simenko, I. V. & Kosova, T. D. (Eds.) (2013). *Analiz gospodarskoyi diyalnosti* [Analysis of business activities]. Kyiv: Tsentr uchbovoyi literaturi.
2. Bechko, P. K. & Romanova, A. O. (2012) *Teoretichni osnovi vplivu ekonomichnih rizikiv na diyalnist sub'yektiv agrarnogo virobnitstva* [Theoretical basis of the impact of economic risks in the activities of agricultural production]. *Efektivna ekonomika*, 2. Retrieved from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2012_2_24
3. Vilenchuk, O. M. (2013). *Kontseptualni pidhodi doidentifikatsiyi, otsinyuvannya ta upravlinnya rizikami v agrarniy sferi* [Conceptual approaches to the identification, evaluation and risk management in agriculture]. *Visnik ZhNAEU*, 1/2(37), 137–147.
4. Chumachenko, M.G., Ed. (2003). *Economic Analysis*. Kyiv: KNEU.
5. APK Inform (2007). *Itogi zernovogo goda: hronologiya sezona-2006/07* [Results of the grain year: Chronology of season-2006/07]. Retrieved from: http://www.apk-inform.com/ru/news/48152#.WDQlp_mLSM8
6. Ivchenko, I. Yu. (2007). *Modelyuvannya ekonomichnih rizikiv i rizikovih situatsiy* [Modelling of the economic risks and risk situations]. Kyiv: Tsentr uchbovoyi literaturi.
7. Koshelnik, V. M. (2014). *Materialno-tehichne zabezpechennya rozvitku silskogospodarskih pidpriyemstv* [Logistical support of agricultural enterprises]. *Efektivna ekonomika*, 4. Retrieved from: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2920>
8. Korrespondent (2013). *Urozhaynist zernovih v Ukrayini v razi nizhcha Evropeyskih pokaznikov* [The yield of grain in Ukraine several times lower than European indices]. Retrieved from: <http://ua.korrespondent.net/business/economics/1586131-urozhajnist-zernovih-v-ukrayini-v-razi-nizhcha-evropejskih-pokaznikov>
9. Yashuk, O. O. (2009). *Osoblyvosti proyavu ryzyku v diyal'nosti ahrarnykh pidpriyemstv* [Peculiarities of risk manifestations in agricultural enterprises]. *Agrarniy visnik Prichornomor'ya (Ekonomichni nauki)*, 49. 38–43.
10. Latifundist.com (2016). *«Industrial'naya Molochnaya Kompaniya» (IMK)* [«Industrial Dairy Company» (IMC)]. Retrieved from: <http://latifundist.com/kompanii/146-industrialnaya-molochnaya-kompaniya>.

Матеріал надійшов 31.01.2017 р.

ФЕРМЕРСЬКІ ГОСПОДАРСТВА УКРАЇНИ: ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ТА ЕКОНОМІКО-СОЦІАЛЬНА СУТНІСТЬ

FARMS IN UKRAINE: TRENDS OF DEVELOPMENT, ECONOMIC AND SOCIAL NATURE

Андрій Голубєв

Аспірант Академії праці, соціальних відносин і туризму

Andriy Holubyev

PhD Student of Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Анотація

У статті – на основі аналізу статистичних даних Державної служби статистики України та інших джерел – визначено тенденції розвитку фермерських господарств в Україні. Виявлено, що у період 2000-2015 рр. відбувалось скорочення кількості фермерських господарств, але при цьому вони стали обробляти більше сільськогосподарських земель, що відповідає тенденції до консолідації землекористування. Частка виробництва сільськогосподарської продукції фермерських господарств в загальних обсягах виробництва збільшилась із 2,1 до 7,9%, рентабельність фермерських господарств зросла у 2,54 раза. Фермерські господарства дають змогу працевлаштовуватись сільським мешканцям і відіграють роль у розвитку соціальної інфраструктури сільських територій. Визначено перепони функціонування фермерських господарств та запропоновано шляхи їх розв'язання.

Ключові слова: фермерство, сільськогосподарські підприємства, виробництво валової продукції, рентабельність, землекористування.

Abstract

The paper is aimed to reveal the dynamics of development and efficiency of domestic farm enterprises, analysis of their economic and social nature. The study is based on analysis of statistical data provided by the State Statistics Service of Ukraine and other sources and defines trends in farms' development in Ukraine. It looks on a farm as a form of a small agribusiness operating within the specific principles.

The analysis demonstrates that in Ukraine between 2000 to 2015 the total number of farms had decreased, but they began to cultivate more agricultural land that meets the trend towards consolidation of land. As of 2015, more than 40 thousands farms are operating in Ukraine. Between 2000 to 2015 the share of agricultural production farms in total production increased from 2.1 to 7.9%, the profitability of farms increased by 2.54 times. In 2015, they produced about 7.7 million tons of grain and legumes; 2.2 million tons of sunflower; 52.3 thousand tons of meat and 177.4 thousand tons of milk.

Farms provide working places for rural residents (in 2015, farms employs around 94 thousand Ukrainians), support the development of social infrastructure in rural areas. The paper reviews obstacles to effective functioning of farms in Ukraine, noting unsatisfactory regulations and taxation norms, discussing the ambiguity of the land lease relations in agriculture. Author proposes to develop a proper legal framework for the establishment of farms, especially licensing procedures to create and support small and medium enterprises, the rules for their activities and transformation of farms into family farms, granting them special tax treatment and preferential lending.

Keywords: farming, agricultural enterprises, gross output, profitability, land use.

Постановка проблеми. В умовах реформування та розвитку сільського господарства на базі колективних сільськогосподарських підприємств сформувалися нові агроформування, зокрема, це фермерські господарства, сільськогосподарські кооперативи, акціонерні товариства та інше. Відбулися процеси роздержавлення землі та її перерозподіл між різними формами сільськогосподарського господарювання. Загалом у галузі створено понад 40 тис. підприємств ринкового типу, які нині можна вважати основною виробничою базою аграрного сектору економіки України.

Відповідно постає завдання вивчення діяльності фермерських господарств, їх соціально-економічних особливостей у нинішніх умовах в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Як засвідчує досвід європейських країн, за рахунок фермерських господарств забезпечуються як часткова, так і повна зайнятість сільського населення та продовольча безпека цих країн. Так, наприклад, у Німеччині понад 90 % сільськогосподарських підприємств це сімейні ферми із середнім розміром землі 49 га. У Фінляндії сільськогосподарське виробництво на 100% представлене фермерськими господарствами, середній розмір земельних угідь в яких становить 38 га. У Польщі 61 % земель використовуються біля 136 тис. фермерськими скотарськими господарствами [1, с. 111–115]. Невеликі за розмірами фермерські господарства в цих країнах здатні досить швидко маневрувати і реагувати на ринкову потребу виробництва та його кон'юнктуру.

Фермерство – відносно нова форма господарювання в сучасних ринкових умовах України. Мета цієї форми господарювання полягає в отриманні прибутку через ефективне виробництво конкурентоспроможної сільськогосподарської продукції з подальшою її переробкою та реалізацією на внутрішніх і зовнішніх ринках. Ґрунтується вона на специфічних принципах ведення аграрного бізнесу, зокрема: 1) бізнесовій самостійності з правом створення юридичної особи; 2) винятково добровільному становленню та функціонуванню; 3) вільному найму працівників та запозиченню інвестицій; 4) самостійному виконанню своїх виробничих програм; 5) вільному розпорядженні отриманим економічним ефектом.

Вагомий внесок щодо вивчення сутності та оцінки функціонування сільськогосподарських підприємств різних форм власності і господарювання зробили українські вчені: Ю. Лупен-

ко, М. Малік, В. Месель-Веселяк, П. Макаренко, Л. Мельник, А. Молдаван, Ю. Макаров, П. Саблук, І. Червен та інші. Проведені дослідження досить наочно засвідчують, що у сучасних умовах фермерські господарства є досить потужним загальним каркасним елементом розвитку агропромислового виробництва в Україні. Водночас залишаються невирішеними чимало теоретичних та практичних питань, пов'язаних із визначенням ролі та функціонування в нашій країні фермерства як малого бізнесу.

Метою статті є визначення динаміки розвитку та ефективності виробництва вітчизняних фермерських підприємств, аналіз їх економічної та соціальної сутності. Стаття побудована на аналізі статистичних даних Державної служби статистики України за 2000-2015 роки, а також інших джерел інформації.

Виклад основних результатів дослідження. *Загальні показники землекористування і розмірів фермерських господарств.* За даними Державної служби статистики України, у 2015 р. у власності сільгоспідприємств та фермерських господарств і користуванні особистих селянських господарств аграрного сектору було загалом 36417,6 тис. га сільськогосподарських угідь, якими користувалися на орендній основі 7,8 тис. сільськогосподарських підприємств та 32,3 тис. фермерських і володіли на правах приватної власності 4,2 млн особистих селянських господарств.

Із загального землекористування і землеволодіння 16240,3 тис. га, або 44,6% загального земельного фонду, перебували у господарській діяльності сільськогосподарських підприємств, 4308,6 тис. га (11,8%) – у фермерських господарствах та 15868,7 тис. га (43,5 %) – в особистих селянських господарствах [2, с. 298]. Середній розмір земель у них становив відповідно 2082,0 га, 118,3 та 0,44 га сільськогосподарських угідь [3, с. 152].

У період 200-2015 років відбувалось скорочення кількості фермерських господарств (табл. 1) та збільшення їх площі (рис. 1). Так, площа сільськогосподарських угідь зросла більш як удвічі, зокрема ріллі – у 2,1 раза, а з розрахунку на одне господарство їх площа збільшилася в середньому у 2,4 та 2,5 раза і у 2015 р. становила відповідно 134,5 та 130,7 гектара. Це відповідає загальним тенденціям в Україні до консолідації землекористування [4, с. 14].

Табл. 1. Динаміка розвитку фермерських господарств України в 2000-2015 рр.

Показник	2000	2005	2010	2015	2015 р. до 2000р., %
Кількість фермерських господарств, одиниць	38428	42445	41524	32303	84,1
Площа сільськогосподарських угідь, тис. га	2157,6	3661,2	4290,8	4343,7	201,3
у тому числі: ріллі, тис. га	1994,0	3492,6	4161,9	4223,3	211,8
У розрахунку на одне господарство:					
сільськогосподарських угідь, га	56,1	86,3	103,3	134,5	239,8
у тому числі: ріллі, га	51,9	82,3	100,2	130,7	251,8

¹ По відношенню до 2005 р.

Джерело: розраховано автором за даними Державної служби статистики України [3, с. 152, 162].

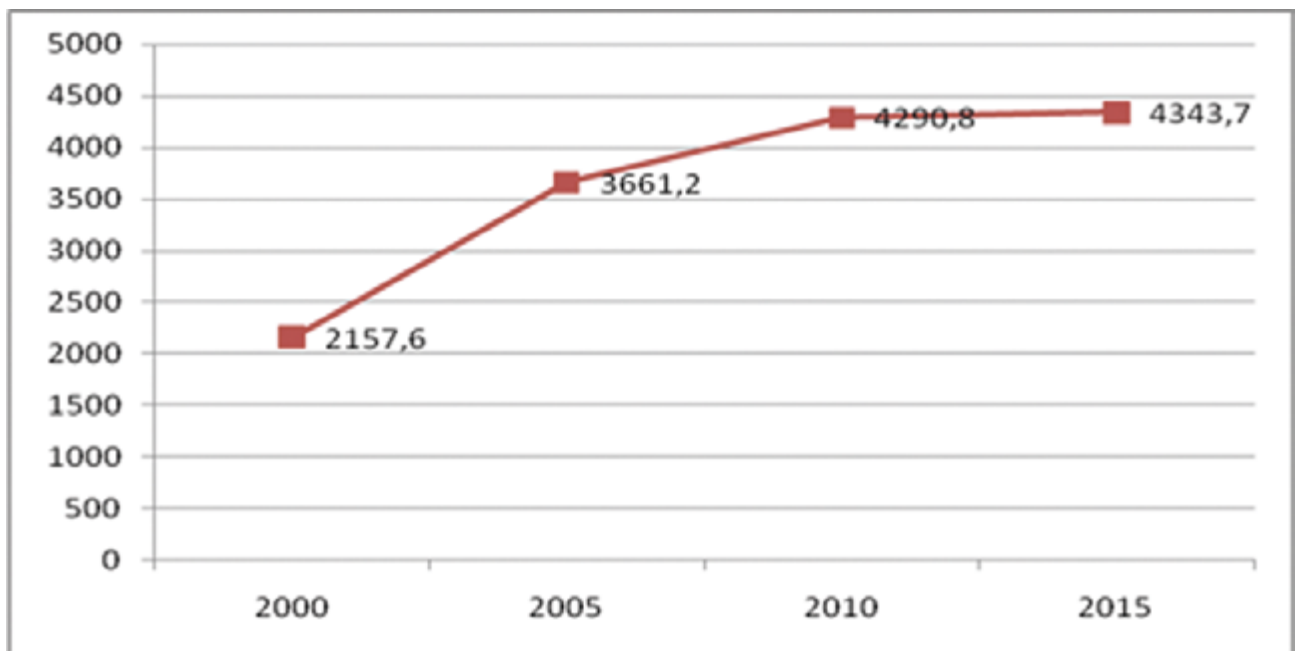


Рис. 1. Динаміка розмірів земельної площі, наданої фермерським господарствам, у 2000-2015 рр.

Джерело: побудовано автором за даними Державної служби статистики України [3, с. 152, 162].

Валове виробництво продукції та спеціалізація фермерських господарств. У період з 2000 р. по 2015 р. частка виробництв сільськогосподарської продукції фермерських господарств в загальних обсягах виробництва збільшилась із 2,1 до 7,9%, в тому числі – продукція рослинництва з 3,1 до 10,4%, тваринництва з 0,4 до 1,9 % (табл. 2).

За даними таблиці 3 можна відстежити загальну ситуацію спеціалізації виробництва фермерських господарств України. У 2015 р. вони виробили близько 7,7 млн тонн зерна і зернобобових; 2,2 млн тонн соняшнику; 52,3 тис. тонн м'яса та 177,4 тис. тонн молока. Їх частка валового виробництва у загальному валовому виробництві в

галузі у 2015 р. становила 7,6 %, в тому числі зерна і зернобобових – 12,7% при рентабельності 38,6%; соняшнику – відповідно 19,4 і 71,5; м'яса – 2,3 і 3,3; молока – 1,7 і 20,5%.

У 2015 р. фермерські господарства реалізували 6,6 млн тонн зерна і зернобобових культур; 2,1 – соняшнику; 12,1 – м'яса великої рогатої худоби; 24,0 – м'яса свиней та 12,8 млн тонн м'яса птиці, а також 141,1 млн тонн молока, що в порівнянні з 2010 р. було більше відповідно на 73,4%; 69,0; 7,7; 22,4; 34 та 58,6 %.

Табл. 2. Валове виробництво сільськогосподарської продукції у фермерських господарствах до загальних обсягів виробництва в галузі, %

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Сільськогосподарська продукція – всього	2,1	4,6	6,1	6,9	6,3	7,6	7,6	7,9
у тому числі:								
продукція рослинництва	3,1	6,7	8,7	9,2	8,6	10,1	10,0	10,4
продукція тваринництва	0,4	0,7	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9

Джерело: розраховано автором за даними Державної служби статистики України [2, с. 153].

Табл. 3. Виробництво основних сільськогосподарських культур фермерськими господарствами, тис. тонн

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015 р. до 2000 р., %
Зернові та зернобобові культури – всього	1256,4	4082,7	4702,5	6734,6	5046,0	7522,4	7693,3	7650,2	608,9
Цукрові буряки (фабричні)	755,1	1373,1	1154,7	1344,8	1234,4	611,1	1086,8	618,9	82,0
Соняшник	347,3	735,0	1208,5	1645,5	1589,1	2154,4	1956,1	2167,0	624,0
Картопля	56,4	84,7	161,3	258,3	251,2	277,6	206,9	126,0	223,4
Овочі	82,6	156,1	211,9	384,3	346,8	307,3	327,8	282,5	342,0
Продовольчі баштанні культури	37,3	17,1	29,4	26,4	25,3	34,3	24,2	29,9	80,2
М'ясо (у забійній масі), тис.т	8,2	14,2	47,6	56,0	54,4	63,8	56,6	52,3	637,8
Молоко, тис.т	67,8	96,3	112,1	123,0	144,2	156,8	166,8	177,4	261,7
Яйця, млн.шт	6,7	19,0	78,4	108,4	77,6	68,0	76,1	75,5	1126,9
Вовна, т	9	71	128	119	126	99	84	69	766,7
Мед, т	83	117	215	158	162	172	138	120	144,6

Джерело: розраховано автором за даними Державної служби статистики України [3, с. 154].

Наразі фермерські господарства за результатами своєї діяльності у 2015 р., нарощуючи з року в рік валове виробництво продукції та підвищуючи її ефективність, додатково забезпечили загалом чистого доходу (виторг від реалізації продукції) 1699,3 млн. грн., або у 2,54 раза більше, ніж у 2010 р.

Соціальні аспекти фермерства. Фермерські господарства відіграють важливі соціальні функції у селі. Адже вони забезпечують сільське населення робочими місцями, сприяють розвитку соціальної інфраструктури.

