

КИЇВСЬКА ШКОЛА ЕКОНОМІКИ

МАГІСТЕРСЬКА ПРОГРАМА З ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ТА ВРЯДУВАННЯ

ДИПЛОМНА РОБОТА

«Гелікоптерна екстрена медична служба як потенційний маркер інфраструктурної спроможності держави в Україні»

Студент\ка: Потупалова Т.О.
Науковий\ва керівник\ця: Гомза І.А.

Для здобуття освітнього ступеня: Магістр
за спеціальністю: 281 Публічне управління та адміністрування

Київ 2021

ЗМІСТ

Анотація.....	2
Вступ.....	2-3
Огляд літератури.....	3-6
Дизайн дослідження.....	6-9
Результати.....	8-35
Висновки/дискусія.....	36-42
Список використаних джерел.....	43-44
Додатки.....	45-90

Анотація. У роботі розглядається сприйняття гелікоптерної екстреної медичної служби як маркера інфраструктурної спроможності держави. ГЕМС досліджується з точки зору асоціативного сприйняття у розрізі окремих компонентів системи охорони здоров'я (здатності використовувати сучасні технології, забезпечувати рівний доступ до медичних послуг на національному та регіональному рівнях, розвитку системи екстреної медичної допомоги), а також як фактор зміни сприйняття державної спроможності у пілотному регіоні з впровадження аеромедичної евакуації. Результати дослідження підтверджують потенціал ГЕМС як ознаки державної спроможності за умови повноцінної та прозорої системної інкорпорації цієї політики у сферу охорони здоров'я, а також як чинника, що підсилює мотивацію до сплати податків.

Ключові слова: гелікоптерна екстрена медична служба, інфраструктурна спроможність держави, в Україні.

Кількість слів: 9829

ВСТУП

Гелікоптерна екстрена медична служба (ГЕМС) – локальний кейс концептуально ширшої політики у сфері охорони здоров'я – екстреної медичної допомоги. Основним її завданням є забезпечення своєчасності та рівності у доступі до медичної допомоги – гарантованої Конституцією частини прав, універсальна реалізація якої проблематична на тлі обмеженого фінансування медичної сфери (бюджет системи охорони здоров'я України у 2021 році склав 4,2% від обсягу внутрішнього валового продукту, що фактично є найнижчим показником серед аналогічних видатків європейських країн).

З огляду на лімітовані ресурси та загальновідомі конкурентні умови напрямків публічного фінансування, впровадження пілотного проекту з аеромедичної евакуації у

квітні 2021 року потребувало від його розробників постійної активної адвокації перед іншими урядовими стейкхолдерами з використанням неоднорідної групи як економічних, так і морально-етичних аргументів. Суттєвою та неочевидною на перший погляд перевагою ГЕМС порівняно з іншими не менш важливими гуманітарними політиками є те, що вона має релятивно більший потенціал візуалізації державної спроможності в повсякденному житті, що в умовах неконсолідованої демократії є благом *per se*, оскільки легітимізує суспільний договір в очах громадян, а відтак впливає на динаміку та перспективи втілення усіх інших політик.

Оскільки імплементація пілотного проекту є лише першим кроком на шляху до системного впровадження ГЕМС в Україні, виникає природна потреба у веденні обґрунтованої дискусії між зацікавленими сторонами з використанням оригінальних наукових аргументів щодо наслідків імплементації ГЕМС з точки зору ефективного урядування та розбудови державної спроможності.

Оцінка останньої суттєво ускладнена гетерогенністю множини запропонованих для неї дефініцій. Її інфраструктурний вимір найчастіше визначають за нормативними та результативними показниками чи інтегральними індексами доступних в державі публічних благ. Проте останнім часом сформувалась тенденція до використання сприйняття громадянами тих чи інших державних політик як її оптимальних маркерів. У дослідженні ГЕМС розглядатиметься як потенційний маркер інфраструктурної спроможності держави з двох концептуальних позицій: опосередковано як фактор, що асоціюється з окремими компонентами інфраструктурної спроможності у сфері охорони здоров'я, а також як політика, що змінює сприйняття потенціалу держави на певній території.

Основною гіпотезою роботи є припущення про те, що **впровадження ГЕМС в систему екстреної медичної допомоги атрибується спроможності держави в Україні**. Тестування сприйняття ГЕМС як потенційного маркера інфраструктурної спроможності здійснюється на основі комбінованого дослідження із використанням результатів загальнонаціонального неймовірнісного опитування та серії глибоких напів-структурованих інтерв'ю, з подальшим використанням моделі розриву регресії для регіону імплементації пілотного проекту з аеромедичної евакуації.

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Питання універсальних індикаторів або маркерів інфраструктурної спроможності держави не полишає академічну дискусію протягом багатьох десятиліть.

Їхня сумарна кількість наближається до 100, прикладом відносно вдалої спроби групування цих показників може бути праця Hendrix (2010), хоча з огляду на згадану вище відсутність єдиної дефініції поняття «державна спроможність», багаторазово підкреслену у різних публікаціях (Rodriquez&Centeno, 2012; Lindwall&Teorell, 2016; Centeno et al. 2017), створення універсальної класифікації її потенційних характеристик не видається можливим.

Найбільш узагальнено розуміння спроможності держави можна звести до формулювання запропонованого Cingolani – здатності держави реалізовувати свої цілі (2013). Hanson&Sigman, розглядаючи класичні підходи, пропонують комплексне та компромісне тлумачення спроможності держави як: “здатності захищатись від зовнішніх загроз (Tilly, 1990), утримувати правопорядок на своїй території, здатності адмініструвати та утримувати базову, необхідну для економічної діяльності інфраструктуру (Mann,1984) та здатності збирати податки (Levi 1988; North 1981;Tilly 1990)” (2020, p.5). Інакше ці компоненти називають вимірами державної спроможності – примусовим, адміністративно-бюрократичним та екстрактивним (Hanson&Sigman, 2020, p.8).

Адміністративний вимір власне ототожнюють з інфраструктурною спроможністю. Mann (1993, p.59) визначає останню як чітко окреслену кордонами «інфраструктурну силу – інституційну здатність центральної держави проникати на свою територію і логістично втілювати рішення». Він також запекло опонує спробі Soifer&Hau (2008) поєднати зі своїм просторовим розумінням інфраструктурної спроможності соціальне, заперечуючи існування «якоїсь єдиної сутності, яку б ми могли назвати «суспільством» (2008, p. 358), і стверджуючи натомість, що з державою взаємодіють радше окремі групи громадян, зацікавлені у реалізації тих чи інших політик.

Значна частина дослідників включають до ознак адміністративної (бюрократичної) спроможності держави забезпечення якісних послуг у сфері охорони здоров'я. Так, Dimitrova et al. операціоналізують державну спроможність у сфері надання суспільних послуг через якість поштового сполучення, системи освіти та системи охорони здоров'я (2021), Soifer пропонує рівень охоплення вакцинацією як показник здатності ефективного адміністрування (2012), а згодом Soifer&Luna відмовляються від проксі індикаторів спроможності чи показників результативності на користь опитування громадян конкретних регіонів щодо їхнього досвіду взаємодії з державою (2019) – наприклад, спроможність держави гарантувати безпеку автори операціоналізують через очікуваний час прибуття поліції. Ці аргументи закладають підвалини для феноменологічного повороту в концептуалізації спроможності держави, тобто вивчення того, яким чином громадяни сприймають роль держави у своєму житті

та як це сприйняття впливає на їхню подальшу поведінку – від політичної лояльності до участі у виборах. Доповнюючи цю думку зауважимо, що з феноменологічної перспективи спроможність держави прийнято тестувати саме через сприйняття громадянами якості надання «публічних послуг» – у момент безпосередньої взаємодії з нею.

Державну спроможність у розрізі розподілу публічних благ складно на практиці відрізнити від ефективного врядування. Хоча Kurtz & Schrank (2007) застерігають від суб'єктивності сприйняття та когнітивного упередження в опитуваннях щодо факторів, які аналізують як маркери ефективного урядування, ідея оцінювати успішність держави у втіленні публічних політик на основі сприйняття громадянами результатів урядування має багато прихильників (наприклад Nixon, 2017, Van de Walle & Scott, 2011). Проміжний висновок з цієї дискусії можна підсумувати словами: «Публічні послуги – це спосіб держави зробитись видимою для своїх громадян, тобто їх безпосередній зв'язок із державою» (Van de Walle & Scott, 2011, p.5). Саме тому дослідження, які розглядають державну спроможність з її феноменологічної перспективи, є вагомою альтернативою нормативних чи результативних індикаторів.

Окремо варто зауважити, що ані складність вимірювання, ані множинність трактувань не завадили концепції державної спроможності тріумфально повернутись в академічний дискурс суспільних наук. Після тривалого періоду непопулярності «сильної держави» на тлі глорифікації «громадянського суспільства», протягом останніх десятиліть її потенціал вважається багатьма дотичними до теми науковцями ключем до демократизації та переходу неконсолідованих демократій з третього в перший світ (Hanson & Sigman, 2020; Enriquez & Centeno, 2012; Soifer & Nau, 2008).