Дані Державної служби статистики України підтверджують, що загальна чисельність працівників у фермерських господарствах за період

2000-2015 рр. зросла на 31 %, зокрема більше стало найманих працівників, і в розрахунку на 100 га сільгоспугідь складала в середньому 2,1 працівника, тоді як у 2000 р. – 3,3 працівника. При цьому, кількість членів фермерських господарств зменшилася більше як на 40% (табл. 4). Це посприяло можливостям створювати робочі місця для найманих працівників, що сьогодні надзвичайно важливо для села як в економічному, так і соціальному плані.

Хоча слід визнати, що в досліджуваний період збільшення земель відбувалося вищими темпами, ніж збільшення у них працівників.

Табл. 4. Динаміка чисельності працівників у фермерських господарствах

Показник	2000	2005	2010	2015	2015 р. до 2000р., %
Чисельність працівників – усього, осіб	71504	133534	98400	93704	131,0
у тому числі: членів фермерського господарства	н.д.	58303	40738	34498	59,2 ¹
Чисельність працівників у розрахунку на 100 га сільгоспугідь	3,3	3,8	2,2	2,1	63,6

¹ По відношенню до 2005 р.

Джерело: розраховано автором за даними Державної служби статистики України [3, с. 162].

Прикладом того, що фермерські господарства відіграють важливу роль у вирішенні соціальних проблем на селі та сільських територіях, може слугувати історія німецького фермера Ганса Венцеля, який до 2003 р. обробляв 150 га у Баварії. Приїхавши на Черкащину із з двома синами – агрономом і бухгалтером за професією, він заснував фермерське господарство. Донині вони обробляють понад 2,5 тисячі колишніх колгоспних неораних у свій час земель, де працюють 30 найманих місцевих селян. За десять років своєї діяльності він створив високотоварне, з новими технологіями насінницьке господарство. При цьому фермер дбає про кваліфікаційні чинники своїх спеціалістів і працівників, які здобувають освіту та проходять практику у Німеччині. Крім цього він постійно розбудовує виробничу інфраструктуру (побудував елеватор і добудовує другий елеватор), а також соціальну – у сусідньому селі створив для відпочинку місцевих жителів аграрний центр, облаштував комп'ютерний клас у школі, будує церкву у селі, займається благоустроєм села і прилеглих до нього територій [5].

Перепони у розвитку фермерства та їх подолання. За твердженням Міністерства аграрної політики України, розвиток фермерських господарств в Україні стримується обтяжливими регуляторними та бюрократичними перепонами, несприятливим діловим середовищем, нижчою конкурентоспроможністю індивідуального виробництва у порівнянні з корпоративним сектором, адже останній має кращий доступ до ринкових ресурсів, каналів збуту, підтримки, а також вплив на аграрну політику в країні [4, с. 6-8].

Вважається, що розвиток фермерства стримується мораторієм на купівлю-продаж земельних ділянок сільськогосподарського призначення (виробники сільськогосподарської продукції здійснюють свою діяльність переважно на орендованих землях) [4, с. 17]. Однак, загальносвітовий досвід, де оренда землі є вагомим складовою зе-

мельного ринку, доводить неоднозначність такого твердження. Так, у Бельгії, Франції, Німеччині орендується понад 60 % сільськогосподарських земель, країнах Європейського Союзу цей показник досягає 40 %, у Канаді – 30%, а у США лише 30 % землі перебуває у власності фермерів [6]. Водночас значний вплив на ефективність використання земельних ресурсів мають не земельно-орендні відносини самі по собі, а раціональна побудови системи оренди земель сільськогосподарського призначення [7], умови ведення агробізнесу та наявність певних пільг для виробників, ефективно залучення інвестицій [8].

Для розвитку фермерства в Україні необхідна розробка належного правового механізму щодо створення фермерських господарств, особливо дозвільної процедури створення та підтримки малого і середнього підприємництва, урегулювання правил щодо їх діяльності та трансформації фермерських господарств у сімейні-фермерські господарства, надання їм особливого режиму оподаткування та пільгового кредитування.

Висновки. В Україні відбувається розвиток фермерських господарств, яких зараз налічується понад 40 тисяч, кожне з яких обробляє в середньому 118,7 га орних земель. На долю цих господарств припадає близько 12% загального земельного фонду країни. Ці господарства виконують важливі економічні функції, адже в 2015 р. вони виробили близько 7,9 % від обсягу валової сільськогосподарської продукції країни. Їх роль є особливо відчутною в трудомістких сегментах сільськогосподарського виробництва.

Фермерські господарства разом з особистими селянськими господарствами в Україні належать до малого бізнесу. Проте на противагу особистим селянським господарствам фермерські господарства мають більші розміри земель в користуванні, більше працівників та вищий рівень інтенсифікації. Тому фермерські господарства в порівнянні з особистими господарствами

населення мають можливість постійно вдосконалювати технологію та збільшувати асортимент виробництва і, відповідно, ефективніше вести своє виробництво.

Фермерські господарства виконують і важливу соціальну функцію. У них в цілому по Україні станом на 2015 р. працювало 93,7 тисячі осіб. Фермерські господарства можуть суттєво впливати на соціальну інфраструктуру сільських територій.

Водночас для розвитку фермерських господарств, забезпечення для них справедливих конкурентних умов, посилення їх економічної ефективності в Україні має бути унормоване як регулятивна політика щодо ведення фермерського та сімейно-фермерського господарства, так і оподаткування сільськогосподарського сектору та малого агробізнесу.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Табінський В. А., Колесник Є. О., Сіліна І. С. Аналіз стану фермерських господарств в Україні // Молодий вчений. 2016. №6 (33). С. 111–115.
2. Розвиток економіки сільського господарства України в 2011–2015 рр. / ред. Ю. О. Лупенко. Київ, 2016. 546 с.
3. Сільське господарство України 2015 р. Статист. збірник / Відп. за випуск О. М. Прокопенко; Державна служба статистики України. Київ, 2016. 360 с. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publ7_u.htm (дата звернення 15.01.2017).
4. Єдина комплексна стратегія та план дій розвитку сільського господарства та сільських територій в Україні на 2015–2020 роки / Міністерство аграрної політики та продовольства України. Київ, 2015. 225 с.
5. Тейзе Є. Україна очима німецького фермера: я щасливий тут, на Черкащині! // Deutsche Welle. 22.07.2011. URL: <http://www.dw.com> (дата звернення 15.01.2017).
6. Корчинська О. А. Розвиток ринку сільськогосподарських земель як необхідна умова існування земельного капіталу // Агроінком. 2007. № 9–10. С. 89–93.
7. Богач А. В. Теоретичні засади розвитку орендних земельних відносин у аграрній сфері. Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму. 2016. № 1–2. С. 51–60.
8. Галушко В. П., Ковтун О. А. Ефективність залучення інвестицій в агроформуваннях в умовах розвитку ринкових відносин. Вісник Академії праці і соціальних відносин. 2015. № 3–4. С. 55–61.

References

1. Tabinskiy, V. A., Kolyesnyk, Y. E. O. & Silina, I. S. (2016). Analiz stanu fermers'kykh hospodarstv v Ukraini [Analysis of the farms in Ukraine]. *Molodyy vchenyy*, 6 (33), 111–115.
2. Lupenko, Yu. O., Ed. (2016). *Rozvytok ekonomiky sil's'koho hospodarstva Ukrainy v 2011–2015 rr* [Economic development of agriculture in Ukraine in 2011–2015]. Kyiv.
3. State Service of Statistics of Ukraine (2016). *Sil's'ke hospodarstvo Ukrainy 2015 r. Statyst. Zbirnyk* [Agriculture in Ukraine. Statistical Yearbook 2015]. Retrieved from: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publ7_u.htm
4. Ministry of Agrarian Policy and Food of Ukraine (2005). *Yedyna kompleksna stratehiya ta plan diy rozvytku sil's'koho hospodarstva ta sil's'kykh terytoriy v Ukraini na 2015–2020 roky* [The comprehensive strategy and action plan for the development of agriculture and rural areas in Ukraine for 2015–2020]. Kyiv.
5. Teyze, Y. (2011). *Ukrayina ochyma nimets'koho fermers'kykh* [Ukraine through the eyes of a German farmer: I am happy here in Cherkashchyni!]. *Deutsche Welle*. Retrieved from: <http://www.dw.com>
6. Korchynska, O. A. (2007). *Rozvytok rynku sil's'kohospodars'kykh zemel' yak neobkhidna umova isnuvannya zemel'noho kapitalu* [Development of agricultural lands as a necessary condition for the existence of land capital]. *Agroinkom*, 9–10, 89–93.
7. Bohach, L. V. (2016). *Teoretychni zasady rozvytku orendnykh zemel'nykh vidnosyn u ahrarniy sferi* [Theoretical basis of land lease relations in agriculture]. *Visnyk Akademiyi pratsi, sotsial'nykh vidnosyn i turyzmu*, 1–2, 51–60.
8. Halushko, V. P. & Kovtun, O. A. (2015). *Efektivnist' zaluchennya investytsiy v ahroformuvannyakh v umovakh rozvytku rynkovykh vidnosyn* [Effectiveness of attracting investments in agricultural enterprises in the context of market relations development]. *Visnyk Akademiyi pratsi i sotsial'nykh vidnosyn*, 3–4, 55–61.

Матеріал надійшов 20.02.2017 р.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У МАРКЕТИНГОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ БАНКІВ В УКРАЇНІ

EFFICIENCY OF IMPLEMENTATION OF MODERN INFORMATION TECHNOLOGIES IN BANK MARKETING ACTIVITY IN UKRAINE

Олена Корчинська

Доктор екон. наук, завідувач кафедри маркетингу Академії праці, соціальних відносин і туризму

Olena Korchynska

Dr. in Economics, Head of Marketing Department, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Марина Веселова

аспірантка Академії праці, соціальних відносин і туризму

Maryna Veselova

PhD Student, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Анотація

У статті представлено результати маркетингового дослідження, проведеного у 2016 р., щодо застосування сучасних інформаційних технологій у банківських установах України. Визначено переваги та недоліки веб-сайтів вітчизняних комерційних банків за такими вимірами як структура, дизайн та графіка, зручність навігації. Встановлено, що за цими параметрами веб-сайти ПриватБанку, Ощадбанку, Укрсоцбанку (UniCreditBank) мали значні переваги над веб-сайтами інших банків, що підтверджено популярністю у користувачів.

Запропоновано оцінювати ефективність банківських інтернет-послуг як ефективність інвестиційного проекту, застосовуючи методи чистого дисконтного доходу і розраховуючи такі показники, як індекс доходності та рентабельність проекту. Доведено, що рентабельність у перший рік експлуатації веб-сайту банку становитиме 45,2%. Обґрунтована економічна доцільність розвитку банківських інтернет-послуг, зокрема, створення веб-сайту банку як інвестиційно-привабливого проекту.

Ключові слова: маркетинг, комерційний банк, економічна ефективність, інформаційні технології, веб-сайт.

Abstract

Modern information technologies are widely used in various spheres of economic activity. Banks are not exemptions from these innovative processes. The paper presents findings of the marketing research conducted in 2016 that aimed to analyze the usage of modern information technologies in the Ukraine's banking institutions.

Advantages and shortcomings of web-sites of domestic commercial banks are revealed with respect to web-site structure, its design and graphics, convenience of site navigation. The research demonstrates the leading positions of Privatbank, Oschadbank and UkrSotsbank (UniCreditBank) in web-site design, while Privatbank, UkrSibBank and Oschadbank had the highest trafficking of their web-sites.

The authors propose to estimate the efficiency of banking Internet services as the efficiency of an investing project basing on net discounting income methods and such indices as return rate and profitability. With regard to 2016 prices, in total one-time costs for the development and launching the fully-operational banking web-site reached 146.2 thousand UAH (including the average cost of all necessary software, maintenance costs, delivery and installation, including advisory services, and training costs, however, excluding costs for use of office space). The total net income of the web-site as an investing project was 14,358 thousand UAH in the first year of operation the website of the bank. The estimation proved that profitability in the first year of operation the website of the bank will be 45.2%. Calculations made it possible to establish that the provision of banking online services, including the establishment and operation of the website of the bank, is cost effective and has high investment attractiveness. With regard to the research findings the necessity for implementation of new information technologies in banking marketing is proved.

Key words: marketing, commercial bank, efficiency, information technologies, web-sites.

Постановка проблеми. Останнім часом спостерігається широке проникнення сучасних інформаційних технологій у різні сфери економічної діяльності. Не залишається в осторонь і банківська сфера. Цьому сприяє низка факторів, зокрема, глобалізація світового ринку банківських послуг (вступ України до Світової організації торгівлі, євроінтеграційні процеси), вплив іноземного капіталу (проникнення іноземних банків на український ринок), розвиток інформаційних технологій, посилення конкуренції на ринку банківських послуг, зміни у вимогах споживачів (надають перевагу дистанційному сервісу). Під впливом цих факторів вітчизняні банки починають ширше застосовувати сучасні технології у своїй діяльності. Наразі сьогодні важко знайти в Україні сучасний банк, який би не мав своєї інтернет-сторінки, популярність яких регулярно зростає.

У цілому до інформаційних технологій відносять: веб-сайт банку, контекстну чи банерну рекламу, участь у соціальних мережах, інтернет-послуги тощо. Водночас цей напрям маркетингової діяльності, на нашу думку, розвинений в Україні недостатньо і потребує вдосконалення. Тому дослідження можливостей застосування таких технологій у маркетинговій діяльності банків та розрахунок їх ефективності видаються досить актуальним.

Аналіз останніх публікацій. Проблеми маркетингу, зокрема банківського, у сучасних ринкових умовах, котрим притаманні постійні економічні потрясіння та структурні дисбаланси, розглядали численні вчені. У сучасній науковій літературі (А. Головач, Б. Захожай та Н. Головач [1], І. Діденко [2], Г. Олійник [3] та ін.) з різним ступенем розробленості висвітлено окремі питання вдосконалення маркетингової діяльності на ринку банківських послуг.

За твердженням О. Радченко, важливою характеристикою сучасної маркетингової діяльності слід вважати зростання ролі інформаційних технологій і той факт, що маркетинг переходить від своєї традиційної моделі до нового виду – електронного маркетингу [4]. При цьому Е. Шаповалова наголошує: «Інформатизація суспільства, з одного боку, спрощує взаємодію із споживачем, а з іншого — посилює вимоги останнього до надавача послуги. Адже наявність величезного обсягу довідкової інформації і можливість порівнювати відгуки про продукти і послуги робить процес обслуговування «прозорим» [4, с. 332]. На думку дослідниці, побу-

дова стосунків між банком та клієнтами на основі надання всебічної інформації, зокрема завдяки новим інформаційним технологіям, сприятиме відновленню довіри до українських банків.

У дисертаційній роботі І. Карчевої представлено результати дослідження, яке доводить, що банки з більш високим рейтингом за рівнем розвитку електронних сервісів і онлайн-банкінгу мають кращі показники ефективності. Відтак дослідниця пропонує банкам реалізовувати інноваційні стратегії розвитку та просування інноваційних онлайн-продуктів на ринку [6, с. 186].

Однак, низка питань банківського маркетингу ще не досліджена належною мірою. Зокрема, потребує вивчення ефективність застосування сучасних інформаційних технологій у маркетинговій діяльності банківських установ.

Методологія. У цій статті представлено результати проведеного у 2016 р. маркетингового дослідження, що мало на меті проаналізувати використання сучасних інформаційних технологій у маркетинговій діяльності вітчизняних банків і розрахувати економічну ефективність застосування Інтернет-послуг у цій сфері. Під час проведення дослідження використовувалися: 1) якісний контент-аналіз веб-сайтів українських банків та результатів трафіку (відвідуваності сайтів); 2) розрахунки чистого дисконтного доходу, індексів доходності та рентабельності інвестиційного проекту на основі даних планово-економічних відділів комерційних банків України за 2016 р.

Виклад основних результатів. *Характеристики веб-сайтів банків.* Нами були проаналізовані сайти відомих комерційних банків в Україні з метою виявлення їх переваг і недоліків. Проведений аналіз дає нам підставити віднести до основних позитивних характеристик веб-сайтів: виразну структуру, стильний дизайн, зручну навігацію, якісну графіку. Такі характеристики притаманні сайтам ПриватБанку, Ощадбанку, Укрсоцбанку (UniCreditBank). Але під час нашого аналізу ми виявили й сайти, які мають чимало недоліків і потребують доопрацювання, зокрема це стосувалось таких банків, як Дельта Банк і Промінвестбанк. До недоліків веб-сайтів українських банків можна віднести перевантаження графікою, невдалий дизайн, складність навігації тощо. Схоже, що не всі банки не оцінили належним чином переваги, які пропонує всесвітня мережа, і продовжують розглядати сайт як щось додаткове і необов'язкове для роботи, а тому підходять до розробки оформ-

лення й наповнення сайту без належної уваги та ретельності.

Аналіз відвідуваності веб-сайтів банків за допомогою відстеження трафіку, який здійснює система Alexa [7], дає підстави для твердження, що найпопулярнішими з-поміж українських

банків на момент проведення дослідження були ПриватБанк, УкрСиббанк і Ощадбанк (табл. 1). Популярність цих веб-сайтів банків співвідносна з якістю самого сайту.

Табл. 1. Рейтинг популярності сайтів українських банків (станом на січень 2016 року)

Місце	Назва банку	Сайт банку	Alexa Traffic Rank
1	ПриватБанк	privatbank.ua	13
2	УкрСиббанк	ukrsibbank.com	495
3	Ощадбанк	oschadbank.com	640
4	Райффайзен Банк Аваль	aval.ua	852
5	Перший Український Міжнародний Банк	pump.ua	896
6	Альфа-банк	alfabank.com.ua	1006
7	Укрексімбанк	eximb.com	1164
8	Unicredit Bank	unicredit.ua	1177
9	ОТП Банк	otpbank.com.ua	1726
10	Укргазбанк	ukrgasbank.com	2494
11	Сбербанк Росії	sbrf.com.ua	3104
12	Universal Bank	universalbank.com.ua	4664
13	Дельта Банк	deltabank.com.ua	10989
14	Правекс-Банк	pravex.com	13413
15	Промінвестбанк	pib.com.ua	17844

Джерело: розраховано за даними Alexa [7].

Використання інтернет-послуг банків. Банківські інтернет-послуги набувають в Україні дедалі більшої популярності: в середньому кількість клієнтів, що користуються послугами через Інтернет, зростає на 3 тисяч осіб щомісячно. Це збільшує дохід (обсяг банківських операцій) банку в середньому на 1098 тис. грн.

На базі проведених нами маркетингових досліджень новостворений веб-сайт банку у перші чотири місяці після введення його в експлуатацію (перший етап) використовується лише на 40%. На другому етапі його використання сягає 100%. У табл. 2 представлені прогнози зміни показників.

Оцінка банківських інтернет-послуг. Оцінюючи економічну ефективність банківських інтернет-послуг, ми розглядаємо їх як цілий напрям процесу банківського обслуговування. З огляду на це пропонуємо ефективність банківських інтернет-послуг оцінювати як ефективність інвестиційного проекту. Тому доцільним видається застосування методів чистого дисконтного доходу і розрахунок таких показників, як індекс доходності та рентабельність проекту.

Реалізація такого інвестиційного проекту потребує певних капіталовкладень, відтак для розрахунку ефективності використання веб-сайту необхідно провести детальний аналіз витрат на його реалізацію. У табл. 3 представлені одноразові інвестиції, необхідні для створення веб-сайту банку. Наведені у таблиці показники сформовані з огляду на середню вартість усіх необхідних програмних засобів, витрат на обслуговування, доставку і монтаж, зокрема й консультативні послуги, а також витрати на навчання персоналу. У загальній сумі одноразові витрати сягнули 146,2 тис. грн.

Оскільки відповідно до документації термін експлуатації придбаного обладнання та програмного забезпечення становить три роки, то щомісячні амортизаційні відрахування обладнання і програмного забезпечення розрахуємо за формулою [8]:

$$A_m = B/T = 130500/(12 \cdot 3) = 3626,$$

де A_m – амортизаційне відрахування, грн.

B – вартість обладнання і програмного забезпечення з урахуванням витрат на монтаж і доставку, тис. грн.

T – термін експлуатації, міс.

Для оцінки ефективності проекту розрахуємо коефіцієнт дисконтування за такою формулою [9]:

$$d = d_1 + d_2 + d_3, \text{ де}$$

d_1 – середньорічний депозитний процент у банках,

d_2 – коефіцієнт ризику,

d_3 – середньорічний рівень інфляції.

У нашому випадку середньорічний депозитний процент становить 9%. Відповідно до морфологічної таблиці [10] коефіцієнт ризику дорівнює 12%. Рівень інфляції у 2016 р. оцінювався на рівні 15%. Тому коефіцієнт дисконтування дорівнює 36%.

У табл. 5 представлені загальні поточні витрати у розрізі різних періодів, які необхідні для визначення чистого дисконтного доходу.

Табл. 2. Прогнозні зміни показників використання веб-сайтів банків

Етап	Терміни	Збільшення обсягів банківських операцій, тис. грн		Використання потенціалу веб-сайту, %
		на місяць	разом	
Перший	Перші 4 місяці	439,2	1756,8	40
Другий	Наступні 8 місяців	1098	8784	100

Джерело: розраховано авторами за даними власного маркетингового дослідження

Табл. 3. Одноразові витрати на реалізацію проекту інтернет- послуг банку

Показники	Сума, тис. грн
Вартість обладнання і програмного забезпечення	115,5
Доставка обладнання	4,6
Монтаж обладнання	10,4
Навчання персоналу	9,2
Оплата консультативних послуг	6, 5
Разом	146,2

Джерело: сформовано авторами за даними планово-економічних відділів комерційних банків України, 2016 р.

Табл. 4. Поточні витрати на підтримку веб-сайту

Постійні витрати, грн./міс	
Зарплата начальнику інформаційного відділу	16350
Амортизація обладнання і програмного забезпечення	3626
Абонентська плата за виділену лінію	2520
Електроенергія	2940
Ремонт і обслуговування обладнання	1596
<i>Разом постійних витрат</i>	27031
Змінні витрати, % від обсягів банківських операцій	
Зарплата персоналу інформаційного відділу	1
Собівартість елемента послуги	67
<i>Разом змінних витрат</i>	68

Джерело: розраховано авторами за даними планово-економічних відділів комерційних банків України, 2016 р.

Розрахунок загальних витрат на створення і обслуговування веб-сайту банку як суму відповідних витрат представлений у табл. 6. Табл. 7 демонструє грошові доходи від інвестиційного проекту, які складаються з доходів

від операцій і амортизаційних відрахувань. У табл. 8 представлено розрахунки потоків грошових коштів.

Табл. 5. Розрахунок поточних витрат по періодах, тис. грн

Етап	0	Перший				Другий							
Період (місяці впровадження)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Обсяг операцій	0	439	878	1318	1757	2855	3953	5050	6149	7247	8345	9443	10541
Затрати змінні	0	298	597	896	1195	1941	2688	3434	4181	4928	5674	6421	7168
Затрати постійні	0	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
Затрати повні	0	325	624	923	1222	1968	2715	3461	4208	4955	5701	6448	7195

Джерело: розраховано авторами

Табл. 6. Витрати на створення і експлуатацію веб-сайту банку, тис.грн

Етап	0	Перший				Другий							
Період (місяці впровадження)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Одноразові витрати	146	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Поточні витрати	0	325	624	923	1222	1968	2715	3461	4208	4955	5701	6448	7195
Разом	146	325	624	923	1222	1968	2715	3461	4208	4955	5701	6448	7195

Джерело: розраховано авторами

Табл. 7. Доходи від створення та експлуатації веб-сайту банку за періодами першого року, тис. грн

Етап	0	Перший				Другий							
Період (місяці впровадження)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Обсяг операцій	0	439	878	1318	1757	2855	3953	5050	6149	7247	8345	9443	10541
Аморти-зація	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Разом	0	442	881	1321	1760	2858	3956	5053	6152	7250	8348	9446	10544

Джерело: розраховано авторами

Табл. 8. Потоки грошових коштів, тис. грн

Етап	0	Перший				Другий							
Період (місяці впровадження)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Приток	0	442	881	1321	1760	2858	3956	5053	6152	7250	8348	9446	10544
Відтік	146	325	624	923	1222	1968	2715	3461	4208	4955	5701	6448	7195
Разом	-146	117	257	398	538	890	1241	1592	1944	2295	2647	2998	3349

Джерело: розраховано авторами

Зважаючи, що грошові потоки виникають у різні періоди часу реалізації проекту, їх необхідно звести до єдиного періоду часу, тобто зробити дисконтування грошових потоків. Проведені нами розрахунки з використанням коефіцієнту дисконтування $d=36\%$ дозволили визначити дисконтний дохід у різні періоди і визначити, що загальний чистий дохід проекту становить 14358 тис. грн. у перший рік експлуатації веб-сайту банку.

Далі розрахуємо інший показник ефективності використання веб-сайту, а саме індекс доходності за наступною формулою:

$$ID = \frac{\sum_{i=1}^n \frac{D_i}{(1+d/12)^{i-1}}}{\sum_{i=1}^n \frac{R_i}{(1+d/12)^{i-1}}}, \text{ де}$$

D_i – доходи i -го періоду реалізації проекту,

R_i – витрати i -го періоду реалізації проекту,

d – коефіцієнт дисконтування

n – кількість періодів реалізації проекту.

У нашому випадку він дорівнює $ID = 14358/146 = 98,3$

Індекс доходності показує величину поточної вартості доходів у розрахунку на кожен гривню чистих інвестицій. Чим вище цей показник, тим ефективнішим є проект.

Важливим показником ефективності застосування веб-сайту вважаємо також рівень рентабельності. Для його розрахунку знайдемо загальні витрати за всі періоди і застосуємо коефіцієнт дисконтування. Отримаємо 31749 тис. грн. Наші розрахунки показали, рентабельність у перший рік експлуатації веб-сайту банку становитиме $14358/31749 \cdot 100\% = 45,2\%$.

Отже, виконані нами розрахунки дали можливість встановити, що надання банківських

інтернет-послуг, зокрема створення й експлуатація веб-сайту банку, є економічно ефективним і має високу інвестиційну привабливість. Такі показники економічної ефективності, як чистий дисконтний дохід, індекс доходності і рентабельність, мають достатньо високі рівні. Тому розвиток і широке застосування у маркетинговій діяльності банківських установ сучасних інформаційних технологій вважаємо економічно обґрунтованим.

Висновки. Підвищення ефективності банківського маркетингу можливе унаслідок широкого впровадження сучасних інформаційних технологій у маркетингову діяльність банку. Це стосується всіх складових комплекс-маркетингу, починаючи з розвитку електронних банківських послуг і закінчуючи впровадженням сучасних технологій у просування послуг. Проте не всі українські банки досягли успіху в створенні сучасних веб-сайтів. Деякі не оцінили переваги, які пропонує всевітня мережа, і продовжують розглядати сайт як щось додаткове і необов'язкове для роботи, а тому підходять до розробки сайту та впровадження он-лайн послуг через них без належної уваги.

В Україні ринок банківських інтернет-послуг ще тільки формується, внаслідок чого банківські послуги через інтернет ще не набули масового поширення. Разом з тим виконані нами розрахунки дали можливість встановити, що розвиток банківських інтернет-послуг, зокрема створення веб-сайту банку, є економічно ефективним та інвестиційно привабливим.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Головач А., Захожай Б., Головач Н. Банківська статистика. Київ: КНЕУ. 2010. 161 с.
2. Діденко І. С. Еволюція поглядів на тлумачення поняття «банківська послуга» та сучасне її визначення // Інноваційна економіка. 2012. № 11. С. 253–257.
3. Олійник Г. І. Маркетингові можливості банків і страхових компаній // Інвестиції: практика та досвід. 2012. № 8. С. 76–78.
4. Радченко О. О. Сучасні тенденції розвитку банківського маркетингу та проблеми його впровадження в банках України // Financial and credit activity: problems of theory and practice. 2014. Vol. 2 (11). URL: <http://fkid.org.ua/article/view/29022/26141> (дата звернення 1.02.2016).
5. Шаповалова Е. П. Роль маркетингових інструментів у відновленні довіри споживачів до банківських установ // Економіка та підприємництво. 2015. Вип. 34–35. Ч. 1. С. 322–332.
6. Карчева І. І. Економічна ефективність інноваційної діяльності банків. Дис. ... канд. екон.наук, спец. 08.00.08. Київ, 2016. 242 с. URL: https://kneu.edu.ua/userfiles/d-26.006.04/2016/dis_karcheva.pdf (дата звернення 1.12.2016).
7. Find Website Traffic, Statistics, and Analytics // Alexa. URL: www.alexa.com/siteinfo (режим доступу: 15.01.2016)
8. Рогачев А. Информационные технологии в банках вчера и сегодня // Банковские технологии. 2005. № 8. С. 31–35.
9. Синадський В. Ставки дисконтування та їх обрахунок // Україна фінансова. 2011. URL: http://www.ufin.com.ua/analit_mat/sdu/085.htm (дата звернення 1.02.2016).
10. Управление инновациями: 17-модульная программа для менеджеров «Управление развитием организации». Модуль 7 / Гунин В. Н., Баранчев В. П., Устинов В. А., Ляпина С. Ю. Москва: ИНФРА-М, 1999. 328 с. URL: http://publ.lib.ru/ARCHIVES/G/GUNIN_Viktor_Nikolaevich/_Gunin_V.N..html#001 (дата звернення 1.02.2016).

References

1. Holovach, A., Zakhozhay, B., Holovach, N. (2010). *Bankivs'ka statystyka* [Banking statistics]. Kyiv: KNEU.
2. Didenko, I. S. (2012). Evolyutsiya pohlyadiv na tлумachennya ponyattya «bankivs'ka posluha» ta suchasne yiyi vyznachennya [Innovation Economy]. *Innovatsiyna ekonomika*, 11, 253–257.
3. Oliynyk, H. I. (2012). Marketynhovi mozhlyvosti bankiv i strakhovykh kompaniy [Marketing opportunities for banks and insurance companies]. *Investytsiyi: praktyka ta dosvid*, 8, 76–78.
4. Radchenko, O. O. (2014). Suchasni tendentsiyi rozvytku bankivs'koho marketynhu ta problemy yoho vprovadzhennya v bankakh Ukrainy [Modern trends in bank marketing and implementation problems in Ukraine's banks]. *Financial and credit activity: problems of theory and practice*, 2 (11). Retrieved from: <http://fkd.org.ua/article/view/29022/26141>.
5. Shapovalova, E. P. (2015). Rol' marketynhovykh instrumentiv u vidnovlenni doviry spozhyvachiv do bankivs'kykh ustanov [role of marketing tools in restoring consumer confidence in banking institutions]. *Ekonomika ta pidpryyemnytstvo*. 2015, 34–35 (1), 322–332.
6. Karcheva, I. I. (2016). *Ekonomichna efektyvnist' innovatsiynoyi diyal'nosti bankiv*. Dys. ... kand. ekon.nauk, spets. 08.00.08. [Cost-effectiveness of innovating banks' activities: PhD thesis]. Kyiv, Retrieved from: https://kneu.edu.ua/userfiles/d-26.006.04/2016/dis_karcheva.pdf/.
7. Alexa (2016). *Find Website Traffic, Statistics, and Analytics*. Retrieved from: www.alexa.com.
8. Rogachev, A. (2005). Ynformatsyonnye tekhnolohyy v bankakh vchera y sehodnya [Information technologies in banks yesterday and today]. *Bankovskyye tekhnolohyy*, 8, 31–35.
9. Synadskyy, V. (2011). Stavky dyskontuvannya ta yikh obrakhunok [Discount rates and their financial calculation]. *Ukrayina finansova*. Retrieved from: http://www.ufin.com.ua/analit_mat/sdu/085.htm.
10. Gunyn, V. N., Baranchev, V. P., Ustynov, V. A., Lyapyna, S. Y. (1999). *Upravlenye ynnovatsyyamy: 17-modul'naya prohramma dlya menedzherov «Upravlenye razvytyem orhanyzatsyy»*. Modul' 7 [Innovation Management: 17 modulnaya program for managers «Management development organization.» Module 7]. Moscow: UNFRA-M. Retrieved from: http://publ.lib.ru/ARCHIVES/G/GUNIN_Viktor_Nikolaevich/_Gunin_V.N..html#001

Матеріал надійшов 1.02.2017 р.

КЕЙС-СТАДІ ЯК МЕТОД ВИКЛАДАННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ ДИСЦИПЛІН В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

CASE-STUDY AS TEACHING METHOD FOR HEALTH CARE MANAGEMENT COURSES

Тетяна Степурко

Доктор філософії в управлінні в охороні здоров'я, доцент та керівник магістерської програми Школи охорони здоров'я, Національного університету «Києво-Могилянська академія»

Tetiana Stepurko

PhD (Health Management), Assistant Professor and Head of Master Program, School of Public Health, National University of Kyiv-Mohyla Academy

Олена Ігнашук

Канд. мед. наук, доцент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Olena Ignashchuk

PhD in Medicine, Associate Professor, Public Health Department, Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University

Анотація

Ця стаття має на меті підсумувати методичні особливості використання кейс-стаді (case-study) у викладанні та проаналізувати практичні здобутки при його застосуванні. Кейс-стаді є одним з підходів активного навчання, що розглядається як ефективніший спосіб відпрацювання навичок та досягнення навчальних цілей, аніж традиційні методи навчання. Однак інтерактивні методи навчання вимагають більшої відповідальності та залученості студентів, що не завжди є типовим для українського освітнього контексту.

У статті проаналізовано Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія» та Вінницького національного медичного університету ім. М. Пирогова, викладачі яких у рамках проекту БІХСЕНА опановують інструменти активного навчання, зокрема розробляють управлінські кейси, що ілюструють особливості прийняття рішень в охороні здоров'я в Україні. Після декількох вступних занять слухачі управлінської дисципліни уміло оперують ситуаціями та можливими шляхами їхнього вирішення, що дозволяє студенту досягати поставлених навчальних цілей, у той час як цікавість студентів до навчання стає вищою.

Ключові слова: кейс-стаді, інноваційний метод навчання, управління, орієнтоване на студента навчання, Україна.

Abstract

Education is not just a transfer of knowledge from teacher to students, it is more complex process where the teacher is the facilitator of the educational process rather than the sole holder of knowledge. Given the lack of publications on innovative and interactive methods of teaching management disciplines in health care in Ukraine, the paper aims to review pedagogical features and analyze practicalities while using case study as a teaching method. Case-study is one of the active learning approaches considered as a more effective way to develop professional skills and achieve learning outcomes than traditional teaching methods (lectures for example). However, interactive teaching methods require more responsibility and involvement of students in the educational process and it is not always typical for Ukrainian context.