Додатково також відзначимо, що хоча наведена вище класична комбінація вимірів державної спроможності в теорії ідеально поділена на три незалежні сутності, що не перетинаються, на практиці (а також в окремій гілці академічної дискусії – Levi (1988), Gurr (1988), Fjelde & Soysa (2009) як мінімум два виміри – адміністративний та фінансовий тісно переплітаються і їхня спільна оцінка часто має глибокий сенс. Це дозволяє нам обґрунтовано розглянути у рамках роботи ГЕМС у розрізі фінансової спроможності держави: як приклад ефективного врядування ця політика може слугувати інструментом підсилення мотивації до сплати податків.

Брак консенсусу в академічній літературі наштовхує на думку про доцільність окремого аналізу ГЕМС з точки зору її сприйняття як компонента ефективного урядування для української системи охорони здоров'я/маркера інфраструктурної державної спроможності. Наведені вище підходи до розуміння державної спроможності загалом та аргументи щодо її значення для існування й еволюції

неконсолідованих демократій зокрема, дають нам підстави сформулювати дослідницьке питання таким чином: «Чи впровадження ГЕМС може субстантувати для громадян України їхню державу?».

ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

Ключові поняття дослідження концептуалізовано наступним чином:

спроможність держави – здатність держави впроваджувати дорогі та високотехнологічні політики на своїй території;

інфраструктурна спроможність держави – здатність забезпечувати громадянам якісні медичні послуги своєчасно та рівною мірою;

сприйняття інфраструктурної спроможності – атрибування організації надання медичної допомоги державі;

мотивація щодо сплати податків (tax compliance) – стимули, які створюють додаткове внутрішнє обґрунтування необхідності сплати податків;

гелікоптерна екстрена медична служба (ГЕМС) – підрозділи аеромедичної евакуації у системі екстреної медичної допомоги.

Опрацьована теоретична література та операціоналізція нашого дослідницького питання дає підстави висунути базову гіпотезу, що після впровадження **ГЕМС сприймається громадянами як маркер інфраструктурної спроможності держави**. Оскільки ми застосовуємо класичний підтверджувальний дизайн (confirmatory research), доцільним є використати дизайн роботи із нульовою гіпотезою. Відповідно,

H0 ГЕМС не сприймається як маркер інфраструктурної спроможності держави

H1 ГЕМС сприймається як маркер інфраструктурної спроможності держави

Для безпосереднього тестування базової гіпотези її було операціоналізовано шляхом формулювання двох проміжних гіпотез (кожна з яких також має нульову):

1) H 01.0 ГЕМС не асоціюється із компонентами інфраструктурної спроможності

H 01.1 ГЕМС асоціюється із окремими компонентами інфраструктурної спроможності (робочий перелік тестованих компонентів додається)

2) H 02.0 Імплементация ГЕМС не змінює сприйняття державної

спроможності в окремо взятому регіоні впровадження ГЕМС

Н 02.1 Імплементація ГЕМС змінює сприйняття державної

спроможності в окремо взятому регіоні впровадження ГЕМС

У розрізі проміжної гіпотези Н 01.1 **компонентами**, що розглядаються є:

здатність втілювати високотехнологічні та дорогі політики у сфері охорони здоров'я;

здатність забезпечувати рівний доступ до гарантованої законодавством медичної допомоги на національному рівні;

здатність забезпечувати рівний доступ до гарантованої законодавством медичної допомоги на регіональному рівні;

високим рівнем організації системи екстреної медичної допомоги та системи охорони здоров'я;

здатністю стимулювати мотивацію до сплати податків на національному/субнаціональному рівні.

Генеральна сукупність дослідження – політично дієздатне населення України (виборці), понад 34 мільйони осіб (за даними Держстату, чисельність постійного населення України у віці 18 років та більше станом на 1 січня 2020 року складала 34 198 849 осіб). Вибірка – щонайменше 2000 осіб віком 18 років та більше, обов'язковий кластер респондентів з регіонів, залучених до пілотного проекту з впровадження ГЕМС та демографічна структура, що відповідає основним демографічним характеристикам генеральної сукупності. Соціально-демографічні характеристики генеральної сукупності та вибірки наведено у порівняльній таблиці в розділі Результати.

У дослідженні використовується поєднання якісних та кількісних інструментів:

- неймовірнісне загальнонаціональне напіввідкрите онлайн опитування;
- напів-структуровані стенографовані інтерв'ю (ланцюговою вибіркою) для інформантів різних регіонів;
- контент-аналіз (медіа-моніторинг) згадок про пілотний проект з аеромедичної евакуації у засобах масової інформації/соціальних мережах.

Бланк опитування (та відповідне посилання на його електронну форму), а також гайд для інтерв'ю наведено у додатках. У розділі Результати формулювання питань

опитування будуть наведені у редукованій версії, яка відрізняється від варіанту, запропонованого респондентам.

Незалежною змінною у дослідженні вважається наявність ГЕМС як компонента екстреної медичної допомоги системи охорони здоров'я, залежними змінними - сприйняття інфраструктурної спроможності держави та консеквентна мотивація щодо сплати податків.

Дизайн дослідження передбачав використання аналізу дескриптивної статистики для результатів усієї вибірки (з урахуванням табличних значень похибок для заданого довірчого інтервалу 0,95 та дизайн-ефекту 1,5) з подальшим використанням методу випадкового контрольованого експерименту (randomized controlled trial) для тестування другої альтернативної проміжної гіпотези ($H_{02.1}$). У рамках RCT заплановано було виділити регіон інтервенції (Львів та області Західного регіону, залучені до пілотного проекту) та регіони порівняння (регіони, не включені до пілотного проекту з аеромедичної евакуації), проаналізувати отримані результати з проведенням статистичних тестів (X^2 -тестів на незалежність) для перевірки альтернативних гіпотез. Результати опитування регіону інтервенції також заплановано було порівняти у розрізі часу на початку (контрольний зріз до інтервенції) та наприкінці (контрольний зріз максимально відтермінований від моменту інтервенції) дослідження.

Відтермінування початку та імплементація суттєво звуженої версії пілотного проекту з аеромедичної евакуації (1 квітня 2021 року, лише для Львова та Львівської області, з рядом додаткових обмежень) призвели до зміни початкового дизайну дослідження. Від RCT для регіонів впровадженого пілотного проекту/регіонів порівняння було вирішено відмовитись на користь методу розриву регресії (regression discontinuity design), використаного для аналізу результатів опитування не-медиків регіону Львів, отриманих до та після інтервенції (у I та II фази дослідження).

Тестування першої альтернативної проміжної гіпотези ($H_{01.1}$) у підсумку здійснено на основі аналізу дескриптивної статистики для набору даних, отриманих до 1 квітня 2021 року (у тому числі для Lviv порівняно із other West/Kyiv/other Ukraine за професійними підгрупами) та проведенням X^2 -тестів на незалежність із визначенням сили встановленого статистично суттєвого зв'язку через V Крамера для різних професійних підгруп.

Для перевірки першої проміжної гіпотези щодо компоненту “мотивація до сплати податків” було проведено 16 напів-структурованих глибинних інтерв'ю та аналіз дескриптивної статистики для усієї вибірки за тематичними питаннями.

Інтервенція у початковому розумінні дизайну дослідження – впровадження пілотного проекту з аеромедичної евакуації 1 лютого 2021 року та початок його

ефективної роботи і, як наслідок, афективна візуалізація у засобах масової інформації/соціальних мережах та вплив на суспільну свідомість. Визначення інтервенцій для практично реалізованої версії дизайну I та II фаз дослідження наведено у розділі Результати.

В якості контролю за етапами перебігу інтервенції було проведено контент-аналізу (поверхневий медіа-моніторинг) повідомлень у засобах масової інформації/соціальних мережах щодо афективної візуалізації ГЕМС у ЗМІ (контрольний зріз до інтервенції та на момент завершення дослідження).

РЕЗУЛЬТАТИ

Результати загальнонаціонального опитування

Загальнонаціональне електронне напіввідкрите опитування проводилось у дві фази: з 18.03.2021 року по 30.03.2021 року та з 05.04.2021 року по 21.04.2021 року. Посилання на опитування, розроблене за допомогою застосунку Google forms, поширювалось у соціальній мережі Facebook, застосунках Viber та WhatsApp, а також через лінки у чаті zoom-конференцій. Вибірка формувалась методом «снігової кулі» через мережу особистих контактів та із залученням респондентів окремих кластерів – служб екстреної медичної допомоги різних регіонів, професійних товариств (наприклад ГО «Асоціація амбулаторної медицини»), педагогічних та студентських колективів університетів, колективів військових частин та державних службовців профільного центрального органу виконавчої влади тощо. Загалом у дослідженні взяло участь 2237 респондентів (2006 у першій фазі та 231 у другій фазі), віком від віком від 18 до 80 років з усіх адміністративно-територіальних одиниць України, у тому числі 2 респондентів з тимчасово окупованої Автономної Республіки Крим. Найбільша кількість опитаних вказали своїм місцем проживання Львівську, Донецьку, Київську області, а також місто Київ – 45,5%, 7,2%, 5% та 17,2% відповідно.