Within BIHSENA project lecturers of the School of Public Health, National University of «Kyiv-Mohyla Academy» and Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University employ active learning tools, in particular develop learning objectives for a specific group of students with their level of study and interests, develop cases in Ukrainian health care management. The later facilitates engage theory and practical skills in discussion of decision-making process that also illustrate the features of management in health care in Ukraine. As a result,

student's interest in learning (through discussion and solving the cases) becomes more noticeable. After a few introductory lessons, students of management disciplines skillfully operate with situations and work on possible ways of their solution, that in the result enables students to achieve their learning goals.

Key words: case-study, innovative educational approach, management, student-oriented approach, Ukraine.

Постановка проблеми. Якість управління в системі охорони здоров'я України визнають однією з причин низьких показників здоров'я та неефективного використання ресурсів системою, що особливо помітно за умов обмежених ресурсів [5]. Хоча питання «Як навчити управлінця керувати ефективно?» не має універсальної відповіді, проте роль освіти, сучасних й інтерактивних підходів до викладання, які зважали б на особливості роботи управлінців, дискутується досить активно [7, 12].

Наразі в Україні бракує досвіду використання інноваційних підходів до управлінської освіти в охороні здоров'я. Освітні програми для управлінців охорони здоров'я виконують здебільшого формальну роль (наприклад, як відповідь на вимоги до посад чи категорій). Управлінська освіта в медичних освітніх закладах зрідка сприймається як така, що сприяє розвитку компетенцій та навичок, потрібних в управлінні, наприклад, закладом охорони здоров'я [1]. Це можна оцінити, як суттєвим викликом впровадженню змін в галузі та ефективності використання ресурсів в охороні здоров'я.

Цей виклик прийняла Школа охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія» (НаУКМА), коли у 2004 р. розпочала навчати менеджерів охорони здоров'я. Магістерська програма «Менеджмент в охороні здоров'я» готує фахівців, закладаючи такі компетенції, як: спроможність аналізувати та знаходити вирішення проблем організації та фінансування охорони здоров'я, підвищувати ефективність та якість надання медичних послуг, розробляти політику та проводити дослідження в галузі управління і громадського здоров'я. Безперечно, особливі цінності НаУКМА (прозорість, гідність та відкритість) та допомога Маастрихтського університету (Нідерланди) й інших іноземних партнерів відіграли значну роль в успішному запровадженні програми. Принциповою складовою в організації сучасної освітньої програми стали інтерактивні навчальні підходи (кейс-стаді, проблемно-орієнтований підхід, підхід, орієнтований на проекти, тощо), а також формулювання навчальних цілей і їх відповідність формату навчання.

Зважаючи на ситуацію з управлінською освітою в охороні здоров'я актуальним видається аналіз та опис інноваційних навчальних підходів до навчання менеджменту в охороні здоров'я, зокрема кейс-стаді.

Аналіз останніх публікацій. Метод «кейс-стаді» (від англ. *case-study*, де *case* – це випадок, а *study* – вивчення) має декілька застосувань і тлумачень. По-перше, це – методологія дослідження, яку використовують задля кращого розуміння окремих ситуацій, організацій, явищ тощо. Наприклад, М. Яковлев вивчає застосування та типології методу кейс-стаді в політичних дослідженнях, пропонує його синонім як «дослідження випадку» [10, с.14]. По-друге, кейс-стаді розглядають як метод навчання, покликаний: сполучити теоретичний матеріал із досвідом слухачів, прив'язаним до певного контексту, посилити визначені навчальними цілями навички, наприклад, аналізу слабких та сильних сторін чи втілення політики мотивації працівників закладу. Наша стаття зосереджена на кейс-стаді як методі викладання. Зауважимо, що у вітчизняній літературі «кейс-стаді» також перекладають як «метод аналізу конкретних навчальних ситуацій» [6], «кейс-метод» [8], «ситуаційні завдання» [2].

Кейс-стаді відносять до активних підходів у навчанні, його оцінюють як більш ефективний у порівнянні з такими традиційними методами викладання як лекції і вважають досить важливим у навчанні управлінців [16, с. 34-35]. Адже робота над кейсом дає змогу, зокрема, відпрацьовувати аналітичні, творчі та комунікативні навички, тренувати вміння переконувати у правильності свого варіанту відповіді, дискутувати або навпаки дослухатись до раціональної думки колег [9, с. 280].

Іноземна література наводить чимало ілюстрацій, прикладів та методичних особливостей кейс-стаді як методу викладання теперішнім чи майбутнім управлінцям охорони здоров'я. Наприклад, Д. Гарвін [14, с. 366] наголошує на важливості трьох складових у навчанні управлінців з використанням кейс-стаді: 1) цілей програми, 2) характеристик студентів та 3) групової динаміки під час заняття. Якщо слухачами управлінських дисциплін є студенти чи люди із нетривалим досвідом

роботи і як що ними є управлінці «зі стажем», то дизайн освітньої програми повинен відрізнятися. Для досвідчених управлінців менше уваги потрібно приділяти деталям ситуації, а більше тому, яким чином впроваджувати рішення, має бути виразний зв'язок між ситуаціями (кейсами), прочитаною літературою та управлінськими реаліями слухачів. Також викладач має стимулювати жваві дискусії серед управлінців, висловлення суперечливих думок та обговорення власного досвіду.

В Україні обмаль досліджень та публікацій щодо використання методу кейс-стаді. Так, Н. Гусак та А. Костюкевич проаналізували досвід використання кейс-стаді в Школі соціальної роботи НаУКМА і дійшли висновку, що інтерактивні методи допомагають ефективніше закріпити знання на практиці через детальне опрацювання конкретних прикладів, адже «це дає можливість відпрацьовувати конкретні навички» [3, с. 59]. У роботі Т. Семигіної охарактеризовано використання проблемно-орієнтованого навчання магістрів Школи охорони здоров'я НаУКМА, де важливим аспектом успішної реалізації такого підходу є самостійність тих, хто навчається [4, с. 185]. Дослідниця наголошує, що досягнення навчальних цілей також залежить від зацікавленості, інтелектуального внеску, старанності та відповідальності слухачів.

Отже, хоча кейс-стаді й належить до відомих методів активного навчання, проте у вітчизняній літературі, на нашу думку, бракує критичного осмислення використання такого методу.

Мета та методи. Метою цієї статті є підсумовування теоретичних підходів до використання кейс-стаді як методу викладання управлінських дисциплін та аналіз практичних здобутків від його залучення в навчальну програму управлінців в охороні здоров'я в Україні. До методів, використання представленої роботи, можна віднести: аналіз наявної методичної літератури щодо кейс-стаді як методу викладання, що доповнюється рефлексією авторів відносно власного досвіду викладання управлінських дисциплін в охороні здоров'я в Україні з використанням методу «кейс-стаді».

Виклад основних результатів. Постановка цілей навчання і використання кейс-стаді. Освіта – це не лише передача знань від викладача студентам, а досить комплексний процес, який залучає і створення сприятливої атмосфери до відкритого обміну досвідом, який мають слухачі – управлінці, й відпрацювання певних практичних навичок. Наприклад, слухачі комунікують з викладачем свої потреби, погляди та розуміння, відпра-

цьовуючи навичку комунікації, яка є важливою і в управлінському процесі. У сучасній теорії освіти викладач є скоріше фасилітатором освітнього процесу, аніж єдиним носієм знань [18].

Освітній підхід, орієнтований на студента (student-oriented approach), відрізняється від навчання, орієнтованого на викладача (teacher-oriented approach), тим, що включає наступні елементи: виявлення освітніх потреб студентів, розуміння того, ким є слухачі (цільова аудиторія), та контексту, в якому учасники курсу працюють чи будуть працювати, завдань, на які націлена діяльність слухачів та їхніх організацій та цілей системи, в якій учасники та їхні організації працюють [13].

Особливостями підходу, орієнтованого на студента, є визначення навчальних цілей (learning outcomes) та компетенцій, які матимуть учасники після завершення навчання. Цілі та компетенції обов'язково зв'язані з форматом навчання та оцінюванням [12]. Наприклад, якщо однією з цілей визначено здобуття навичок комунікації щодо зміни управління в закладі, скажімо, людськими ресурсами, то форматом навчання не має бути лекція, а оцінюванням – письмова робота. Адже перше дає теоретичні уявлення й іноді підкріплюється ілюстраціями без наближення до досвіду слухачів, а друге – радше розвиває навичку письмового викладу думок та аргументів. Натомість, формат навчання мав би бути більш інтерактивним із залученням управлінського досвіду слухачів та комунікацію між слухачами, а оцінювання включало б в себе презентації з подальшим обговоренням.

Кейси (проблемні ситуації) надають змогу сповна реалізовувати ідею навчання, орієнтованого на студентів.

Типологія кейсів. Помічено багато підходів до розробки кейсів, що відповідно відбивається в різноманітті класифікацій.

Гарвардська бізнес-школа [15] поділяє кейси за типом (польові, літературні), також розрізняє кейси за: розміром (повнорозмірні, великі кейси – американського типу, міні-кейси, серії кейсів), за формою викладення (мультимедіа кейси, відео-кейси), за структурою (структуровані, неструктуровані, творчі), за способом проведення заняття (рольові ігри, вправи-симуляції) тощо. Джерелами кейсу можуть бути дані, отримані безпосередньо від організації, де виник «управлінський випадок» (польові кейси), або дані з літератури (бібліотечні кейси).

За змістом кейси поділяються на: 1) аналітичні (при вивченні яких треба провести аналіз описаної ситуації), 2) проблемні (при вивченні яких слід прийняти рішення щодо описаної проблеми) та 3) описові (де кейси є ілюстративними та описують проблему з уже готовим рішенням) [9, с. 279].

Для управлінських спеціальностей найбільш цінним є аналітичний тип кейсів, що фокусується на причинах описаних подій чи явищ, допомагаючи керівникові навчитись аналізувати події чи вчинки людей, шукаючи їх причини для акцентування уваги та вчасного втручання. Кейси, що покликані розв'язувати проблеми, дають змогу напрацювати компетенції у вирішенні типових для управління ситуацій, ґрунтуючи свої рішення на теорії управління, а не на емпіричному досвіді. Описові кейси можливі до застосування для ілюстрації певного теоретичного аспекту, пов'язуючи його з практикою та зосереджуючи увагу на важливості його застосування в повсякденній практиці.

Підготовка кейсів (проблемних ситуацій). Кейс повинен містити приховані шляхи правильного вирішення та описувати деталі та аспекти ситуації, тим самим спонукаючи студентів до дій. З іншого боку, кейс-стаді допомагає підходити до оволодіння новими знаннями та навичками комплексно – метод залучає отримані теоретичні знання з предмета, зокрема і вже пройдений матеріал, що віддзеркалює складність та багатовекторність управлінських рішень у закладах охорони здоров'я.

Чим реалістичніший та переконливіший кейс, який також відзначається емоційним наповненням, тим сильніше він підштовхує студентів до прийняття відповідальних рішень в організації, наближення до ролі керівника, творчого та аналітичного підходу до «реальної» ситуації. У викладанні управлінських дисциплін головним акцентом кейсу є потреба у прийнятті рішення на основі описаної історії. Таким чином, у центрі кейсу повинна бути цікава та наближена до реалій охорони здоров'я історія, дилема чи конфлікт, що концентрує на собі увагу слухачів курсу та своїм емоційним зарядом підштовхує шукати вихід, ефективне рішення чи розробку алгоритму дій [15].

Виокремлюють наступні кроки підготовки матеріалів та їх використання у викладацькій діяльності: визначення цілей та відповідного типу

кейс-стаді; збір фактів, ілюстрацій, цифр; написання кейсу; робота над кейсом в аудиторії.

При розробці кейсу та визначенні рівня його складності, варто також враховувати особливості та потреби студентів, або аудиторію, де буде використовуватися кейс. Кейс повинен ґрунтуватися на базових, раніше отриманих знаннях, та зважати, хто і з якою метою буде використовувати отримані в результаті роботи над кейсом знання [16]. Крім того, зміст кейсу повинен відповідати сучасним потребам та вимогам аудиторії, тобто базуватись на актуальній в даний час інформації.

Досвід командної розробки та застосування кейсів. Підготовка кейсів вимагає командної роботи викладачів освітньої програми. Залучення фахівців з дотичних спеціальностей, з різними напрямками наукових досліджень та практичним досвідом у галузі дає змогу врахувати всі аспекти проблеми, що висвітлюється в кейсі, зробити опис ситуації багатословним, проілюструвати теорію практичним прикладами та зробити навчання більш інтерактивним. Власне, така командна робота як над курсом, навчальними цілями та розробкою кейсів стала можливою у рамках проекту «Поєднання інновацій, здоров'я та суспільства: освітній розвиток потенціалу в сусідніх регіонах Східної Європи» (BIHSENA), який співфінансується в рамках Еразмус плюс розбудова потенціалу¹. Зосередження розробників та викладачів курсу саме на втіленні інноваційних та інтерактивних педагогічних методик розглядають як один з інструментів ефективної реалізації загальної мети проекту: підготовки фахівців, які працюватимуть в інтересах здоров'я громадян та в умовах швидких технологічних змін, глобалізації і зростаючої потреби в міждисциплінарності.

Проект передбачав навчання українських викладачів та розробників курсів протягом тижня в Маастрихтському університеті (Нідерланди). Українські педагоги з НаУКМА та Вінницького національного медичного університету (ВНМУ) ім. М.І. Пирогова разом з представниками консорціуму проекту засвоювали основні принципи навчання, орієнтованого на студента, тренувалися використовувати інноваційні інструменти навчання та готували матеріали (кейси) для студентів. Згодом – за підтримки колег з Польщі, Болгарії та Нідерландів – викладачі розпочали розробку курсів для визначеної цільової аудиторії, наслідуючи запропоновану філософію.

¹ Ця публікація лише відображає погляди авторів на дану проблему, Європейська комісія не несе відповідальності за її зміст.

Отримані викладачами знання, були використані у курсі «Менеджмент в охороні здоров'я (персональний та організаційний рівень)» для клінічних ординаторів ВНМУ. Апробація курсу для групи клінічних ординаторів терапевтичного напрямку стартувала в 2017 р. Навчання, що ґрунтується на методі кейс-стаді, є нетиповим для студентів медичного університету, тому особливу увагу на початку викладання приділили поясненню методології викладання та з'ясуванню очікувань, вражень при використанні кейс-стаді. Слухачам курсу знадобився час для того, щоб звикнути до нового методу навчання та почати брати активну участь в обговореннях. Після третього заняття активність лікарів – слухачів курсу значно підвищилась, стали виникати конструктивні дискусії стосовно ситуацій, описаних у кейсах, із залученням знань, отриманих під час лекцій, а також власних спостережень під час роботи в медичних закладах.

Завдяки методу кейс-стаді слухачі курсу оволодівають навичками не тільки пошуку виходу з певної заданої ситуації, вони навчаються правильно оцінювати ситуацію, формулювати питання, що стосуються головної проблеми. Аналізуючи різні варіанти розвитку ситуації та виходу з неї в групах, студенти тренуються виразно формулювати власну точку зору та аргументувати причини прийнятого рішення, залучати теоретичні знання, навички спілкування, відстоювання своєї точки зору.

Наш досвід написання кейсів довів, що доцільно залучати викладачів до практичної управлінської діяльності (шляхом консультування, практичного досвіду або дослідження), або ж запрошувати до команди розробників курсу управлінців, котрі змальовують ті дилеми, ситуації та проблеми, з якими зіштовхуються управлінці закладів охорони здоров'я. Щодо першої альтернативи, то протягом останніх років ми спираємось на ситуації та проблеми, представлені в звіті «Як це працює?» [1] та в журналі «PRO Менеджмент в охороні здоров'я». Використання закордонних кейсів у контексті теперішньої системи охорони здоров'я України видається проблематичним з огляду на відмінність нормативного поля діяльності закладів охорони здоров'я, механізмів фінансування та типових управлінських практик в галузі. Українська охорона здоров'я виглядає гібридною системою, в якій поєднано радянські пережитки та західні сучасні елементи надання медичної допомоги. На цікаві ідеї, здатні надихнути на розробку цікавого кейсу для українського контексту,

можна наштовхнутись у закордонних бібліотеках навчальних кейсів, де містяться описи управлінських ситуацій.

Обговорення результатів. Досвід впровадження кейс-стаді як інтерактивного методу викладання управління в охороні здоров'я клінічним ординаторам у ВНМУ ім. є співставним з досвідом Т. Семигіної [4, с. 187] у викладанні «Аналізу політики охорони здоров'я» в НаУКМА, адже «викладацька майстерність» педагога виявляється не лише в модеруванні отримання знань, а й у створенні сприятливого для обміну думок клімату.

Кейс-стаді дозволяє занурити слухачів курсу у ситуації – реальні або наближені до тих, що можуть виникнути у їх управлінській практиці; дають можливість виступити в різних ролях, проаналізувати ситуацію з різних точок зору, бо ґрунтуються на випадках, що або спостерігались або є типовими в роботі закладів. Обговорюючи певну, заздалегідь складену, проблему в малих групах, слухачі курсу можуть обмінюватись власним досвідом, залучати отримані теоретичні знання для пошуку відповідей на поставлені питання та, в процесі дискусії, вчитись приймати управлінські рішення у відповідь на ситуації, що супроводжуватимуть їх практичну діяльність.

В умовах, коли радянська охорона здоров'я України трансформується в більш адекватну ринковим умовам систему, сучасні управлінські компетенції цінуються більш високо, адже реалізація нових політик охорони здоров'я потребує «агентів змін» на регіональному рівні, а також в закладах охорони здоров'я. Когнітивна та емоційна готовність сприймати, розуміти та динамічно реагувати на зміни, вміння адаптувати процеси організації до оновлених цілей, постійне підвищення якості та пошук шляхів раціоналізації використання ресурсів в установі – стають головними рисами управлінця в охороні здоров'я. Власне, кейс-стаді і є одним із таких інноваційних методів навчання, який допомагає слухачам курсу виробити ці навички та здобути досвід, що сприятиме полегшенню процесу впровадження змін в роботу організації, а також орієнтуватися на найкращі практики та намагатися використовувати їх в своїй управлінській діяльності.

При розробці та впровадженні освітніх заходів в управлінні в охороні здоров'я такі інноваційні методи як кейс-стаді здатні прискорити досягнення основного завдання – орієнтацію на запит суспільства щодо реформ та створення «агентів змін». Постійні зміни в охороні здоров'я, розвиток

медичних практик, технологічний прогрес, реформи в системі вимагають як від медичних працівників, так і від управлінців дбати про безперервну освіту, яка є невіддільною частиною формування необхідних управлінських компетенцій та поширення успішної управлінської практики.

Висновки. Брак висококваліфікованих управлінців є значною перешкодою на шляху до впровадження реформ у системі охорони здоров'я. Дискусії щодо необхідності сучасної підготовки управлінців в охороні здоров'я в Україні тривають багато років.

Одним із напрямів такого осучаснення може слугувати підхід, орієнтований на студента, та інтерактивні методи навчання, зокрема кейс-

стаді. При цьому слід зважати на особливості цього методу та різновиди кейсів.

ВНМУ та НаУКМА за підтримки європейських партнерів зробили перші кроки в модернізації підходів до навчання управлінців в охороні здоров'я, застосували метод кейс-стаді в курсі «Менеджмент в охороні здоров'я (персональний та організаційний рівень)» для клінічних ординаторів. Результати апробації виявились позитивними і переконують у доцільності формування потрібних компетентностей управлінців охорони здоров'я через підготовку та використання аналітичних проблемних ситуацій і формування культури дискусії в аудиторії.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Беллі П., Джигир Ю., Майнзюк К. Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я в Україні. Київ: Світовий банк, 2015. 224 с.
2. Воронов О. І., Кривцова В. М., Комаровський В. В. Використання ситуаційних завдань в навчальному процесі // Актуальні проблеми державного управління. 2012. Вип. 2(50). С. 169–175.
3. Гусак Н. Є., Костюкевич А. С. Особливості підготовки соціальних працівників у Школі соціальної роботи НаУКМА // Наукові записки НаУКМА. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота. 2014. Т. 162. С. 56–62.
4. Семигіна Т. В. Застосування проблемно-орієнтованого навчання у прикладних політологічних дисциплінах // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова (Серія 22 : Політичні науки та методика викладання соціально-політичних дисциплін). 2014. №15. С. 184–189.
5. Система охорони здоров'я потребує кваліфікованих управлінців // Аптека. 2016. URL: <http://www.apteka.ua/article/367210> (дата звернення 15.01.2017 р.)
6. Скринник З. Е. Проведення індивідуального заняття за методом аналізу конкретних навчальних ситуацій (case study). Львів: ЛІБС УБС НБУ, 2012. 145 с. URL: www.libs.ubs.edu.ua/materials/susp/metod_keysiv.doc (дата звернення 15.01.2017 р.)
7. Степурко Т., Грига І. Компетенції адміністраторів в охороні здоров'я: реалії та перспективи. Київ: Ін-тут екон. досліджень та політ. консультацій, 2013. 12 с.
8. Штефан Л. В., Лисенко С. А. Використання кейс-методу у професійній підготовці інженерів-педагогів // Збірник наукових праць Бердянського державного педагогічного університету (Педагогічні науки). 2011. №2. С. 315–323.
9. Шумська С. Є., Бучинська Т. В. Використання кейс-методу у професійному навчанні // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». 2013. №2(8). С. 277–280.
10. Яковлев М. В. Застосування кейс-стаді як методу політичних досліджень: спроба типологізації // Наукові записки НаУКМА. 2011. № 121. С. 13–16.
11. Biggs J. Enhancing teaching through constructive alignment // Higher education. 1996. №32(3). P. 347–364.
12. Blended learning in health education: three case studies / de Jong N. et al. // Perspectives on medical education. 2014. Vol.4. № 3. P. 278–288.
13. Ellis E. S. The role of motivation and pedagogy on the generalization of cognitive strategy training // Journal of Learning Disabilities. 1986. № 19(2). P. 66–70.
14. Garvin D. A. Teaching executives and teaching MBAs: Reflections on the case method // Academy of Management Learning & Education. 2007. Vol. 6. № 3. P. 264–274.
15. HBS Case Development // Harvard Business School. URL: <http://www.hbs.edu/faculty/research/Pages/case-development.aspx> (дата звернення 10.01.2017)
16. Herreid C. F. Case study teaching // New directions for teaching and learning. 2011. №128. P. 31–40.
17. Herreid C. Start with a Story: The Case Study Method of Teaching College Science. Arlington, Va: NSTA Press, 2007. 466 с.
18. O'Neill G., McMahon T. Student-centred learning: What does it mean for students and lecturers? // Emerging issues in the practice of university learning and teaching. Dublin: AISHE, 2005. P. 29–36.

References

1. Belli, P., Dzhyhyr, Y. & Maynzyuk, K. (2015). *Yak pratsyuye systema? Novyy pidkhid do analizu i otsinky protsesiv upravlinnya v systemi okhorony zdorov'ya v Ukraini* [How does it work? The new approach to the analysis and evaluation of management processes in the health system in Ukraine]. Kyiv: World Bank, 2015.
2. Voronov, O. I., Kryvtsova, V. M. & Komarovs'kyi, V. V. (2012). *Vykorystannya sytuatsiynykh zavdan' v navchal'nomu protsesi* [Using situational problems in the educational process]. *Aktual'ni problemy derzhavnoho upravlinnya*, 2(50), 169–175.
3. Gusak, N.Y. & Kostyukevych, A. S. (2014). *Osoblyvosti pidhotovky sotsial'nykh pratsivnykiv u shkoli sotsial'noyi roboty NaUKMA* [Peculiarities of social workers training within the School of Social Work at NaUKMA]. *Naukovi zapysky NaUKMA. Pedahohichni, psykhohichni nauky ta sotsial'na robota*, 162, 56–62.

4. Semigina, T. V. Zastosuvannya problemno-orijentovanoho navchannya u prykladnykh politolohichnykh dystsyplinakh [The use of problem-based learning in the applied political science disciplines]. *Naukovyy chasopys NPU imeni M. P. Drahomanova* (Politychni nauky ta metodyka vykladannya sotsial'no-politychnykh dystsyplin), 15, 184–189.
5. Apteka (2016). *Systema okhorony zdorov'ya potrebuye kvalifikovanykh upravlintsiv* [The health care system needs qualified managers]. Retrieved from: <http://www.apteka.ua/article/36721>
6. Skrynnyk, Z. E. (2012). *Provedennya individual'noho zanyattya za metodom analizu konkretnykh navchal'nykh sytuatsiy (case study)* [Conducting individual classes based on the method of analysis specific learning situations (case study)]. Lviv. Retrieved from: www.libs.ubs.edu.ua/materials/susp/metod_keysiv.doc
7. Stepurko, T. & Gryga, I. (2013). *Kompetentsiyi administratoriv v okhoroni zdorov'ya: realiyi ta perspektyvy* [Managers' Competences in Health Care: Realities and Prospects]. Kyiv.
8. Shtefan, L. V. & Lysenko, S. A. (2011). *Vykorystannya keys-metodu u profesynniy pidhotovtsiv inzheneriv-pedahohiv* [The use case method in the training of engineers-teachers]. *Zbirnyk naukovykh prats' Berdyans'koho derzhavnoho pedahohichnoho universytetu (Pedahohichni nauky)*, 2, 315–323.
9. Shums'ka, S. Ye. & Buchyns'ka, T. V. (2013). *Vykorystannya keys-metodu u profesynomu navchanni* [Using the case method in vocational training]. *Zbirnyk naukovykh prats' Khmel'nyts'koho instytutu sotsial'nykh tekhnolohiy Universytetu «Ukrayina*, 2(8), 277–280.
10. Yakovlyev, M. V. (2011). *Zastosuvannya keys-stadi yak metodu politychnykh doslidzhen': sprobа typolohizatsiyi* [The use of case studies as a method of political studies: a typology attempt]. *Naukovi zapysky NaUKMA*, 121, 13–16.
11. Biggs, J. (1996). Enhancing teaching through constructive. *Higher education*, 32(3), 347–364.
12. de Jong, N. et al. (2014). Blended learning in health education: three case studies. *Perspectives on medical education*, 4(3), 278–288.
13. Ellis, E. S. (1986). The role of motivation and pedagogy on the generalization of cognitive strategy training. *Journal of Learning Disabilities*, №19(2), 66–70.
14. Garvin, D. A. (2007). Teaching executives and teaching MBAs: Reflections on the case method. *Academy of Management Learning & Education*, 6(3), 264–274.
15. Harvard Business School (2016). *HBS Case Development*. Retrieved from: <http://www.hbs.edu/faculty/research/Pages/case-development.aspx>.
16. Herreid, C. F. (2011). Case study teaching. *New directions for teaching and learning*, 128, 31–40.
17. Herreid, C. (2007). *Start with a Story: The Case Study Method of Teaching College Science*. Arlington, Va: NSTA Press.
18. O'Neill, G. & McMahon, T. (2005). Student-centred learning: What does it mean for students and lecturers?. *Emerging issues in the practice of university learning and teaching*. Dublin: AISHE, 29–36.

Матеріал надійшов 18.02.2017 р.

Вивчення питань соціальної роботи та соціального розвитку

УДК 364.075.

СТВОРЕННЯ У ГРОМАДІ ІННОВАЦІЙНИХ СОЦІАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ДЛЯ БЕЗХАТЧЕНКІВ (ДОСВІД МІСТА УМАНЬ)

ESTABLISHMENT OF INNOVATIVE SOCIAL SERVICES IN COMMUNITIES FOR HOMELESS (EXPERIENCE OF UMAN CITY)

Галина Кучер

Начальник управління праці та соціального захисту населення Уманської міської ради,
аспірантка Уманського державного педагогічного університету ім. П.Тичини

Galyna Kucher

Head of Labour and Social Department, Uman city council;
PhD Student of Uman Tychyna State Pedagogical University

Анотація

У статті висвітлено досвід соціальної роботи м. Умані (Черкаська область) з бездомними та звільненими особами у територіальній громаді. Охарактеризовано основні послуги, що надаються новоствореними соціальними закладами для цих соціально вразливих груп, зокрема Центру обліку бездомних осіб, Центру обслуговування бездомних та звільнених осіб, а також Комплексу надання соціальних послуг бездомним, звільненим та особам з залежностями. Обговорено основні результати діяльності. Окреслено практику залучення внутрішніх та зовнішніх ресурсів громади задля забезпечення широкого спектра соціальних послуг. Визначено перспективи розвитку соціальних послуг для безхатченків.

Ключові слова: бездомність, соціальні послуги, ресурси громади.

Abstract

The issue of homelessness is quite acute for nowadays Ukraine. The paper reflects the basic aspects of social work with homeless and ex-felons in the community of Uman city (Cherkassy region) that is famous for its touristic attractions.

The objective of the research is to summarize the experience of provision social services for the vulnerable groups of homeless people those who are living penitentiary institutions and persons with dependencies. The

research is based on an analysis of regulations Uman city council, statistics and the reports of the Department of labor and social protection of Uman city council for years 2006-2016, as well as own observations of the author, who participated in the creation of social institutions and ensuring their functioning.

In 2006-2016, step-by-step the city has opened a few new social institutions aimed to provide ad hoc and permanent services: the registration centre (helping to restore personal documents and serving for readdressing clients), the center of services for homeless and ex-felons (aimed at reintegration and with the provision of residential care) and then the Complex of social services with a wide range of different supportive programmes. Being still at the initial stage of development these services have positive outcomes in reintegrating clients and were used by the Ministry of Social Policy of Ukraine for piloting the national standards of social services.

The paper discusses also the peculiarities of involvement of internal and external resources for provision of a wide range of social services within the small city community.

Keywords: homelessness, social services, community resources.

Обґрунтування актуальності проблеми.

Однією з гострих соціальних проблем в Україні можна вважати бездомність. Ця проблема актуальна й для міста Умані Черкаської області, де є потреба у забезпеченні соціальними послугами бездомних, колишніх в'язнів та осіб, залежних від психосоціальних речовин. Адже на території міста розташована жіноча виправна колонія (перебуває близько 250 осіб), а поряд із містом функціонує Старобабанська чоловіча колонія (розрахована на 800 осіб). Щорічно з цих пенітенціарних установ звільняється понад 100 жінок та близько 300 чоловіків. Важливо згадати, що у місті 985 сімей мешкають в гуртожитках і не приватизували житло, а шість сімей взято на соціальний квартирний облік. На обліку в наркодиспансері перебуває 277 осіб, залежних від наркотичних речовин, і 1273 осіб, залежних від алкоголю.

Специфіка Умані полягає в тому, що наше місто чи не найбагатше на історико-культурну спадщину в Черкаському регіоні. В місті діє дендропарк «Софіївка». Також історія Умані пов'язана з брацлавським хасидизмом, однією з течій в юдаїзмі. Наявність визначних туристичних об'єктів посилює гостроту проблеми бродяжництва та жебрацтва у територіальній громаді.

Постановою Кабінету Міністрів України від 13 березня 2013 р. № 162 [1] визначено пріоритетні завдання органів виконавчої влади щодо запобігання бездомності. Згідно із цим документом, а також за Законом «Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей» від 2 червня 2005 р. [2], у територіальних громадах мають бути створені заклади, покликані забезпечити реінтеграцію та ресоціалізацію осіб без певного місця проживання у громаду, зокрема, пропонується створювати такі заклади, як будинок нічного перебування, центр реінтеграції та соціальний готель. Це принципово нові типи

закладів для України, і це актуалізує потребу вивчення практик надання послуг бездомним людям з різними потребами, організації управління системою підтримки, питань координації зусиль на місцевому рівні, взаємодії між громадськими та державними закладами, що працюють у цій сфері, тощо.

Аналіз попередніх публікацій. Причини та наслідки бездомності в Україні, проблеми людей, які стали безхатченками, були предметом дослідження таких вітчизняних вчених, як О. Венгренжановська та С. Костін [3], О. Давиденко [4], А. Рябчук [5] та ін. Науковці відзначають, що люди, котрі не мають житла, неспроможні задовольнити базові життєві потреби (сон, регулярне харчування, захист від холоду й опадів, особиста гігієна), а також не можуть бути повною мірою залучені до суспільного життя, мати регулярну роботу і підтримувати сімейні стосунки [5]. У дослідженнях, зокрема, наголошувалось, що втрата житла для більшості людей автоматично означає втрату місця, де вони можуть бути зареєстровані (прописані). У разі втрати паспорта людина, що не має реєстрації, практично позбавлена можливості його відновити, а також втрачає змогу отримати соціальні, медичні послуги, офіційно працевлаштуватись [3].

У вітчизняній літературі розглядають державні механізми, спрямовані на подолання бездомності [6], та аналізують закордонний досвід функціонування закладів, що пропонують різноманітні послуги для бездомних людей: цілодобовий притулок, притулок, де можна переночувати, випрати речі, отримати або приготувати сніданок; центри соціальної адаптації для різних груп клієнтів (колишніх ув'язнених, бездомних жінок, тощо); «будиночок на півдорозі»; підтримувальне проживання в спеціальних будинках; підтримка в облаштуванні власного житла; центри релігій-

них організацій, центри для біженців, комуна для спільного проживання; біржа житла, консультативні центри, центри денного перебування [7; 8].

Водночас науковці відзначають, що в Україні підходи до надання допомоги бездомним виявились малоефективними, адже застосовані в них методи допомоги беруть до уваги лише окремі чинники, що спричинюють бездомність. Це зумовлює потребу у нових комплексних заходах реінтеграції бездомних, які передбачатимуть диференціацію методів надання допомоги цій групі людей [9].

Мета та методологія дослідження. Мета роботи полягає в тому, щоб узагальнити практичний досвід надання в об'єднаній територіальній громаді повного спектра соціальних послуг вразливим групам (бездомним, звільненим з пенітенціарних установ та особам із залежностями). Робота – у межах дескриптивного дизайну досліджень соціальної роботи – ґрунтується на аналізі нормативних документів Уманської міської ради, статистичних даних та звітів управління праці та соціального захисту населення Уманської міської ради за 2006-2016 рр., а також рефлексивного спостереження авторки, яка брала участь у створенні соціальних закладів та забезпеченні їх функціонування.

Основні результати дослідження.