4,6 % респондентів підтвердили, що живуть у важкодоступних районах, 1,3% вагаються із окресленням свого місця проживання як складнодоступного.

Порівняння демографічних та соціологічних параметрів вибірки та генеральної сукупності наведено у Таблиці 1.

Таблиця 1. Порівняльна характеристика соціально-демографічних параметрів генеральної сукупності та вибірки дослідження.

Характеристика	Генеральна сукупність, %	Вибірка, %
Розподіл за статтю:		
жінок	54,8	65,3
чоловіків	45,2	34,7
Розподіл за рівнем освіти:		
повна загальна середня	20,1	12,1
професійна	27,5	18,7
вища	30,9	60,3
вища з науковим ступенем	1,2	6
здобувач/ка вищої освіти	3,9	1,7
Розподіл за місцем проживання:		
село	30,7	21,9
місто	69,3	78,1
Розподіл за місцем роботи:		
у сфері охорони здоров'я	1,16	22
у системі екстреної медичної допомоги	0,04	41,8
поза сферою охорони здоров'я	98,8	32,8
Середній вік, років	41,8*	41,1**
Медіанний вік, років	41,4*	40**

*постійне населення усіх вікових груп

**вибірка складається з дорослих респондентів

Динаміку тестування проілюстровано Діаграмою 1.



Результати I фази дослідження

Результати опитування I фази дослідження було опрацьовано в Excel з формуванням (після попередньої транслітерації та видалення дубльованих спостережень) 6 проміжних наборів даних для Львова та Львівської області (Lviv, регіон Львів), Західного регіону (other West, регіон Захід), Києва та Київської області (Kyiv, регіон Київ), інших регіонів (other Ukraine, регіон Інші), складної локації (dlocation) та впливу медіа (Media), перші чотири з яких було також поділено на підгрупи за працевлаштуванням на респондентів, що працюють у сфері екстреної медичної допомоги (ЕМД – work emergency medicine – wem), працюють у сфері охорони здоров'я за межами системи екстреної медичної допомоги (медики – work health care – whc) та не працюють у сфері охорони здоров'я (не-медики – do not work health care – dnwhc).

У проміжних даних регіон Львів виокремлено як адміністративно-територіальну одиницю, в якій розпочалась імплементація пілотного проекту; other West – Волинську, Тернопільську, Закарпатську, Івано-Франківську та Чернівецьку області як такі, що відповідно до дизайну державної політики будуть залучатись до пілотного проекту та близькі за соціо-культурними характеристиками до регіону Львів; Kyiv як регіон, що нормативно має бути залучено до пілотного проекту з аеромедичної евакуації, проте на момент дослідження інтервенція в якому ще не відбулася та other Ukraine для всіх адміністративно-територіальних одиниць, не залучених до пілотного проекту.

Потреба поділу на професійні підгрупи виникла внаслідок згаданого вище відтермінування початку пілотного проекту: інформація про його впровадження нерівномірно поширювалась у професійній медичній спільноті (переважно була доступною працівникам системи екстреної медичної допомоги), а для більшості громадян до початку пілотного проекту була «декларацією про наміри» уряду, що могло суттєво вплинути на «сприйняття» політики та результати тестування.

Фактично у першому випадку підгрупу Lviv wem було потрактовано як вибірку інтервенції і отримані для неї результати опитування порівнювались із іншими професійними підгрупами для всіх регіонів – вибірками порівняння, які у моделі інтервенції було визначено як Lviv whc, Lviv dnwhc, Kyiv wem, other Ukraine wem. Дескриптивну статистику було виконано в Excel, статистичну значимість отриманих результатів – перевірено χ^2 -тестами, силу виявленого зв'язку визначено через обчислення V Крамера та подальшою інтерпретацією отриманих результатів за шкалою, запропонованою Rea&Parker (1992).

Загальні результати для вибірки I фази дослідження наведено у Таблиці 2:

Таблиця 2. Результати опитування усіх респондентів I фази дослідження				
	спроможна/ свідчить, так, добре,%	неспроможна/ не свідчить, ні, погано %	не визначились, %	інше,%
здатність України втілювати сучасні та дорогі проекти у сфері ОЗ	51,6±3,4	31,9±3,4	15,2±3,4	1,4±3,4
ГЕМС свідчить про успішне втілення високовартісних проектів	66,3±3,4	21,4±3,4	11,1±3,4	1,1±3,4
ГЕМС посилює відчуття рівності доступу до медичних послуг	65,2±3,4	21,1±3,4	12,4±3,4	1,2±3,4
ГЕМС свідчить про високий рівень розвитку екстреної медичної допомоги	67,9±3,4	23,9±3,4	6,7±3,4	1,5±3,4
ГЕМС ознака добре розвиненої системи охорони здоров'я	41,8±3,4	47,51±3,4	9,82±3,4	0,84±3,4

податки обов'язкові до сплати	53,8±3,4	1,59±3,4	1,45±3,4	43,2±3,4 якісні послуги
ГЕМС як політика варта податків	62,3±3,4	18,3±3,4	17,9±3,4	1,6±3,4
рівень розвитку системи ОЗ	8,17±3,4	83,7±3,4	5,4±3,4	2,6±3,4
ГЕМС свідчить про розвиток системи ОЗ	41,5±3,4	47,5±3,4	9,8±3,4	0,8±3,4
ГЕМС – своєчасніша допомога в горах	92,17±3,4	2,49±3,4	5,3±3,4	-
ГЕМС як фактор відпочинку в горах	27,3±3,4	0,8±3,4	29,3±3,4 не відпочивають	42,3±3,4 не впливає

Дескриптивні статистичні показники результатів загальних та анкерних для першої проміжної альтернативної гіпотези питань за професійними підгрупами та регіонами представлено у Таблицях 3-8, вихідні дані – у додатках. Асоціативні зв'язки ГЕМС зі здатністю втілювати дорогі політики тестуються анкерним питанням Q2, з більшою рівністю у доступі до медичної допомоги – Q6, з високим рівнем розвитку екстреної медичної допомоги – Q7, з добре розвинутою системою охорони здоров'я – Q 12, з більшою регіональною рівністю у доступі до медичної допомоги – Q14.

Q1	Lviv,%	other West,%	Kyiv ,%	other Ukraine %	
загальна:					
не знаю	15,9	10	13,4	16,3	
ні	19,9	37,1	47,6	37,2	
інше	0,7	2,1	1,8	2,0	
так	63,7	50,7	37,1	44,4	
не-медики:					
не знаю	14,0	13,6	13,8	16,5	
ні	32,5	45,7	51	46,0	
інше	3,51	1,7	1,7	4,3	
так	50	38,9	33,5	32,5	
медики:					
не знаю	10,9	10,7	12,7	17,8	
ні	28,7	37,5	40,9	38,2	

інше	*	3,6	2,8	0,6	
так	60,5	48,2	43,7	43,3	
працівники ЕМД					
не знаю	17,3	16,0	9,5	14	
ні	16,1	*	14,3	27,2	
інше	0,3	*	*	1,0	
так	66,3	84	76,2	56,9	

Показники тестування отриманих результатів опитування χ^2 -тестами незалежності та обчислені показники V Крамера наведено в Таблиці 3.1.

Таблиця 3.1. Статистична перевірка зв'язків для Q1.				
Q1	Lviv wem	Lviv general	Lviv dnwhc	Lviv whc
Lviv				
загальна	-	-	-	-
не-медики	$X^2=31,5058$ P value .00001 V=0,2	-	-	$X^2=4,1687$ P value . 24381
медики	$X^2=13,2688$ P value .00409 V=0,13	-		-
працівники ЕМД	-	-		$X^2=13,2688$ P value .00409 V=0,13
other West				
загальна		$X^2=25,083$ Pvalue.0000015 V=0,16		-
не-медики				-
медики		-	-	-
працівники ЕМД	$X^2=3,3302$ P value .34346	-	-	-
Kyiv				
загальна		$X^2=119,9778$ P value .00001 V=0,29	-	-

не-медики		-	X ² =13,8513 P value .003115 V=0,17	-
медики		-	-	-
працівники ЕМД	X ² =9,7922 Pvalue.020889 V=0,12	-	-	-
other Ukraine				
загальна	-	X ² =9,5022 P value .023308 V=0,08		-
не-медики	-	-	X ² =9,5022 P value .023308 V=0,08	-
медики		-	-	-
працівники ЕМД	X ² =252,6831 P value .00001 V=0,54	-	-	-

Таблиця 4. Асоціативний зв'язок між ГЕМС та здатністю втілювати дороговартісні політики у сфері охорони здоров'я.

Q2	Lviv,%	other West,%	Kyiv ,%	other Ukraine %	
загальна:					
не знаю	8,9	13,6	10,2	15	
ні	14,4	18,6	32,2	25,2	
інше	3	1,43	2,3	1,3	
так	76,4	66,4	55,3	58,5	
не-медики:					
не знаю	5,3	16,9	10	11,2	
ні	24,6	25,4	33,5	28,7	
інше	0,9	0	2,9	2,1	
так	69,3	57,6	53,6	57,9	
медики:					
не знаю	6,2	12,5	12,7	14,7	
ні	20,9	14,3	28,2	21,6	
інше	0	3,6	0	1,3	
так	72,9	69,6	59,2	62,4	
працівники ЕМД					
не знаю	10	8	4,8	18,9	
ні	11,4	12	23,8	24,6	

інше	0,3	0	0	0,51	
так	78,3	80	71,4	55,9	

Показники тестування отриманих результатів опитування X^2 -тестами незалежності та обчислені показники V Крамера наведено в Таблиці 4.1.