Діяльність Центру обліку бездомних осіб. У 2006 р. рішенням виконавчого комітету Уманської міської ради створено Центр обліку бездомних осіб. До його завдань віднесено виявлення та ведення обліку бездомних осіб, забезпечення реалізації бездомними особами прав та свобод, надання соціальних послуг, що включають допомогу в оформленні або відновленні документів; сприяння в реєстрації місця проживання або перебування; встановлення зв'язків з іншими фахівцями, службами та організаціями [6]. На рис. 1 представлено інформацію щодо кількості осіб, які були взяті на облік в Центрі обліку бездомних осіб за час існування цієї структури.



Рис. 1. Кількість осіб, взятих на облік Центром обліку бездомних осіб

Джерело: Дані управління праці та соціального захисту населення Уманської міської ради

Безхатченки, яких виявлено за результатами соціального патрулювання та облікованих Центром обліку бездомних осіб, потребували соціальних послуг, що передбачає їх реінтеграцію та надання притулку з наданням ліжко-місцем за безпеченням одягом і взуттям, речами найпершої потреби. При цьому понад 40% осіб, що були на обліку, повторно звертались за послугами. Тому перед місцевою владою та громадою міста постало питання створення закладу для бездомних та осіб, звільнених з місць позбавлення волі, які залишились без житла, діяльність якого була б спрямована на поступове повернення бездомної особи до самостійного повноцінного життя шляхом надання їй комплексу соціальних послуг з урахування індивідуальних проблем.

Діяльність Центру обслуговування бездомних та звільнених осіб. У 2008 р. рішенням виконавчого комітету Уманської міської у складі територіального центру соціального обслуговування (нині Центру соціальних послуг управління праці та соціального захисту населення) створено Центр обслуговування бездомних та звільнених осіб із відділеннями: реінтеграції бездомних осіб, соціальної адаптації звільнених осіб та нарко- і алкозалежних осіб, нічного перебування.

Однак, приміщення для цих структур не виділили. Довелось розпочинати діяльність на базі наявних приміщень територіального центру, що не сприяло в повній мірі надання різнопланових соціальних послуг цільовим групам. Відтак постало питання розміщення таких закладів у територіальній громаді. За домовленістю з Міністерством оборони України, нові соціальні заклади були перенесені до військового містечка в Уманському районі, яке на той момент звільнялось. У військовому містечку розташовано три житлових будинки, в яких було по 16 квартир (22 квартири – трикімнатні, 12 квартир – двокімнатних і ще 12 – однокімнатних) Будівлі тривалий час не використовувались за призначенням, тому зазнали значної руйнації.

Рішенням сесії Уманської міської ради від 26 листопада 2008 р. надано згоду на приймання безоплатно цих приміщень до комунальної власності міста. Проте лише в жовтні 2012 р. –

після численних звертань до вищих органів влади – розпорядженням Кабінету Міністрів України здійснена офіційна передача військового майна на баланс управління праці та соціального захисту. Силами працівників управління праці та соціального захисту населення та громадських організацій міста частково відремонтовано частину жилих та підсобних приміщень.

Формування комплексу надання соціальних послуг. Сьогодні у структурі Центру соціальних послуг управління праці та соціального захисту населення Уманської міської ради функціонує Комплекс надання соціальних послуг бездомним, звільненим та особам з залежностями (рис. 2).

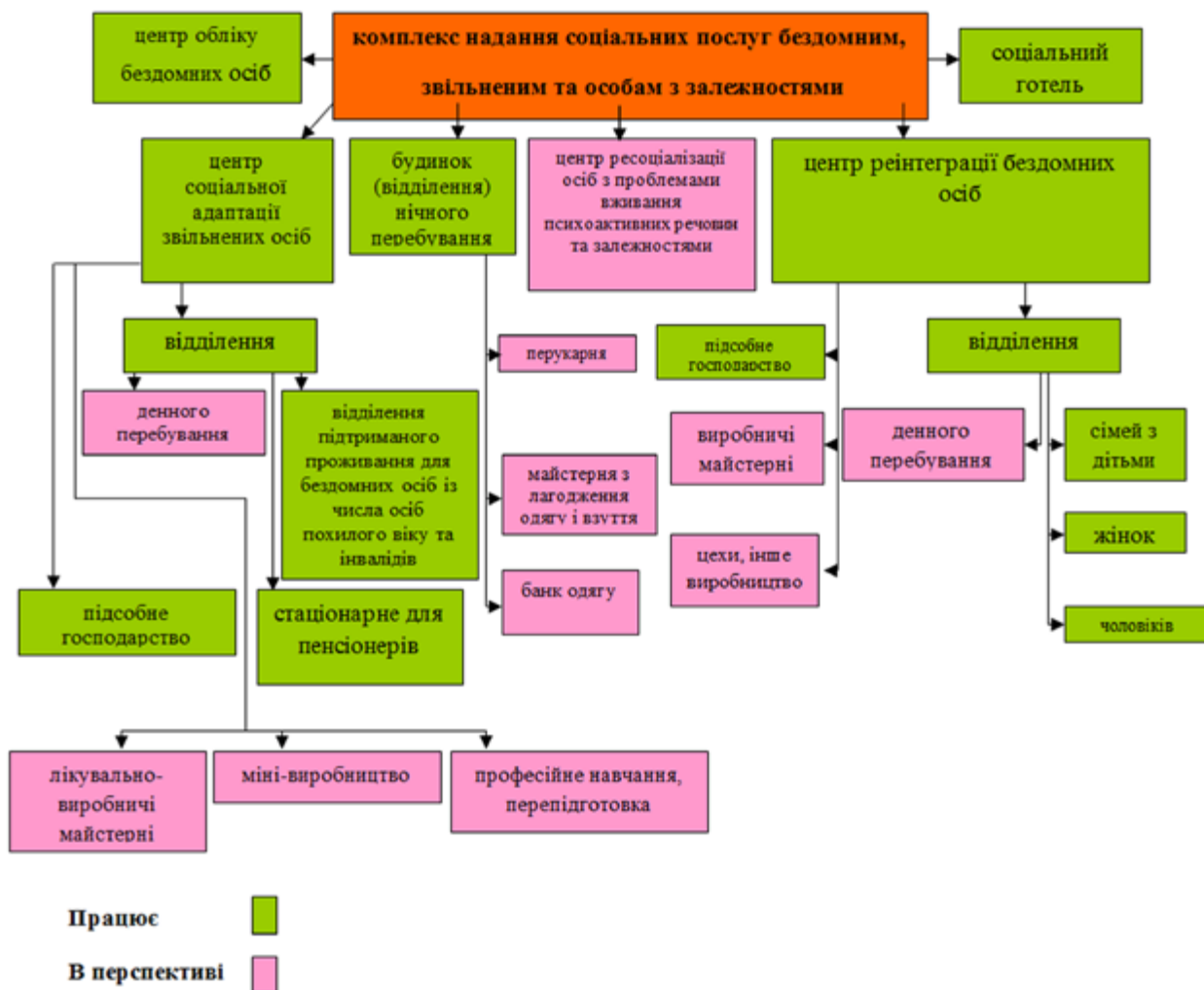


Рис. 2. Структура Комплексу надання соціальних послуг бездомним, звільненим та особам з залежностями
Джерело: складено автором

Він складається з таких підрозділів: 1) Центр соціальної адаптації звільнених осіб (з відділеннями денного, тимчасового перебування, стаціонарного для пенсіонерів та інвалідів, підсобним господарством, лікувально-виробничими майстернями, міні виробництвом, професійним навчанням); 2) Будинок нічного перебування (з перукарнею, майстернею з лагодження одягу і взуття, банком одягу і взуття); 3) Центр реінтеграції бездомних

осіб (з відділеннями денного перебування, для жінок, сімей з дітьми, чоловіків, осіб з проблемами вживання психоактивних речовин та залежностями; 4) Соціальний готель.

На базі Центру обліку бездомних осіб та Комплексу надання соціальних послуг бездомним, звільненим та особам з залежностями проводилась апробація проектів Державних стандартів соціальних послуг: у 2015 р. – «Представництва

інтересів», а в 2016 р. – «Підтриманого проживання» та «Соціальний супровід при працевлаштуванні та на робочому місці».

На початок 2017 р. у Комплексі проживають майже 60 осіб, зокрема, дві жінки з дітьми у відділенні для сімей з дітьми, діти відвідують дитячий садочок. В закладі впроваджено широкий спектр послуг, який відповідає запитам цільової групи і міжнародній практиці. *Підтримка з боку територіальної громади.* При виконкомі Уманської міської ради працює координаційна рада з розв'язання проблем, пов'язаних з наданням допомоги бездомним та звільненим особам. На засіданнях координаційної ради вирішуються питання соціального захисту бездомних осіб, проводиться обмін досвідом роботи, розглядаються та затверджуються додаткові заходи на осінньо-зимовий період.

Від 2010 р. з настанням холодів при структурних підрозділах Центру соціальних послуг створюються пункти обігріву, послугами яких можуть скористатись в разі потреби не тільки безхатченки, а й будь-які охочі. На сьогодні таких пунктів вісім, три з яких працюють цілодобово. Під час перебування людини в пункті обігріву працівники з'ясовують її проблеми та потреби, пропонують шляхи їх вирішення, а також спрямовують їх до медичних закладів та до Центру реінтеграції бездомних осіб.

До допомоги безхатченкам долучаються й інші організації в громаді. Так, допомогу медикаментами надає відділення соціально-медичних послуг. Міський осередок Всеукраїнської громадської організації «Соціальна Україна» надає одяг, взуття, харчі. Черкаський обласний благодійний фонд «Черкащина – територія життя» спільно з релігійною громадою «Посольство Боже», «Службою милосердя Свято-Успенського храму» надають матеріальну допомогу на потреби Комплексу: побутову хімію та харчі, проводять з клієнтами заняття та роз'яснювальну роботу щодо здорового способу життя. Волонтери молодіжних громадських організацій «Нова генерація» та «Майбутнє без наркотиків» проводять профілактичну роботу з клієнтами та надають засоби особистої гігієни.

Крім закладів для бездомних та звільнених у місті функціонує потужна мережа закладів соціального захисту, що надають соціальні послуги дітям, сім'ям з дітьми, молоді, людям з інвалідністю, пенсіонерам, бездомним, звільненим та іншим уразливим групам населення

Залучення зовнішніх ресурсів для закладів у громаді. Для зайнятості клієнтів Комплексу колектив управління виграв у Всеукраїнському конкурсі проектів та програм розвитку місцевого самоврядування грант на суму 250 тис. грн на реалізацію проекту щодо відкриття лікувально-трудової майстерні. Закуплено швейні машинки та інше обладнання для облаштування трудових майстерень. Відкриття майстерень дало змогу вирішити питання тимчасової зайнятості та трудової реабілітації клієнтів.

У 2013 р. Фонд «Східна Європа» надав грантову допомогу в сумі 245,7 тис. грн на підтримку проекту «Соціальне включення вразливої молоді шляхом покращення якості освіти», який виграв Центр професійної реабілітації інвалідів. У межах проекту проведено навчання спеціалістів закладів для бездомних та звільнених осіб за методикою «Життєві навички».

Для клієнтів облаштовані теплі та затишні кімнати, а завдяки виграним у 2015 р. грантам від Турецького агентства зі співробітництва та координації (TIKA) перебування клієнтів стало ще комфортнішим. В приміщеннях зроблено належний ремонт, кімнати облаштовані сучасними меблями та необхідними побутовими приладами. В комплексі з'явилися пральні машини, холодильники, душові кімнати.

Завдяки допомозі релігійної організації та власному господарству клієнти Комплексу харчуються тричі на день.

Перспективи розвитку інноваційних закладів. Зважаючи на те, що Комплекс надання соціальних послуг бездомних, звільнених та особам з залежностями розташовано в лісовій зоні, є можливість втілити інші важливі соціальні проекти: Оздоровчо-реабілітаційний центр гармонійного розвитку людини, майстерні з гончарного виробництва, майстерні з лагодження одягу та взуття, міні-виробництва, теплиці з вирощування грибів, підсобного господарства, організації Центру дозвілля, літнього табору «Мрія» для оздоровлення та відпочинку дітей з інвалідністю, дітей-сиріт та позбавлених батьківського піклування, дітей з багатодітних та малозабезпечених сімей, дітей, постраждалих унаслідок Чорнобильської катастрофи, та інших категорій, зокрема й сімей учасників АТО, дитячого реабілітаційно-оздоровчого табору, бази відпочинку, наметового містечка та спортивних майданчиків.

Відкриття додаткових соціальних структур по обслуговуванню населення територіальної

громади забезпечить створення 40 додаткових робочих місць, на які матимуть можливість працевлаштуватися мешканці навколишніх сіл та звільнені в запас військовослужбовці.

Функціонування цих закладів передбачає організацію відповідної соціальної роботи з бездомними. За мету такої роботи визначено поетапну реінтеграцію до самостійного життя, коли людина самостійно його організовує та повністю сплачує за своє житло.

Ключові досягнення для громади. Показниками ефективності роботи закладів для бездомних, звільнених та нарко- і алкозалежних осіб є те, що з моменту їх створення пройшли реабілітацію та реінтеграцію майже 1500 осіб. Динаміку чисельності клієнтів закладів представлено на рис. 3.

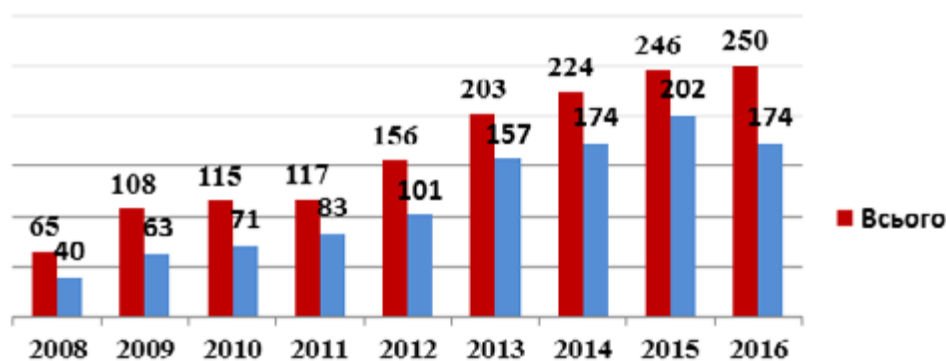


Рис. 3. Кількість осіб, які пройшли реабілітацію та реінтеграцію в Комплексі надання соціальних послуг бездомним, звільненим та особам з залежностями
Джерело: Дані управління праці та соціального захисту населення Уманської міської ради

У Комплексі працює 15 осіб, при цьому більша частина працівників самі були клієнтами Комплексу. Тому вони, як ніхто інший розуміють, з якими проблемами зіштовхнулися люди, котрі вирішили змінити своє життя, позбутись алкоголізму чи наркозалежності, здатні підтримати їх морально чи допомогти порадою.

Значна частина клієнтів справились зі своїми проблемами: вони позбулись нарко- чи алкогольної залежності, працевлаштувались. Так, наші колишні клієнти створили п'ять сімей, двоє клієнтів закінчили вищі навчальні заклади, ще двоє навчаються на третьому курсі, а четверо молодих людей готуються до вступу найближчим часом.

Створення закладів для бездомних громадян знизило соціальну напругу в місті. Залучення коштів грантових організацій, благодійників та проведення толок за участю громадськості, зеко-

номило кошти міського бюджету на проведення ремонтних робіт. Зменшилися негативні явища та криміногенна ситуація в місті.

Варто також відзначити, що в Умані, на базі нових закладів, надаються послуги дітям-інвалідам, інвалідам та учасникам АТО Уманського та Христинівського районів. Це свідчить про те, що в умовах децентралізації соціальні заклади м. Умань спроможні надавати якісні соціальні послуги відповідно до потреб і сусіднім територіальним громадам.

Висновки. Створення та функціонування в Умані соціальних закладів для безхатченків та осіб, які мешкають у непристосованому житлі, звільнилися з місць позбавлення волі, стало складовою процесу соціальних перетворень і поєднувало в собі вирішення проблем соціального захисту, охорони здоров'я, питання зайнятості та соціальної політики не тільки в місті Умань, а й у всьому Черкаському регіоні. Важливим також було апробування на базі нових соціальних закладів стандартів соціальних послуг, затверджених Міністерством соціальної політики України.

Проблемними питаннями під час впровадження інноваційних соціальних послуг безхатченкам було винайдення приміщень для створення закладів соціального захисту бездомних осіб, передання їх в комунальну власність (чого домагались понад чотири роки), проведення ремонтних робіт, для яких залучалися додаткові ресурси.

Досвід впровадження в Умані інноваційних моделей для надання соціальних послуг бездомним особам дає підстави для твердження, що комплексна система охоплення бездомних осіб соціальними послугами на рівні територіальної громади є найоптимальнішою в умовах об'єднання територіальних громад, дає позитивні результати і заслуговує для наслідування.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Про затвердження основних напрямів запобігання бездомності до 2017 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 13.03.2013 №162. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/162-2013-p#n13> (дата звернення: 10.01.2017).
2. Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей: Закон України від 02.06.2005 р. №2623-IV. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2623-15> (дата звернення: 10.01.2017).
3. Венгрезановська О., Костін С. Соціальна підтримка безпритульних // Соц.політика і соц.робота. 2000. № 2. С. 38-47.
4. Давидюк О. Бездомність в Україні: причини та тенденції // Політ.менеджмент. 2013. № 1-2. С. 90-101.
5. Рябчук А. М. Структурні чинники відтворення та соціальної репрезентації бездомності: автореф. дис. ... канд. соціол. наук, 22.00.03 / Інститут соціології Національної академії наук України. Київ, 2012. 16 с.
6. Кабаченко Н. Традиційні підходи та інноваційні програми для бездомних // Вісник Нац. академії держ. управління при Президенті України. 2006. № 4. С. 229-235.
7. Лукашевич М. П. Семігіна Т. В. Соціальна робота: теорія і практика. Київ: Каравела, 2015. 368 с.
8. Соціальні послуги на рівні громади: український досвід і перспективи / ред. Т. Семігіна. Київ.: Гурт, 2005. 134 с.
9. Рекомендації по організації соціальної роботи з бездомними громадянами в регіонах / Ред. Ільчук Л. І., Суліма О. В. Херсон : ПП Вишемирський, 2009. 212 с.

References

1. Cabinet of Ministry of Ukraine (2013). Pro zatverdzhennya osnovnykh napryamiv zapobihannya bezdomnosti do 2017 roku: Postanova №162 [On approval of the main directions of preventing homelessness by 2017: Order № 162]. Retrieved from: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/162-2013-p#n13>.
2. Verkhovna Rada (Parliament) of Ukraine (2005). Pro osnovy sotsial'noho zakhystu bezdomnykh osib i bezprytul'nykh ditey: Zakon № 2623-IV [On the basis of social protection for homeless people and street children: Law # 2623-IV]. Retrieved from: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2623-15>.
3. Venhrezhanovska, O. & Kostin, S.(2000). Sotsial'na pidtrymka bezprytul'nykh [Social support of homeless]. Sotsial'na polityka i sotsial'na robota, 2, 38-47.
4. Davydyuk, O. (2013). Bezdomnist' v Ukrayini: prychyny ta tendentsiyi [Homelessness in Ukraine: causes and trends]. Politychnyy menedzhment, 1-2, 90-101.
5. Ryabchuk, A. M. (2012). Strukturni chynnyky vidtvorennia ta sotsial'noyi reprezentatsiyi bezdomnosti: avtoref. dys. ... kand. sotsiol. nauk, 22.00.03 [Structural factors of homelessness creation and social representation: Thesis]. Kyiv.
6. Kabachenko, N. (2006). Tradytsiyni pidkhody ta innovatsiyni prohramy dlya bezdomnykh [Traditional approaches and innovative programs for homeless]. Visnyk Natsional'noyi akademiyi derzhavnoho upravlinnya pry Prezydentovi Ukrayiny, 4, 229-235.
7. Lukashevych, M. P. & Semigina, T. V. (2015). Sotsial'na robota: teoriya i praktyka [Social work: theory and practice]. Kyiv: Karavela.
8. Semigina, T., Ed. (2005). Sotsial'ni posluhy na rivni hromady: ukraiyins'kyi dosvid i perspektyvy [Social services at the community level: Ukrainian experience and perspectives]. Kyiv: Gurt.
9. Ilchuk, L. I. & Sulima, O. V., Eds. (2009). Rekomendatsiyi po orhanizatsiyi sotsial'noyi roboty z bezdomnymy hromadyanamy v rehionakh [Guidelines on the organization of social work with the homeless in the regions]. Kherson.

Матеріал надійшов 10.02.2017 р.

ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ ПІДГОТОВКИ ДОКТОРІВ ФІЛОСОФІЇ З СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ: АНАЛІЗ ПОТОЧНОЇ СИТУАЦІЇ

INTRODUCTION OF PhD PROGRAMMES IN SOCIAL WORK: STATE OF THE ART ANALYSIS

Олена Карагодіна

докт. мед. наук, професор завідувачка кафедри соціальної роботи та практичної психології Академії праці, соціальних відносин і туризму

Olena Karagodina

Dr. in Medicine, Professor, Head of Social Work and Applied Psychology Department, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Оксана Пожидаєва

канд. пед. наук, доцент кафедри соціальної роботи та практичної психології Академії праці, соціальних відносин і туризму

Oksana Pozhydaieva

PhD in Social Pedagogy, Associate Professor, Social Work and Applied Psychology Department, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Анотація

У статті проаналізовано умови ліцензування та початку освітньої підготовки докторів філософії з соціальної роботи в Україні. У дослідженні використано методи контент-аналізу нормативних документів та інформації на сайтах ліцензіатів, включеного спостереження і напівструктурованого інтерв'ю. Встановлено, що на початок лютого 2017 р. право на підготовку докторів філософії зі спеціальності 231 «Соціальна робота» отримали 15 установ (14 вищих навчальних закладів і 1 науково-дослідна установа), які загалом ліцензували 166 місць. Виявлено, що переважна більшість кафедр, які запроваджують аспірантуру з соціальної роботи, – це кафедри соціальної педагогіки (або соціальної педагогіки та соціальної роботи), очолювані докторами педагогічних наук. Обґрунтовано припущення, що найближчим часом навчання та дисертаційні дослідження значної частини здобувачів ступеня доктора філософії зі спеціальності «Соціальна робота» базуватимуться на методології соціальної педагогіки. Зазначено важливість консолідації професійної спільноти з формуванням потреби в удосконаленні викладацьких та дослідницьких компетентностей.

Ключові слова: третій рівень вищої освіти, доктор філософії з соціальної роботи, ліцензування освітньо-наукових програм, академізація соціальної роботи

Abstract

The paper presents the findings of the study on first steps in implementation of PhD educational programs in social work in Ukraine. Preconditions of the challenging situation for the development of the third (educational and scientific) level of social workers training are reviewed, in particular, new requirements to higher educational establishment due to the reform in higher education, the lack of experience of the graduate schools in social work, ambiguity in understanding the content of educational programs and research methodology in social work, low social prestige of social work etc.

The paper employs methods of qualitative content-analysis of regulatory documents and information on sites of the universities that received licensees for PhD programmes in Social work, as well as observations and semi-structured interviews with the representatives of the universities.

The findings demonstrate that as of February 2017, 15 institutions (14 universities and one research institution) had already received licenses the Ministry of Education and Science of Ukraine to train 166 PhD students in Social work. The study highlights that the vast majority of departments that introduce the graduate school in social work are the departments of social pedagogy (or social education and social work), headed by Doctors in Pedagogical Sciences. Up to the present about the half of licensees has had a graduate school in social

pedagogy, a third of them has so called specialized councils, which defend the thesis for the specialty «Social Pedagogy».

Applications for new PhD programs were filled by only four educational establishments. The total number of students on currently licensed programs is only 7 persons.

It is proved that a significant activity of higher educational establishments on licensing new academic specialty indicates the reaction of the profile departments on the lack of relevant departments of highly qualified scientific personnel and helps solve challenges of social work professionalization. The assumptions about the future studying and dissertation research which will be based on the methodology of social pedagogy for a large part of PhD students in Social Work are argued. The importance of consolidation of the professional community for forming the needs to improve teaching and research competencies, coordination of methodological research foundations in social work, implementation of quality procedures and scientific ethics are outlined.

Key words: the third level of higher education, PhD in Social Work, licensing of academic programmes, social work academization.

Постановка проблеми. Ухвалення протягом 2015–2017 рр. низки нормативно-правових документів [4, 9, 10, 11] уможливило запровадження в Україні програм підготовки докторів філософії з соціальної роботи. Поява в нормативних документах дещо незвичного для українських освітян терміну «доктор філософії» [9] зумовлена приєднанням України до Болонського простору і є аналогом вживаного в країнах Європи поняття «PhD». Доктор філософії – це освітній і водночас перший науковий ступінь, що здобувається на третьому рівні вищої освіти, вперше визначеному Законом України «Про вищу освіту» 2014 р. Третій (освітньо-науковий) рівень вищої освіти відповідає восьмому кваліфікаційному рівню Національної рамки кваліфікацій і передбачає здобуття особою відповідних компетентностей, необхідних для продукування нових ідей, розв’язання комплексних проблем у галузі професійної та дослідницько-інноваційної діяльності, оволодіння методологією, а також проведення й обґрунтування власного наукового дослідження, результати якого мають передбачати наукову новизну, теоретичне, практичне значення [4].

Започаткування в Україні програм підготовки докторів філософії з соціальної роботи пов’язане з низкою проблем, специфічних для розвитку цієї спеціальності чи галузі знань, що продовжує формуватись як сфера практики, освітньої підготовки та наукового пошуку. Маючи більш як двадцятирічну історію професійної підготовки соціальних працівників у вищих навчальних закладах, громада українських шкіл соціальної роботи не набула ознак професійної співтовариства, об’єднаного спільним розумінням теоретичних засад, змісту практики та дизайну досліджень [17]. Протягом тривалого часу соціальна робота сприймається суб’єктами професійних

відносин як «нова спеціальність» з дещо непевним змістом [5, 8, 16]. Неминуще відчуття новизни соціальної роботи в Україні породжено, почасти, низкою специфічних для пострадянського соціуму обставин. З одного боку, соціальний запит на «справжню» професійну діяльність соціальних працівників лишається не сформованим: значна частина так званих вразливих верств суспільства орієнтована на отримання пільг, грошової допомоги, а також певних соціальних послуг, що усвідомлюються ними як «обслуговування». Отже, вагомі частці потенційних клієнтів соціальних працівників бракує досвіду й мотивації до розв’язання власних життєвих проблем шляхом персональної й соціальної активізації щодо захисту власних прав, принципової зміни певного локусу соціальних відносин, набуття нових способів подолання життєвих криз. З іншого боку, гарант створення сталої державної системи соціальних послуг протягом тривалого часу лишається досить ригідним у своїй орієнтації на модус «соціального забезпечення», що не відповідає сучасним міжнародним трендам практики соціальної роботи [12]. Відтак, потенційні клієнти не мають доступу до належних послуг і, звертаючись до державних закладів соціальної роботи, зазвичай, отримують підкріплення власних споживачьких настанов. За такої панівної моделі допомоги клієнтам державних установ соціальної роботи і надавачі, й отримувачі послуг стають заручниками цієї системи – соціальний престиж соціальної роботи як професійної діяльності залишається надзвичайно низьким, клієнти невдоволені якістю допомоги, працівники соціальних служб скаржаться на надмірне навантаження, брак ресурсів і занижку матеріальну винагороду, піддаються професійному вигоранню і навіть за високого рівня освіти та початкової мотивації до праці

доволі швидко змінюють сферу професійної діяльності.

Певні альтернативи для впровадження належної практики соціальної роботи створюють недержавні установи, що виникають як організації користувачів або як суб'єкти проектної діяльності за підтримки міжнародних донорських організацій. Робота в таких установах видається привабливою перспективою і кращим студентам, і очільникам кафедр соціальної роботи, що розміщують відомості про ці можливості в своїх рекламних повідомленнях. Однак, по закінченні навчання такі посади отримують одиниці, а більшість випускників знаходить роботу не за фахом.

Всупереч не зовсім обнадійливій ситуації в сфері практики, кількість кафедр, що здійснюють підготовку бакалаврів і магістрів соціальної роботи, на сьогодні в Україні наразі перевищує 60 [2]. Умови ліцензування й акредитація освітніх програм з соціальної роботи дотепер передбачали наявність у кадровому складі випускових кафедр певної кількості докторів та кандидатів наук з методичним та науковим доробком з проблематики соціальної роботи [11]. Оскільки до недавнього часу соціальна робота в Україні не визнавалась галуззю знань, що може мати власну специфічну теорію й методологію наукових досліджень, випускові кафедри очолили науковці кількох профілів з різним баченням перспектив її розвитку як сфери наукового пізнання. Відтак не сформовано єдиної думки щодо надання пріоритетів певним теоріям та проблемам досліджень, організації процесу навчання, спеціалізації освітніх програм тощо [17]. Навіть за поживлення контактів з представниками міжнародної спільноти фахівців з практики і викладання соціальної роботи, зміст професійної підготовки та компетентності соціальних працівників залишаються розмитими, зазнаючи потужного впливу інших галузей знань і спеціальностей (насамперед, педагогіки, психології та соціології).

Попри означені проблеми професіоналізації, накопичений досвід викладання соціальної роботи, організації роботи випускових кафедр і підготовки дисертаційних досліджень до захисту за «суміжними» спеціальностями (13.00.05 – соціальна педагогіка; 19.00.05 – соціальна психологія, психологія соціальної роботи 22.00.03 – соціальні структури та соціальні відносини) утворює формальні умови для академізації [17]

соціальної роботи й започаткування третього рівня освітньої підготовки з цієї спеціальності.

Мета і методи дослідження. Беручи до уваги певну проблемність ситуації щодо розвитку третього (освітньо-наукового) рівня професійної підготовки соціальних працівників в Україні, зокрема, нові вимоги до вищих навчальних закладів у зв'язку з реформуванням системи вищої освіти, відсутність досвіду функціонування аспірантури з соціальної роботи, неоднозначність розуміння змісту освітніх програм та методології досліджень у соціальній роботі, ми проаналізували поточні умови для започаткування програм підготовки докторів філософії зі спеціальності 231 «Соціальна робота». В процесі дослідження проаналізовано кількісні та якісні характеристики суб'єктів запровадження освітньо-наукових програм підготовки докторів філософії з соціальної роботи. Для збору даних використано метод якісного контент-аналізу нормативних документів та інформації на сайтах вищих навчальних закладів, що ліцензували освітні програми підготовки докторів філософії з соціальної роботи; методи включеного спостереження і напівструктурованого інтерв'ю. Загалом проаналізовано 42 нормативних документа, зокрема, 29 наказів Міністерства освіти та науки України (далі – МОН України) «Про ліцензування освітньої діяльності» за період травень 2016 – січень 2017 рр., інформацію на сайтах 15 освітньо-наукових установ, узагальнено дані телефонних та особистих інтерв'ю з 22 респондентами – працівниками випускових кафедр та відділів аспірантури українських вищих навчальних закладів.

Результати дослідження. Під час аналізу змісту Наказів МОН «Про ліцензування освітньої діяльності», розміщених на сайті МОН під рубрикою «Ліцензування освітньої діяльності на третьому освітньо-науковому рівні» в період травень 2016 – січень 2017 рр., виявлено 10 наказів з пунктами про видачу ліцензій на провадження освітніх програм підготовки докторів філософії у галузі знань 23 «Соціальна робота». Згідно із цими наказами на початок лютого 2017 р. право на підготовку докторів філософії зі спеціальності 231 «Соціальна робота» мають 15 установ – 14 вищих навчальних закладів і 1 науково-дослідна установа (Інститут проблем виховання НАПН України). Основну частину – 11, або 73,3% ліцензій на такий вид освітньо-наукової діяльності видано в травні – серпні 2016 р. Наразі ліцензіати загалом мають 166 місць для навчання здобувачів ступеня док-

тора філософії з соціальної роботи. Максимальна кількість слухачів докторських програм варіює від 5 до 25 осіб. За даними інтерв'ю, формуючи заявки на ліцензійний обсяг таких програм, кафедри брали до уваги принаймні два показники: 1) кадровий потенціал (наукові ступені та кількість потенційних керівників майбутніх дисертацій); 2) ліцензійний обсяг власних магістерських програм.

Більшість (12, або 80,0%) вищих навчальних закладів розмістили на своїх сайтах інформацію про отримання ліцензій на підготовку докторів філософії зі спеціальності 231 «Соціальна робота» та інформацію про процедуру вступних випробувань. Поряд з іспитами зі спеціальності (в обсязі програми підготовки спеціаліста або магістра) п'ять закладів вимагають від вступників іспиту з філософії, чотири – додатково до іспитів презентації дослідницької пропозиції, два – співбесіди вступника з майбутнім керівником наукової роботи, один – реферату з тематики майбутньої наукової роботи.

Сайти ліцензіатів виявились досить відмінними за структурою та змістовим наповненням. Повні тексти докторських програм з соціальної роботи містились на сайтах двох вищих навчальних закладів, детальний опис такої програми – на сайті одного ліцензіату, програми та (або) питання для підготовки до вступних випробувань зі спеціальності – на сайтах семи навчальних закладів. За даними інтерв'ю, деякі заклади розміщують освітні програми у внутрішніх електронних ресурсах, доступних лише їхнім викладачам і студентам, розраховуючи залучити до навчання в аспірантурі передусім випускників власної магістратури.

Переважає більшість (11, або 73,3%) кафедр, що вперше запроваджують аспірантуру з соціальної роботи, – це кафедри соціальної педагогіки (або соціальної педагогіки та соціальної роботи), очолювані докторами педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка. Лише 4 (26,6%) гарант таких програм мають докторські ступені з інших спеціальностей (соціологія, політологія та психологія) і представляють колективи, які від початку свого існування позиціонували себе як кафедри соціальної роботи. У трьох з вищезазначених навчальних закладів поряд з кафедрами соціальної педагогіки – ліцензіатами нових докторських програм, функціонують кафедри соціальної роботи (або кафедри з іншою назвою, що готують

бакалаврів і магістрів соціальної роботи). Було визначено також, що майже половина (7, або 46,7%) ліцензіатів до теперішнього часу мали аспірантуру зі спеціальності 13.00.05 – соціальна педагогіка, третина (5, або 33,3%) – спеціалізовані ради з правом прийняття до розгляду та проведення захисту дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка, один навчальний заклад має спеціалізовану раду з правом проведення захисту кандидатських дисертацій за спеціальністю 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи.