Таблиця 4.1. Статистична перевірка зв'язків для Q2.				
Q2	Lviv wem	Lviv general	Lviv dnwhc	Lviv whc
Lviv				
загальна	-	-	-	-
не-медики	$X^2=16,8241$ P value .000768 V=0,15	-	-	-
медики	$X^2=10,2178$ Pvalue .016802 V=0,2	-	$X^2=0,5577$ P value .906046	-
працівники ЕМД	-	-	$X^2=16,8241$ P value .000768 V=0,15	$X^2=10,2178$ P value .016802 V=0,2
other West				
загальна	$X^2=11,0884$ P value .011257 V=0,12	$X^2=8.8146$ P value .031861 V=0,09	$X^2=5,7053$ P value .126862	-
не-медики	$X^2=16,2027$ P value .00103 V=0,15		$X^2=6.7412$ P value .080619	-
медики	$X^2=11.0079$ P value .011683 V=0,12	-	-	-
працівники ЕМД	$X^2=38.6652$ P value .062954	-	-	-
Kyiv				
загальна	$X^2=87,31$ Pvalue<0.00001 V=0,28	$X^2=76.9884$ Pvalue<0.00001 V=0,24	-	-
не-медики	$X^2=91.0446$ Pvalue<0.00001 V=0,3	-	$X^2=9.5322$ P value .022991 V=0,14	-
медики	$X^2=19.0035$ P value .000273 V=0,14	-	-	-

працівники ЕМД	X ² =11.9312 P value .007622 V=0,24	-	-	-
other Ukraine				
загальна	X ² = 58.5434 Pvalue<0.00001 V=0,22	X ² =52,4267 Pvalue<0.00001 V=0,19		-
не-медики	X ² =43,9863 Pvalue<0.00001 V=0,23	-	X ² =5,3534 P value .147672	-
медики	X ² =19.1114 P value .000259 V=0,15	-	-	-
працівники ЕМД	X ² =38.6652 Pvalue<0.00001 V=0,21	-	-	-

Таблиця 5. Асоціативне сприйняття ГЕМС як компонента, що збільшує рівність у доступі до медичної допомоги

Q6	Lviv,%	other West,%	Kyiv ,%	other Ukraine %	
загальна:					
не знаю	10,4	14,3	13,8	14,1	
ні	17,6	12,1	25,8	24,8	
інше	0,7	3,6	1,8	1,3	
так	71,3	70	58,5	59,8	
не-медики:					
не знаю	8,8	16,9	14,3	15,4	
ні	29,8	15,3	24,4	25	
інше	1,8	3,4	2	2,1	
так	59,6	64,4	59,3	57,4	
медики:					
не знаю	9,3	16,1	14,1	10,8	
ні	23,3	12,5	25,4	22,9	
інше	1,6	1,8	1,4	1,3	
так	65,9	69,6	59,1	64,9	
працівники ЕМД					
не знаю	10,9	4	4,8	15,3	
ні	14,3	4	52,4	26,1	
інше	0,3	8	*	0,5	
так	74,3	84	42,9	57,9	

Показники тестування отриманих результатів опитування χ^2 -тестами незалежності та обчислені показники V Крамера наведено в Таблиці 5.1.

Таблиця 5.1. Статистична перевірка зв'язків для Q6.				
Q6	Lviv wem	Lviv general	Lviv dnwhc	Lviv whc
Lviv				
загальна	-	-	-	-
не-медики	$\chi^2=21,0402$ P value .000103 V=0,17	-		
медики	$\chi^2=9,8984$ P value .01945 V=0,11	-	-	-
працівники ЕМД	-	-	$\chi^2=21,0402$ Pvalue.000103 V=0,17	$\chi^2=9,8984$ P value .01945 V=0,11
other West				
загальна	$\chi^2=15,895$ P value .001192 V=0,14			-
не-медики	$\chi^2=11,6988$ P value .00849 V=0,13			-
медики		-	-	-
працівники ЕМД	$\chi^2=27,6133$ Pvalue<0.00001 V=0,2	-	-	-
Kyiv				
загальна	$\chi^2=36,2364$ Pvalue<0.00001 V=0,05		-	-
не-медики		-		-
медики		-	-	-
працівники ЕМД		-	-	-
other Ukraine				
загальна	$\chi^2=32,153$ Pvalue<0.00001 V=0,16			-
не-медики		-		-

медики		-	-	-
працівники ЕМД	X ² =20,4425 Pvalue.000137 V=0,15	-	-	-

Таблиця 6. Асоціативне сприйняття ГЕМС як ознаки розвитку системи екстреної медичної допомоги

Q7	Lviv,%	other West,%	Kyiv ,%	other Ukraine %	
загальна:					
не знаю	4,7	8,6	6,6	10,2	
ні	16,4	25	34,5	26,5	
інше	0,9	2,1	2	1,9	
так	77,9	64,3	56,9	61,5	
не-медики:					
не знаю	7,9	5,1	6,9	10,1	
ні	31,6	37,3	35,5	30,3	
інше	2,6	3,4	2	2,1	
так	57,9	54,2	55,6	57,4	
медики:					
не знаю	3,9	14,3	7	18,9	
ні	22,5	21,4	32,4	19,7	
інше	1,5	1,8	2,7	1,9	
так	72	62,5	57,7	69,4	
працівники ЕМД					
не знаю	4,3	4	23,8	11,2	
ні	12,6	4	*	28,2	
інше	0,6	*	*	1,5	
так	82,5	92	76,2	58,9	

Показники тестування отриманих результатів опитування X²-тестами незалежності та обчислені показники V Крамера наведено в Таблиці 6.1.

Таблиця 6.1. Статистична перевірка зв'язків для Q7.

Q7	Lviv wem	Lviv general	Lviv dnwhc	Lviv whc
Lviv				
загальна	-	-	-	-

не-медики	X ² =37,2166 Pvalue<0.00001 V=0,22	-	-	-
медики	X ² =10,1234 Pvalue .017546 V=0,11	-	X ² =5,7777 Pvalue .122941	-
працівники ЕМД	-	-		
other West				
загальна	X ² =24,2076 Pvalue .000023 V=0,17			-
не-медики			X ² =0,9897 Pvalue .803741	-
медики		-	X ² =3,1524 Pvalue .368722	-
працівники ЕМД	X ² =5,2701 Pvalue .153051	-	-	-
Kyiv				
загальна	X ² =90,2573 Pvalue<0.00001 V=0,29		-	-
не-медики	X ² =87,9793 Pvalue<0.00001 V=0,29	-	X ² =0,7504 Pvalue .861282	-
медики		-	-	-
працівники ЕМД	X ² =6,1206 Pvalue .105887	-	-	-
other Ukraine				
загальна	X ² =67,1941 Pvalue<0.00001 V=0,24			-
не-медики		-	X ² =0,4912 Pvalue .920822	-
медики		-	-	-
працівники ЕМД	X ² =47,6727 Pvalue<0.00001 V=0,24	-	-	-

Таблиця 7. Асоціативне сприйняття ГЕМС як ознаки розвитку системи охорони здоров'я

Q12	Lviv,%	other West,%	Kyiv ,%	other Ukraine %
-----	--------	--------------	---------	-----------------

загальна:					
не знаю	10,9	9,3	8,6	9,1	
ні	42,3	46,4	55,6	50,4	
інше	0,2	2,1	1,1	1,3	
так	46,6	42,1	39,2	39,2	
не-медики:					
не знаю	9,7	10,2	9,5	6,9	
ні	53,5	47,5	55,0	49,5	
інше	*	1,7	0,9	1,1	
так	36,8	40,7	34,7	42,6	
медики:					
не знаю	10,9	8,9	7,0	7,6	
ні	45,7	48,2	60,6	45,2	
інше	0,8	*	*	1,9	
так	42,6	42,9	32,4	45,2	
працівники					
ЕМД	11,1	8	*	12,3	
не знаю	39,8	40	47,6	55,4	
ні	0,2	8	9,5	1,0	
інше	49,1	44	42,9	31,3	
так					

Показники тестування отриманих результатів опитування χ^2 -тестами незалежності та обчислені показники V Крамера наведено в Таблиці 7.1.