Програми вступних випробувань, розміщені на сайтах ліцензіатів, значно варіювались за змістовим наповненням і питомою вагою різних проблемних аспектів соціальної роботи. Одна з програм відтворювала сталу настанову кафедри на продовження діяльності аспірантури з підготовки слухачів за спеціальністю «Соціальна педагогіка». Лише одна кафедра вимагала від претендентів знання основ методології і методів досліджень у соціальній роботі.

Як зазначено вище, протягом весни – літа 2016 р. ліцензії на навчання за програмами підготовки докторів філософії отримали одинадцять вищих навчальних закладів, однак набір на навчання здійснили лише чотири. Відповідно до проведених інтерв'ю, в період вступної кампанії 2016 р. кафедри змогли заповнити незначну кількість ліцензованих місць. За вартості навчання за контрактом в межах 11–46 тис. грн за рік майже всі вступники мали намір навчатись в аспірантурі за державним замовленням. Оскільки обсяг бюджетного фінансування програм підготовки докторів філософії зі спеціальності 231 «Соціальна робота» в поточному році виявився мізерним, загальна кількість слухачів ліцензованих програм наразі становить лише 7 осіб (4,2% від загального ліцензійного обсягу).

Обговорення результатів дослідження. Аналізуючи отримані дані, можна було б припустити, що значна активність вищих навчальних закладів з ліцензування нової академічної спеціальності «Соціальна робота» свідчить про оперативне реагування профільних кафедр на брак висококваліфікованих науково-педагогічних кадрів і слугує розв'язанню проблем професіоналізації соціальної роботи та підвищення рівня її соціального престижу. Проте сам факт отримання ліцензій на навчання в аспірантурі значної кількості осіб ще не гарантує належної

якості підготовки докторів філософії з соціальної роботи і відповідності їхніх майбутніх дисертацій міжнародним стандартам. За оцінками експертів, повноцінне функціонування програм підготовки докторів філософії можливе за належних нормативно-правових та організаційних засад, запровадження політик і процедур якості та наукової етики, тісної співпраці між українськими та закордонними вченими [7] і, що здається ключовим чинником якісної підготовки майбутніх науковців, – за умов існування високої дослідницької культури, яку потрібно плекати серед керівників [3]. Згідно з чинними кадровими вимогами до установ, що провадять освітню діяльність на третьому (освітньо-науковому) рівні, відповідальні кафедри мають очолювати фахівці відповідної або спорідненої науково-педагогічної спеціальності з науковим ступенем доктора наук та вченим званням [11]. Ці вимоги вочевидь суперечать декларованому курсу на приєднання України до Болонського простору і впровадження європейських стандартів вищої освіти, адже унеможливають ліцензування підготовки докторів філософії на кафедрах, очолюваних особами зі ступенем доктора філософії, здобутого в закордонних університетах. Для відкриття аспірантури з соціальної роботи чинні нормативні вимоги виявились ще більш обмежувальними: законодавець визнав єдиною «відповідною» соціальній роботі спеціальністю соціальну педагогіку [6], торуючи шлях до звуження професійного середовища докторських студій та надання переваги методологічним підходам саме цієї сфери наукових розробок. Такий сценарій розвитку програм підготовки докторів філософії з соціальної роботи поки що виглядає достатньо ймовірним, адже близько половини ліцензіатів запровадили нову спеціальність на базі аспірантури з соціальної педагогіки, більше третини мають спеціалізовані ради з правом захисту дисертацій за цією спеціальністю.

Можна очікувати, що частина ліцензіатів аспірантури з соціальної роботи не матиме достатніх ресурсів для реалізації принципів базованої на доказах соціальної роботи [14, 15] через інакші методологічні принципи та пріоритети, брак фахівців і відсутність відповідної освітньої компоненти в їхніх бакалаврських та магістерських програмах. Відтак, питання методологічних засад майбутніх дисертацій слухачів ліцензованих програм залишається відкритим. Воно безпосередньо пов'язане з проблемою усвідомлення соціальної роботи як професії і сфери наукового

пошуку, що має специфічні самодостатні теорії, методи емпіричного дослідження та практичних втручань [13, 18]. Навіть за умови затвердження освітніх стандартів можна припустити імовірність неоднозначного тлумачення пропонованих індикаторів якості підготовки здобувачів, а також їх «вільного» практичного застосування.

Окрім завдання формування професійно-академічної ідентичності, ліцензіати стикатимуться і з загальною для всіх спеціальностей проблемою створення конкурентоспроможного освітнього середовища, важливого для підтримки їхнього інституційного статусу і привабливого для потенційних вступників [7]. Відкриття аспірантури з соціальної роботи уможливлено певними кроками з реформування вищої освіти, але чи спроможні ліцензіати започаткувати якісні зміни у системі підготовки слухачів до наукових досліджень? Наскільки креативною і гнучкою може бути наша професійна спільнота? Чи усвідомлюємо ми потреби в узгодженні дослідницьких стратегій, у підвищенні власних компетентностей щодо викладання дисциплін освітніх програм, формування стосунків активізації зі слухачами, керівництва майбутніми дисертаціями з соціальної роботи? Ці аспекти проблеми функціонування освітніх програм підготовки докторів філософії з соціальної роботи потребують подальшого дослідження.

Висновки. У вищих навчальних закладах України наразі ліцензовано більш як 160 місць для підготовки докторів філософії з соціальної роботи, однак у 2016–2017 академічному році заповнено менш як 5% ліцензованого обсягу аспірантури з нової спеціальності. У період вступної кампанії 2016 р. набір до аспірантури з соціальної роботи провадили лише чотири навчальні заклади, три з них прийняли слухачів на бюджетну форму навчання.

Відповідно до вимог чинного законодавства, наявних організаційних умов і кадрового потенціалу навчальних установ, переважну більшість (73,3%) ліцензіатів програм підготовки докторів філософії зі спеціальності 231 «Соціальна робота» становлять кафедри соціальної педагогіки; майже половина (46,7%) з них продовжують діяльність однойменної власної аспірантури, більше третини (33,3%) мають спеціалізовані ради з правом прийняття до розгляду та проведення захисту дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.05 – соціальна педагогіка. За такої ситуації доволі імовірним видається становлення нової академічної

спеціальності за «сценарієм» соціальної педагогіки, що не вичерпує змісту соціальної роботи як сфери практичної діяльності та наукового пошуку.

Розвиток програм підготовки докторів філософії з соціальної роботи може сприяти професіоналізації та підвищенню престижу цієї соціально перспективної спеціальності лише за умов консо-

лідації професійної спільноти ліцензіатів, створення середовища високої дослідницької культури, дотримання норм наукової етики, розвитку компетентностей викладання всіх блоків дисциплін освітньої програми та супроводу здобувачів під час проведення дисертаційних досліджень.

Перелік літератури і джерел інформації

1. Бойко О. М., Кабаченко Н. В. Розвиток докторської програми (PhD) із соціальної роботи і соціальної політики в НаУКМА // Проблеми соц.роботи: філософія, психологія, соціологія. 2013. № 1 (2). С. 217–220.
2. Вища освіта // Довідник ВНЗ. URL: <http://osvita.ua/vnz/guide/search-17-0-0-185-64-50.html> (дата звернення 17.02.2017)
3. Вінницький М. Розроблення, впровадження та забезпечення якості освітніх програм з підготовки докторів філософії // Еразмус+. URL: <http://erasmusplus.org.ua/erasmus/54-materiali-here/1299-seminar-rozroblennia-osvitnikh-prohram-vidpovidno-do-yekts-zabezpechennia-iakosti-rezultativ-navchannia-ta-studentotsentrovano-ho-navchannia-problemy-rozroblennia-ta-vprovadzhennta-spilnykh-i-doktorskykh-prohram-8072016-mkyiv.html> (дата звернення 20.01.2017)
4. Про вищу освіту: Закон України від 01.07.2014 р. (ред. від 05.01.2017) № 1556-VII. URL: www.zakon.rada.gov.ua/go/1556-18 (дата звернення 20.01.2017)
5. Мельничук І. М. Теорія і методика професійної підготовки майбутніх соціальних працівників засобами інтерактивних технологій у вищих навчальних закладах: автореф. дис. ... докт. пед. наук: спец. 13.00.04.Тернопіль, 2011. 42 с.
6. Про особливості запровадження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, затвердженого постановою Кабінету Міністрів від 29.04.2015 р. № 266: Наказ Міністерства освіти і науки України від 06.11.2015 р. № 1151. URL: [http://old.mon.gov.ua/ua/about-ministry/normative/4636-\(дата звернення 20.01.2017\)](http://old.mon.gov.ua/ua/about-ministry/normative/4636-(дата звернення 20.01.2017))
7. Ніколаєв Є. Що робити з аспірантурою та спецрадами? // Освітня політика. URL: <http://education-ua.org/ua/articles/623-shcho-robiti-z-aspiranturoyu-ta-spetsradami> (дата звернення 20.01.2017)
8. Попович Г. М. Умови інституціалізації соціальної роботи в Україні: автореф. дис. ... канд. соціолог. наук: спец. 22.00.03. Київ, 2004. 20 с.
9. Про затвердження Порядку підготовки здобувачів вищої освіти ступеня доктора філософії та доктора наук у вищих навчальних закладах (наукових установах): Постанова Кабінету Міністрів України від 23.03.2016 р. № 261 URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/261-2016-n (дата звернення 20.01.2017)
10. Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти: Постанова Кабінету Міністрів України від 29.04.2015 р. № 266. URL: zakon.rada.gov.ua/go/266-2015-n (дата звернення 20.01.2017)
11. Про затвердження Ліцензійних умов провадження освітньої діяльності закладів освіти: Постанова Кабінету Міністрів України від 30.12.2015 р. № 1187. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1187-2015-n (дата звернення 20.01.2017)
12. Семигіна Т. В. Міжнародна соціальна робота: глобальні пріоритети соціального розвитку і нове визначення соціальної роботи // Вісник АПСВ. 2015. № 1. С. 6–11.
13. Bentley K. J., Harrington D., Petr C., Black B., Cunningham-Williams R. M. Quality guidelines for PhD programs in Social Work // GADE. 2013. URL: <http://www.gadephd.org/LinkClick.aspx?fileticket=6RvhDyHRxQA> (дата звернення 20.01.2017)
14. Diaz C., Drewery S. Critical Assessment of Evidence-Based Policy and Practice in Social Work // Journal of Evidence-Informed Social Work. 2016. Vol. 1. Issue 4. P. 425–431.
15. Hopson L. M., Wodarski J. S Research methods for evidence-based. Los Angeles: Sage, 2012. 179 p.
16. Karagodina O., Baidarova O. Superwizja pracy socjalnej na Ukrainie // Superwizja pracy socjalnej [Ed. by M. Grewinski, B. Skrzypczak]. Warszawa: Elipsa, 2014. P. 102–109.
17. Semigina T., Kabachenko N., Boyko O. Piloting a social work doctoral programme: Ukraine's vignette // European Social Work Journal. 2017. Vol. 20. 265–276.
18. Semigina T. Researching the landscape (research methodologies in social work and social policy research) // Social Policy and Social Work in Transition. 2011. Vol. 2.2. P. 5–10.

References

1. Boyko, O. M. & Kabachenko, N. V. (2013). Rozvytok doktors'koyi prohramy (PhD) iz sotsial'noyi roboty i sotsial'noyi polityky v NaUKMA [The development of the doctoral program (PhD) in social work and social policy at NaUKMA]. *Problemy sots.roboty: filozofiya, psykholohiya, sotsiolohiya*, 1 (2), 217–220.
2. Osvita.ua (2017). *Vyshcha osvita* [Higher education]. Retrieved from: <http://osvita.ua/vnz/guide/search-17-0-0-185-64-50.html>
3. Wynnyckiy, M. (2016). *Rozroblennya, vprovadzhennta ta zabezpechennya yakosti osvitnikh prohram z pidhotovky doktoriv filozofiyi* [Development, implementation and maintenance of quality educational programs for PhD] Retrieved from: <http://erasmusplus.org.ua/erasmus/54-materiali-here/1299-seminar-rozroblennia-osvitnikh-prohram-vidpovidno-do-yekts-zabezpechennia-iakosti-rezultativ-navchannia-ta-studentotsentrovano-ho-navchannia-problemy-rozroblennia-ta-vprovadzhennta-spilnykh-i-doktorskykh-prohram-8072016-mkyiv.html>
4. Verkhovna Rada of Ukraine (2017). *Law on Higher Education*, with amendments. Retrieved from: www.zakon.rada.gov.ua/go/1556-18

5. Mel'nychuk, I. M. (2011). *Teoriya i metodyka profesiynoyi pidhotovky maybutnikh sotsial'nykh pratsivnykiv zasobamy interaktyvnykh tekhnolohiy u vyshchyykh navchal'nykh zakladakh* [Theory and methods of professional training of future social workers by means of interactive technologies in higher education: Doctoral Thesis]. Ternopil.
6. Ministry of Education and Science of Ukraine (2015). *Nakaz Pro osoblyvosti zaprovadzhennya pereliku haluzey znan' i spetsial'nostey, za yakymy zdiysnyuyet'sya pidhotovka здobuvachiv vyshchoyi osvity, zatverdzhenoho postanovoyu Kabinetu Ministriv vid 29.04.2015 r. № 266* [Order on On peculiarities of implementation of the list of disciplines and specialties for higher education approved by the Cabinet of Ministers of 29.04.2015 p. # 266]. Retrieved from: <http://old.mon.gov.ua/ua/about-ministry/normative/4636->
7. Nikolayev, Ye. (2016). Shcho robyty z aspiranturoyu ta spetsradamy? [What to do with the Graduate School and special councils?]. *Osvitnya polityka*. Retrieved from: <http://education-ua.org/ua/articles/623-shcho-robiti-z-aspiranturoyu-ta-spetsradami>
8. Popovych, H. M. (2004). *Umovy instytutsializatsiyi sotsial'noyi roboty v Ukrayini* [Terms of institutionalization of social work in Ukraine: PhD Thesis]. Kyiv.
9. Cabinet of Ministry of Ukraine (2016). *Postanova Pro zatverdzhennya Poryadku pidhotovky здobuvachiv vyshchoyi osvity stupenya doktora filozofiyi ta doktora nauk u vyshchyykh navchal'nykh zakladakh (naukovykh ustanovakh)* [Order On approval of the training of higher education applicants for PhD degree and doctorate in higher education (research institutions)]. Retrieved from: URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/261-2016-n
10. Cabinet of Ministry of Ukraine (2015). *Postanova Pro zatverdzhennya pereliku haluzey znan' i spetsial'nostey, za yakymy zdiysnyuyet'sya pidhotovka здobuvachiv vyshchoyi osvity* [Order on On the list of disciplines and specialties for higher education]. Retrieved from: zakon.rada.gov.ua/go/266-2015-n
11. Cabinet of Ministry of Ukraine (2015). *Postanova Pro zatverdzhennya Litsenziynykh umov provadzhennya osvitr'oyi diyal'nosti zakladiv osvity* [Order on On Approval of License conditions of educational activities of educational institutions]. Retrieved from: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1187-2015-n
12. Semigina, T. V. (2015). Mizhnarodna sotsial'na robota: hlobal'ni priorytety sotsial'noho rozvytku i nove vyznachennya sotsial'noyi roboty [International social work: global priorities of social development and a new definition of social work]. *Visnyk APSV*, 1, 6–11.
13. Bentley, K. J., Harrington, D., Petr, C., Black, B., Cunningham-Williams, R. M. (2013). Quality guidelines for Phd programs in Social Work. *GADE*. Retrieved from: <http://www.gadephd.org/LinkClick.aspx?fileticket=6RvhDyHRxQA>
14. Diaz, C. & Drewery, S. (2016). Critical Assessment of Evidence-Based Policy and Practice in Social Work. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 1(4), 425–431.
15. Hopson, L. M. & Wodarski, J. S. (2012). *Research methods for evidence-based*. Los Angeles: Sage,
16. Karagodina, O. & Baidarova, O. (2014). Superwizja pracy socjalnej na Ukrainie [Supervision for Social Work in Ukraine]. Grewinski, M & Skrzypczka, B., Eds. *Superwizja pracy socjalnej*. Warszawa: Elipsa, 102–109.
17. Semigina, T., Kabachenko, N. & Boyko, O. (2017). Piloting a social work doctoral programme: Ukraine's vignette. *European Social Work Journal*, 20, 265–276.
18. Semigina, T. (2011). Researching the landscape (research methodologies in social work and social policy research). *Social Policy and Social Work in Transition*, 2 (2), 5–10.

Матеріал надійшов 20.02.2017 р.

Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму

Головний редактор – Т.В. Семигіна

Комп'ютерна верстка – ФОП Самсон О.М.

Підписано до друку 23 березня 2017 р.

Формат видання – А4. Друк цифровий.

11,6 ум. друк. арк.

Наклад - 100 прим.

Ціна договірна.

Видавництво «Академія праці, соціальних відносин і туризму»

Свідоцтво КВ № 21787-11687ПП від 21.12.2015 р.

м. Київ, Кільцева дорога, 3-А, Київ-187,

МСП, 03187, Україна, тел./факс (044) 526-15-45; e-mail: edit@socosvita.kiev.ua

Надруковано: ФОП Самсон О.М.

Свідоцтво В01 №566073 від 04.11.2002 р. тел. 050-355-21-20