Таблиця 7.1. Статистична перевірка зв'язків для Q12.				
Q12	Lviv wem	Lviv general	Lviv dnwhc	Lviv whc
Lviv				
загальна	-	-	-	-
не-медики	$\chi^2=9,6384$ Pvalue.021904 V=0,12	-	-	$\chi^2=1,3367$ Pvalue .0720432
медики	-	-	$\chi^2=1,3367$ P value .0720432	-
працівники ЕМД	-	-	-	$\chi^2=3,5666$ P value .312224
other West				
загальна	-	$\chi^2=10,6082$ Pvalue.0014045	-	-

		V=0,1		
не-медики				-
медики	-	-	-	-
працівники ЕМД	-	-	-	-
Kyiv				
загальна	-	X ² =27,2418 Pvalue .000001 V=0,14	-	-
не-медики		-		-
медики		-	-	-
працівники ЕМД	X ² =39,8662 Pvalue .00001 V=0,24	-	-	-
other Ukraine				
загальна		X ² =16,3495 Pvalue .000001 V=0,11		-
не-медики		-		-
медики		-	-	-
працівники ЕМД	X ² =22,6453 Pvalue.000048 V=0,16	-	-	-

Таблиця 8. Асоціативне сприйняття ГЕМС як компонента, що забезпечує більшу регіональною рівність у доступі до медичної допомоги

Q14	Lviv,%	other West,%	Kyiv ,%	other Ukraine %	
загальна:					
не знаю	3,7	4,3	5,2	8,3	
ні	2,8	2,1	2,3	2,2	
так	93,6	93,6	92,5	89,4	
не-медики:					
не знаю	1,8	5,1	4,9	5,3	
ні	2,6	*	2,0	1,6	
так	95,6	94,92	93,1	93,1	
медики:					

не знаю	4,7	5,4	8,5	5,1	
ні	2,3	5,4	2,8	2,6	
так	93,0	89,3	88,7	92,4	
працівники ЕМД					
не знаю	3,8	*	*	13,8	
ні	2,9	*	4,8	2,6	
так	93,3	100	95,2	83,6	

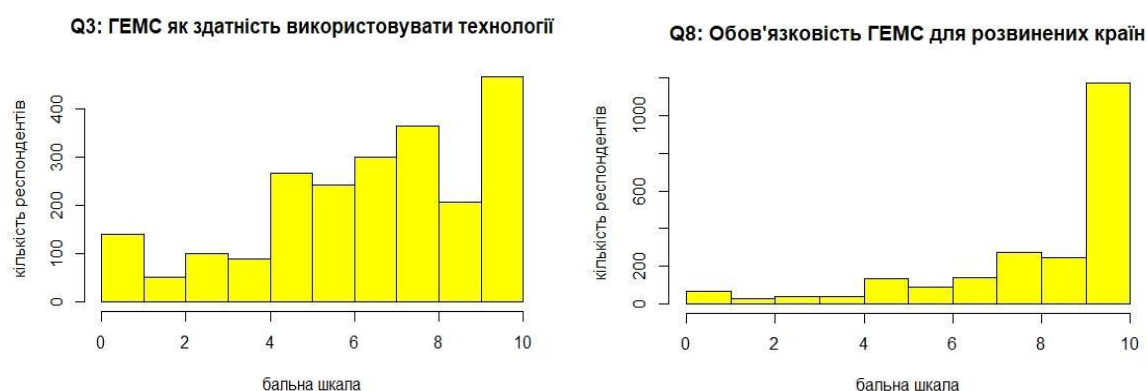
Показники тестування отриманих результатів опитування χ^2 -тестами незалежності та обчислені показники V Крамера наведено в Таблиці 9.1.

Таблиця 8.1. Статистична перевірка зв'язків для Q14.				
Q14	Lviv wem	Lviv general	Lviv dnwhc	Lviv whc
Lviv				
загальна	-	-	-	-
не-медики	$\chi^2=3,1904$ $P\ value .363192$	-	-	
медики	-	-	-	-
працівники ЕМД	-	-	-	
other West				
загальна	-	$\chi^2=0,3054$ $Pvalue.858374$	-	-
не-медики	-		-	
медики		-	-	$\chi^2=0,9648$ $P\ value.617288$
працівники ЕМД	-	-	-	-
Kyiv				
загальна	-	$\chi^2=2,0376$ $Pvalue.361034$	-	-
не-медики	-	-		-
медики	-	-	-	-
працівники ЕМД		-	-	-
other Ukraine				
загальна		$\chi^2=14,6317$ $Pvalue.000665$ $V=0,01$		-
не-медики		-		-
медики		-	-	-
працівники ЕМД	$\chi^2=26,5235$	-	-	-

Pvalue<0,00001
V=0,18

Встановлено несуттєві статистично значимі відмінності у результатах для загальних підмножин респондентів регіону Львів та Інших регіонів та слабкий статистично значимий зв'язок результатів підмножин працівників екстреної медичної допомоги регіону Львів та Інших регіонів.

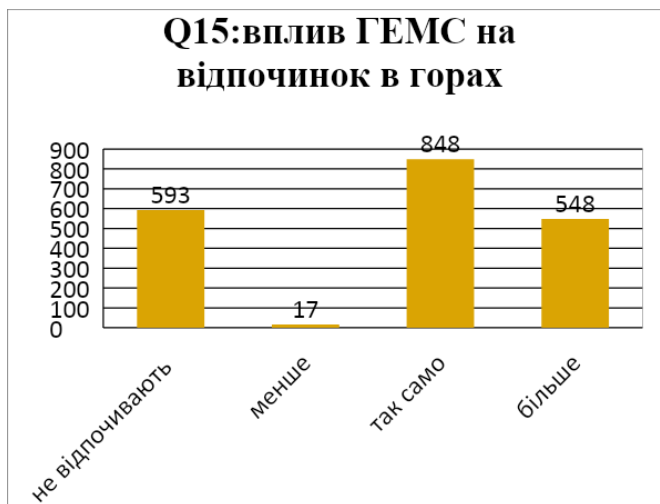
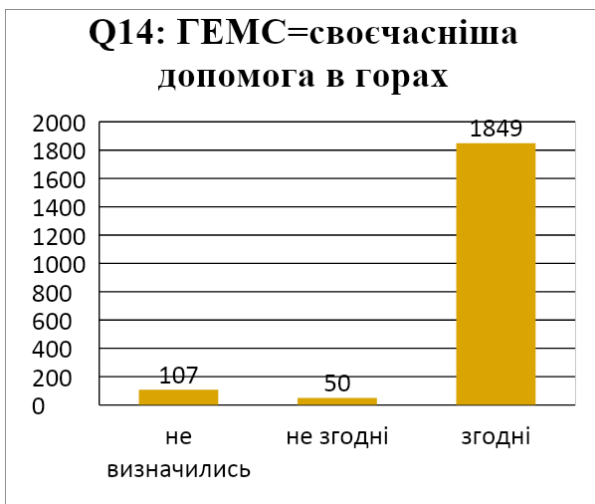
Результати для Q3 («наскільки ГЕМС означає здатність держави використовувати складні технології?») та Q8 («наскільки ГЕМС обов'язковий для охорони здоров'я розвинених країн?») візуалізовано діаграмами:



Показники дескриптивної статистики для Q3 та Q8 наведено у Таблиці 9.

Таблиця 9. Описова статистика результатів опитування за Q3 та Q8.				
	Q3, бали	Кількість респондентів, які обрали відповідь, %	Q8, бали	Кількість респондентів, які обрали відповідь, %
Мінімальне значення	0	4,2	0	1,9
1 квартиль	5	12	8	12,3
Медіана	7	13,4	10	52,8
Середнє значення	6,79		8,38	
Мода	10	20,9	10	52,8
3 квартиль	9	9,4	10	52,8
Максимальне значення	10	20,9	10	52,8

Сприйняття ГЕМС у контексті рівного доступу до гарантованих якісних медичних послуг на регіональному рівні додатково проілюстровано результатами опитування на Діаграмах 2 та 3.



У випадку впровадження ГЕМС 27,1±3,4% респондентів готові будуть відпочивати в горах частіше, 41,8±3,4% не змінять своїх рекреаційних звичок, а 27,9% ±3,4% опитаних загалом надають перевагу іншим видам відпочинку.

Для тестування мотивації щодо сплати податків у контексті впровадження ГЕМС до онлайн-ової форми опитування було включено питання Q9 та Q 10: на запитання «Чи повинні громадяни сплачувати податки?» 53,8±3,4 % респондентів відповіли «неодмінно», 1,6±3,4 % респондентів – «категорично ні», 43,2±3,4 % опитаних умовою сплати податків вважають надання державою якісних послуг, а 1,45±3,4 % – не визначились. Також на запитання щодо готовності вкладати кошти платників податків у придбання медичних гелікоптерів для системи охорони здоров'я 60,3±3,4 % респондентів відповідають ствердно, 17,2% опитаних не згодні з таким напрямком використання коштів, а 1,8% не визначились. Результати з урахуванням різних професійних та регіональних підгруп наведено у Таблиці 10.

Таблиця 10. ГЕМС у контексті використання коштів платників податків

Q10	Lviv,%	other West,%	Kyiv ,%	other Ukraine %	dlocation, %
загальна:					
не знаю	17,8	16,4	17,9	18,7	15,8
ні	17,5	10,7	13,2	21,2	12,9
інше	0,7	2,1	3,4	1,5	*
так	64,0	70,7		54,6	71,3

не-медики:					
не знаю	16,7	16,9	18,3	15,9	
ні	17,5	10,2	13,1	17,0	
інше	0,9	3,4	3,4	3,2	
так	64,9	69,5	65,0	63,8	
медики:					
не знаю	13,9	21,4	15,5	17,8	
ні	20,9	12,5	12,7	22,3	
інше	0,8	*	4,2	*	
так	64,3	66,1	67,6	59,9	
працівники					
ЕМД	18,7	4	19,0	22,1	
не знаю	16,9	8	14,3	35,4	
ні	0,6	12	*	1,0	
інше	63,8	76	66,7	41,5	
так					

Встановлено статистично значиму відмінність результатів опитування за Q10 для підмножини dlocation (складнодоступні локації) та Інші регіони (other Ukraine) зі слабкою силою взаємодії ($X^2= 10,1253$, p value .01753, V=0,12).

За результатами опрацювання даних загальнонаціонального нерепрезентативного онлайн опитування, альтернативна проміжна гіпотеза *H 01.1* підтверджується для ГЕМС та асоціативної спроможності реалізовувати високотехнологічні проекти, забезпечувати рівний доступ до медичної допомоги на національному та субнаціональному рівні, а також як маркера рівня розвитку системи екстреної медичної допомоги та не підтверджується як маркер розвитку системи охорони здоров'я в цілому.

Результати II фази дослідження

Результати опитування другої фази дослідження було опрацьовано в Excel з формуванням (після попередньої обробки) двох проміжних наборів даних – Львів (Львів після, Lviv post) та інші регіони (Інші після, other post) з виділенням професійних підгруп. Їх було використано для побудови моделі розриву регресії.

Знеособлені результати опитування обох фаз дослідження додаються.

Результати якісного дослідження

Хоча у підсумку результати якісного компоненту дослідження використовуються в роботі в основному для аналізу можливого впливу ГЕМС на

податкову мотивацію, 16 особистих глибинних напів-структурованих стенографованих інтерв'ю проводились із урахуванням усіх аспектів аналітичної проблеми, що розглядається.

Респонденти (10 чоловіків та 6 жінок) залучались до дослідження на добровільних засадах за умови анонімності при подальшій обробці записів розмов з лютого по квітень 2021 року, належали до різних сфер зайнятості (13 з 16 опитаних не працювали у сфері охорони здоров'я) і вікових груп, а також проживали у різних макрорегіонах (м. Києві, Львівській, Тернопільській, Донецькій, Закарпатській, Івано-Франківській та Черкаській областях). Розмови тривали в середньому від 20 до 30 хвилин. 8 з 16 залучених респондентів знали про ініціативи зі створення гелікоптерної екстреної медичної служби в Україні у зв'язку зі службовими обов'язками або належністю до кола спілкування дослідників, проте жодним чином не були бенефіціарами пілотного проекту з аеромедичної евакуації. Їхній відбір здійснювався як за методом снігової кулі, так і випадково; більшість ланцюжків інтерв'ювання розпочинались з інформантів, безпосередньо знайомих з дослідниками.

Гайд інтерв'ю складався з вступної частини та 7 блоків запитань, орієнтованих на оцінку окремих компонентів ГЕМС, асоційованих зі спроможністю держави:

- ГЕМС сприймається/ не сприймається як потенціал держави *per se*;
- ГЕМС посилює відчуття рівності доступу до якісних медичних послуг в усіх громадян/у громадян складних локацій;
- ГЕМС в ЕМД свідчить про високий рівень розвитку системи охорони здоров'я;
- ГЕМС сприяє/не змінює мотивацію до сплати податків національно/субнаціонально;
- афективна візуалізація ГЕМС у ЗМІ не змінює/посилює сприйняття ГЕМС як маркера інфраструктурної спроможності держави;
- наявність ГЕМС не змінює/посилює відчуття «регіональної безпеки» гірських рекреаційних зон у потенційних відвідувачів;
- ГЕМС *versus* інші публічні блага у контексті податкової мотивації

Вступна частина передбачала ряд питань для ідентифікації соціальних та демографічних параметрів, а також невеликий фрейм для інтерв'ю – опис предмету дослідження, коротке пояснення окремих дефініцій та зауваження щодо бажаної аполітичності відповідей (точне формулювання інтерв'юера: «Якщо Ви не проти, ми порозмовляємо про державу і її здатність досягати цілей на своїй території загалом, без прив'язки до конкретних політичних лідерів.»). Інтерв'ю було транскрибовано та

закодовано без використання спеціальних застосунків для контентного аналізу. Транскрипти інтерв'ю наведено у додатках.

Аналіз транскриптів після кодування.

1. Для припущення про ГЕМС як компонента потенціалу держави *per se*. Інформанти погоджуються із твердженням про спроможність України втілювати високотехнологічні та дорогі політики загалом (найчастіші відповіді «так», «безумовно так») та у сфері охорони здоров'я зокрема. Частина респондентів зазначає, що ця здатність неоднакова для різних сфер державної політики та суттєво залежить від «наявності мотивації» та «наявності політичної волі», а також що потенціал не зовсім реалізований, бо, наприклад, «багато грошей держави в тіні». Також респонденти молодшого віку тяжіють до скептичного трактування високотехнологічних потенцій України («хотілось би вірити», «я б не був таким оптимістичним», «вагаюсь, не бачу передумов»), в той час як старші респонденти посиляються на «кадровий потенціал» та наявність «інженерії, ресурсів». Епітети, які респонденти використовують для окреслення держав, що мають у складі своїх систем екстреної медичної допомоги ГЕМС, це: «розвинені», «з високим технологічним рівнем», «країни великої 7-ки» «західні, цивілізовані», «з високим ВВП», «ті, де значний % ВВП йде на медицину», «не країни, що розвиваються», «не аграрні країни». Як приклади країн – Сполучені Штати Америки, країни Європейського союзу. Для кращого розуміння наводимо цитату з 12 інтерв'ю:
«Та просто цивілізовані країни. Це ознака цивілізації. Це не має бути щось таке «вау» особливе, це має бути щось звичне. Для цивілізованої країни.»
2. Для припущення про здатність ГЕМС забезпечувати більш рівний доступ до гарантованої законодавством медичної допомоги на національному/субнаціональному рівні. Всі відповіді інформантів зводяться до згоди/емоційного ствердження тези («дуже погоджуюсь», «безумовно так», «звісно», «обов'язково»), своєчасність загалом ототожнюється з рівністю у доступі до екстреної медичної допомоги. Частина респондентів з власної ініціативи зауважує, що в одних регіонах доступ до якісних медичних послуг («взагалі медицини») значно простіший, ніж в інших («немає вибору лікаря чи лікарні з обладнанням», «вам в місті добре говорити, а що нам в селі»), а також, що отримання медичної допомоги залежить від «соціального статусу», «багатства». Усі респонденти визначають гірську місцевість як складнодоступну з точки зору системи охорони здоров'я локацію, в якій своєчасність отримання медичної допомоги сумнівніша за рівнинні регіони. Окремі інформанти

зазначають також, що складнодоступними у зв'язку з «поганими дорогами», «великими відстанями», «сезонними умовами» є: «степові райони», «Полтавська область весною», «Київ, бо тут затори».

На окрему увагу заслуговує кластер відповідей про туристичний потенціал гірських рекреаційних зон в контексті імплементації ГЕМС. Наводимо цитати з 6, 9 та 15 і 16 інтерв'ю на запитання про час приїзду служб екстреної медичної допомоги у гірській місцевості порівняно з іншими регіонами.

Інтерв'ю №6: «Що значить за скільки часу? Вона не приїде.»

Інтерв'ю №9: «Сумніваюсь, що взагалі приїде. Залежить ще куди, але однозначно довше, у 3-4 рази довше. Якщо взагалі.»

Інтерв'ю №15 «Ви жартуєте? Я не впевнений, що взагалі приїде.»

Інтерв'ю №16 «Дуже тяжко, дуже поволі. Сама знаєш, як веснов мости зносить, то яка «скора».»

3. Для припущення про високий рівень організації системи екстреної медичної допомоги та охорони здоров'я. Респонденти не дають однозначної відповіді на питання про те, якою для них є розвинена система охорони здоров'я, або що таку систему характеризує. Множина відповідей включає: «розвинена паліативна допомога та реабілітація», «де допомогу можна вчасно отримати», «висока оплата праці і нові технологічні розробки», «в яких є комплексні складні види лікування, такі як трансплантація», «доказова медицина», «кваліфіковані медичні працівники», «освіта і навички лікарів», «затверджені протоколи» тощо. На уточнююче запитання про розвиток системи екстреної медичної допомоги як маркера розвитку всієї системи охорони здоров'я усі респонденти, за винятком одного, відповіли ствердно. Інформантом, що не погодився, була особа з близького кола спілкування розробників проекту, наводимо цитату: «Не факт. 50 на 50: це можуть бути зусилля ну дуже вмотивованих окремих людей, як показує досвід. Мені продовжувати?».

Найбільше підсумовує суть отриманих відповідей цитата з інтерв'ю №12:

«Вони йдуть «нога в ногу» чи «рука в руку». Взаємопов'язані: не може бути одного без іншого.»

На запитання щодо ГЕМС як ознаки рівня розвитку системи медичної допомоги більшість інформантів погоджуються з твердженням, що ГЕМС є таким свідченням, проте тією чи іншою мірою наполягають на необхідності її ефективної роботи, а не простого факту наявності. Цитуючи інтерв'ю №5: «Однієї наявності мало. Треба щоб вертольоти не припадали пилом, щоб медики не боялись їх використовувати. Хоча я не знаю, якщо чесно, що треба зробити простому громадянину в нашій країні, щоб по нього по нього прилетів гелікоптер.»).

4. Для припущення про здатність стимулювати мотивацію до сплати податків на національному/субнаціональному рівні.
Загалом усі інформанти задекларували, що є платниками податків, хоча 4 з 16 не змогли уточнити, як саме сплачують прямі податки. На запитання щодо правильності інвестування коштів платників податків в імплементацію медичних гелікоптерів у систему екстреної медичної допомоги залучені до інтерв'ю респонденти відповідали ствердно (цитата з 5-го інтерв'ю «звичайно, це ж життя людей»), проте частина уточнювала, що цей компонент не є найнагальнішим. Загалом учасники інтерв'ювання погоджуються із тим, що за ГЕМС має сплачувати держава на загальнонаціональному рівні, проте 6 з 10 додають, що за участю місцевого самоврядування, а один – за участю меценатів. (ілюстративна цитата з 11 інтерв'ю для підсумку обох питань – «Держава має сплачувати, але і місцеві бюджети теж – це буде момент конкуренції, може впливати на внутрішню міграцію. Це круто, якщо воно є, але в пріоритеті це має бути в конкретних регіонах – в горах наприклад. Не бачу сенсу для Києва... Чи погодився б сплачувати більше податків, якби жив в горах, щоб була ця служба? Так, тоді – так.»). Третина респондентів самостійно і спонтанно під час відповіді ототожнювали державу із платниками податків у контексті питання «Хто має сплатити за ГЕМС?».
5. Блок питань, присвячений ієрархії преференцій у виборі публічних політик, отримав неоднорідну множину відповідей, яку можна підсумувати наступним чином: спонтанно інформанти схильні «фінансувати» сфери, до яких належать професійно чи соціально, або ж давати загальну «гуманістичну відповідь»: «має фінансуватись охорона здоров'я», «частково медицина, частково освіта», «інфраструктурні проекти – дороги, залізниця», «доступне місто», «паліативна медицина», «освіта нормальна». Половина респондентів обирали із запропонованого списку Збройні Сили України, троє інформантів погодились фінансувати правоохоронні органи (у переліку фігурувала «Моя нова поліція»), серед медичних напрямків не було чітких лідерів, хоча медичні гелікоптери не отримали як категорія кількісної переваги над іншими запропонованими медичними політиками (часто поєднувались із ними на другому або третьому місці, або ж респонденти загалом обирали «все медичне зі списку», посилаючись на те, що виокремити щось складно). Наголошуємо, що вибір був множинним, інтерв'юер давав змогу обирати декілька варіантів або додатково генерувати на основі запропонованих свої, наприклад цитати з 5 та 11 інтерв'ю для цього блоку питань: «1. Дитячі будинки 2. Паліативна допомога. 3. Ну і ЗСУ

звісно – психологічну допомогу при ПТСР наприклад, центри реабілітації, такі речі.»; «100% ЗСУ. 100% поліція. Ну і вся медицина, що там була.»

6. Для загального блоку питань, присвяченого ілюстрації потенціалу держави (що для Вас найбільше ілюструє спроможність держави?) респонденти здебільшого відповідали абстрактними категоріями: «захист прав громадян у всіх сферах», «потенціал обходитись без інших країн», «рівень науково-технічного розвитку», «доступність якісного сервісу, чиновники нормальні». Із запропонованого переліку альтернатив половина інформантів (власне 9 з 16) обрали «успішне ведення війни» як найяскравішу ілюстрацію спроможності держави, решта респондентів зупинялись на інших запропонованих категоріях («медалі на зимовій олімпіаді, «Нобелівський лауреат з України», «лікуваннях всіх хвороб, які можливо вилікувати, в Україні») або ж генерували на їхній основі свої пропозиції.
7. Також інформанти, опитані до 1 квітня 2021 року, на запитання про згадки ГЕМС у засобах масової інформації наводили здебільшого позитивні конотації у художніх фільмах та серіалах, події в яких відбуваються закордоном. Після цієї дати респонденти відзначали появу сюжетів на національному телебаченні та повідомлень у соціальних мережах, позитивного (частіше) або нейтрального спрямування. Про негативні згадки у ЗМІ або соціальних мережах жоден з інформантів не повідомляв. 3 з 16 опитаних поскаржились на неможливість відповісти на це запитання за відсутністю облікових записів у соціальних мережах/відсутністю пристроїв телерадіомовлення.

Підсумовуючи дані аналізу інтерв'ю, перспектива впровадження ГЕМС спонукає до зростання мотивації щодо сплати податків як мінімум на субнаціональному рівні, що частково підтверджує фіскальний компонент першої альтернативної гіпотези. Респонденти загалом згодні на те, аби вже сплачуваний обсяг податків використовувався для цього напрямку, хоча по-різному трактують пріоритети у публічних фінансах. Висновки щодо загальної мотивації до сплати податків складно зробити на основі отриманих даних, оскільки усі респонденти задекларували себе платниками податків безвідносно до ГЕМС, а гіпотетичне обговорення фіскальної дисципліни (як ви гадаєте, чи ефективна робота ГЕМС мала б вплив на регулярність/повноту сплати податків нашими співгромадянами?) мало б обмежену емпіричну цінність через подвійну кондиційність.

У контексті першої проміжної альтернативної гіпотези Н 01.1 компонент ГЕСМ як фактор що впливає на мотивацію до сплати податків підтверджується частково, для субнаціонального рівня.

Результати медіа-моніторингу для обґрунтування часових рамок інтервенції

Поверхневий медіа-моніторинг проводився за період з 1 січня 2021 року по 20 квітня 2021 року (з використанням власних спостережень, пошукового ресурсу google та інструменту google trends). За результатами моніторингу: висвітлення пілотного проекту з аеромедичної евакуації (локальний випадок ГЕМС-у рамках дослідження) розпочалось з окремих повідомлень про заплановану ініціацію проекту на сайті профільних міністерств, залучених до пілотного проекту (власне з брифінгу Міністра охорони здоров'я України від 13 січня 2021 року). Повідомлення поширювали інтернет-ресурси на кшталт Укрінформу та Суспільного:медіа, а також місцеві адміністрації (департаменти охорони здоров'я) та інформаційні портали першого (в основному) та другого пілотного регіонів (для спрощення називатимемо їх Львовом та Києвом), що мали бути потенційно залучені до пілотного проекту у лютому та квітні 2021 року відповідно. Повідомлення мали декларативний характер і окреслювали наміри уряду, анонсовані дати початку пілотного проекту в подальшому було зміщено і для Львова, і для Києва.

Водночас у рамках підготовки до пілотного проекту персоналу центру екстреної медичної допомоги регіону Львів (з охопленням частини медиків аналогічних центрів сусідніх областей) 11 березня 2021 року було анонсовано про відбір медиків для підрозділу з аеромедичної евакуації. Повідомлення про це спорадично дублювалось місцевими медіа як новина. Центр екстреної медичної допомоги регіону Київ з такою ініціативою не виступав.

17 березня 2021 року урядом було прийнято постанову Кабінету міністрів України від №262 «Деякі питання створення єдиного аеромедичного простору» (Офіційний вісник України від 09.04.2021 року, № 27, стор. 127, стаття 1441), яка передбачала початок пілотного проекту у Львівській та Київській областях з першого квітня та першого травня 2021 року відповідно. Як наслідок 19 березня 2021 року про впровадження цивільної гелікоптерної екстреної медичної служби (власне пілотний проект з аеромедичної евакуації) було повідомлено на національному телебаченні (у прямому ефірі суспільно-політичного ток-шоу, на телеканалі із охопленням 96,5 % українських домогосподарств та увагою 9,48% комерційної аудиторії 18-54 років у містах з населенням понад 50 тисяч осіб). Зауважимо, що заяви причетних до проекту політичних осіб мали здебільшого загальний характер, спроби публічної деталізації відрізнялись від запланованого дизайну політики, що на тлі браку чіткої

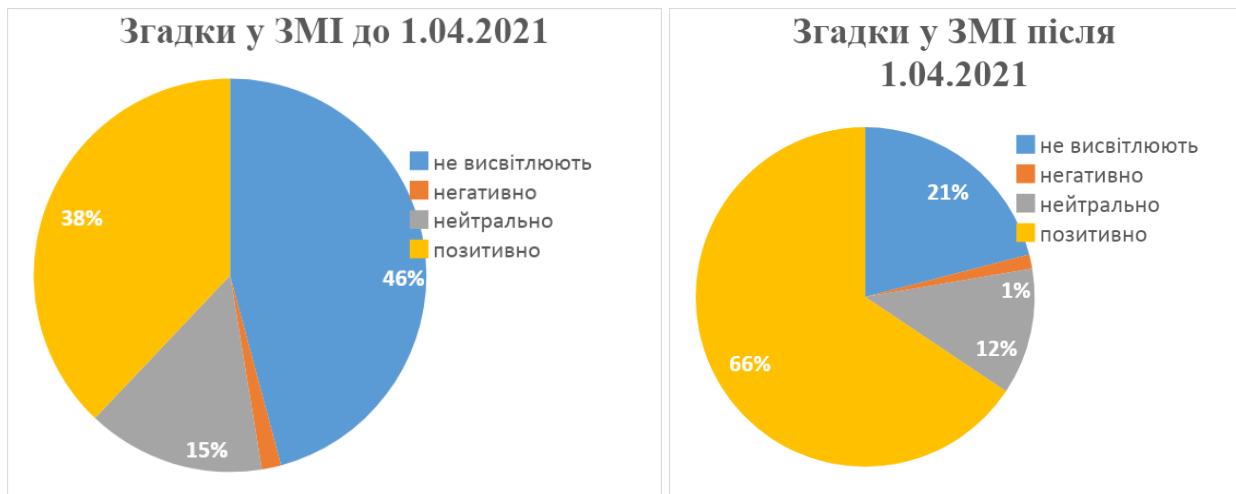
комунікації основного стейкхолдера сприяло утвердженню атмосфери невизначеності довкола проекту до моменту його ініціації 1 квітня 2021 року.

Сюжети (матеріали) про початок пілотного проекту у першому пілотному регіоні системно з'являлись на національному та місцевому телебаченні, а також інтернет-ресурсах, починаючи від 1 квітня 2021, проте пік медійної активності припав на 9 квітня – дату першої проведеної аеромедичної евакуації регіону Львів, про яку повідомили 5 основних національних телеканалів, у тому числі з багаторазовими повторами у найбільш рейтингових новинних телепрограмах. Також про неї та інші кейси роботи ГЕМС повідомляли в наступні дні національні та локальні новинні та розважальні інтернет-ресурси (наприклад сторінка «Так люблю той Львів» з 599 000 підписників у регіоні Львів), окремі лідери публічної думки у соціальних мережах та усі портали місцевих органів влади регіону Львів.

Позаяк предметом роботи не було встановлення рівнів довіри до декларованих політичними стейкхолдерами ініціатив з урядування, отримані дані медіа-моніторингу та власні спостереження дозволяють зробити обґрунтоване припущення про те, що початком інтервенції в контексті дослідження для усієї вибірки слід трактувати початок пілотного проекту з аеромедичної евакуації 1 квітня 2021 року. У той же час для кластеру респондентів-працівників системи екстреної медичної допомоги регіону Львів початок інтервенції у рамках дослідження полягав в оголошенні про конкурсний відбір до підрозділу з аеромедичної евакуації (оголошення 11 березня 2021 року на офіційній сторінці відповідного центру екстреної медичної допомоги в мережі Facebook конкурсу на заміщення вакантних посад та постійна комунікація у робочих чатах/повідомлення у медіа/соціальних мережах щодо початку пілотного проекту з аеромедичної евакуації).

Станом на 25 квітня 2021 року за google-запитом «пілотний проект з аеромедичної евакуації» можна отримати 8750 результатів, переважна більшість яких будуть публікаціями на урядових порталах та посиланнями на перші кейси успішної роботи проекту, у той же час за запитом «санавіація в Україні», «санавіація Львів» повідомлення щодо впровадження гелікоптерної екстреної медичної служби кількісно суттєво поступаються комерційним пропозиціям приватних суб'єктів господарювання та ретроспективним описам окремих кейсів із залучення повітряних суден Державної служби надзвичайних ситуацій чи наземних підрозділів міжгоспітального транспортування центрів екстреної медичної допомоги, за якими ця назва закріпилась історично. ГЕМС як термін для окреслення аеромедичної екстреної допомоги поки зустрічається лише в офіційній комунікації профільного міністерства та у матеріалах ресурсів, які на нього посилаються.

Додатково зауважимо, що інформацію щодо висвітлення ГЕМС у засобах масової інформації/соціальних мережах отримано було також через тестування: 14,7±3,4% респондентів I фази дослідження вважають, що ГЕМС висвітлюють нейтрально, 37,9±3,4% - позитивно, 45,8%±3,4% опитаних стверджують, що цю тему не висвітлюють, а 1,6% - що висвітлюють негативно. У другій фазі дослідження ці показники складають відповідно 11,1%±3,4%, 65,6%±3,4%, 21%±3,4% та 1,2%±3,4% відповідно. Вказані відмінності проілюстровано Діаграмами 4 та 5:



Результати застосування моделі розриву регресії (за матеріалами опитування I та II фази дослідження)

Для дослідження використано було непараметричний дизайн моделі розриву регресії.

У рамках RDD інтервенція трактувалась як початок пілотного проекту з аеромедичної евакуації 1 квітня 2021 року та поява у засобах масової інформації/соціальних мережах повідомлень про результати його роботи. Підгрупою інтервенції вважаються не-медиків регіону Львів у другій фазі дослідження (dnwhc Lviv post), групою порівняння – підмножина респондентів не-медиків регіону Львів (dnwhc Lviv) з I фази дослідження.

На основі відповідей цих респондентів на Q1, Q6, Q7, Q11, а також Q3 і Q8 (як анкерних питань для окремих компонентів інфраструктурної спроможності держави), було створено додаткову множину спостережень з інтегральним абстрактним числовим проксі-індикатором perception (індекс сприйняття). Варіанту відповіді «так» атрибувався 2 бали, варіанту «ні» 0 балів, варіантам «не знаю», «інше» - по 1 балу; відповіді за бальною шкалою використовувались за абсолютними значеннями.

Індекс сприйняття = відповідь Q1¹ + відповідь Q6¹ + відповідь Q7¹ + відповідь Q11¹ + відповідь Q3 + відповідь Q8,

де відповіді Q1¹, Q6¹, Q7¹, Q11¹ – квантифіковані еквіваленти значень категорійних індикаторів Q1, Q6, Q7, Q11

Отримані результати обчислень наведено у додатках.

Порогом інтервенції фактично стало спостереження за 5 квітня 2021 року (за відсутністю результатів опитування за 1-4 квітня 2021 року), яке в моделі задано параметром 114 еквівалентного таймлайну. Допорогова підмножина спостережень суттєво кількісно переважала післяпорогову: 113 та 30 спостережень відповідно, – проте через сумнівну валідність результатів при використанні штучної ампліфікації постінтервенційних спостережень і пропорційному відкиданні частини більш ранніх спостережень з групи до інтервенції, модель було застосовано для усієї множини (максимальні та мінімальні значення отриманого індексу сприйняття системно не відкидались, було виключено по одному нульовому результату в обох підгрупах).

Дескриптивну статистику було отримано в R studio:

summary

	perception
Min. :	1.0
1st Qu.:	36.5
Median :	72.0
Mean :	72.0
3rd Qu.:	107.5
Max. :	143.0

Після цього дані було опрацьовано із використанням бібліотек для обчислення RDD моделей з отриманням таких статистичних показників:

```
Min    1Q  Median    3Q    Max
-17.4662 -3.8571  0.3778  4.4802  9.3137
```

Coefficients:

```
Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
```

```
(Intercept) 18.09362  1.05198 17.200 <2e-16 ***
```

```
D      2.60454  1.62463  1.603  0.111
```

```
x     -0.01560  0.01597 -0.977  0.330
```

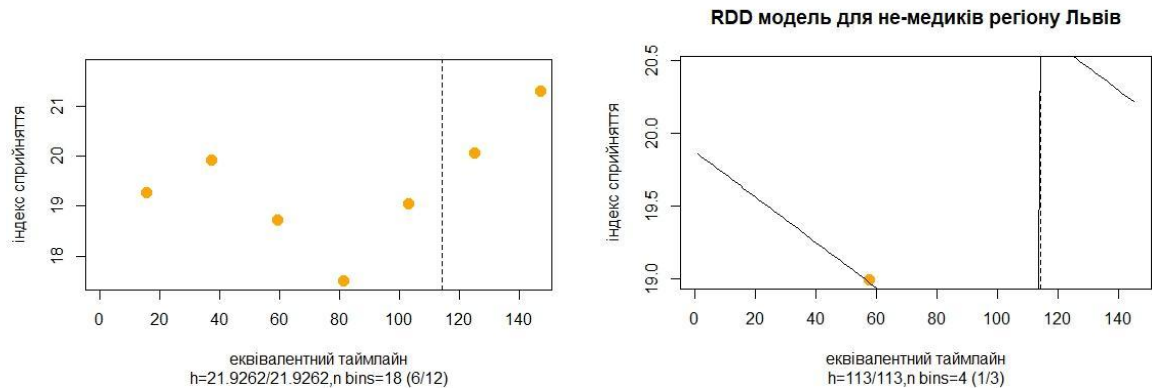
Signif. codes: 0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 5.596 on 140 degrees of freedom

Multiple R-squared: 0.01843, Adjusted R-squared: 0.004409

F-statistic: 1.314 on 2 and 140 DF, p-value: 0.2719

Початковий розподіл спостережень та отриманий для моделі розрив регресії візуалізовано на згенерованих у застосунку R Діаграмах 5 та 6:



З огляду на відсутність статистичної значимості коефіцієнта розриву регресії D у вибірці для не-медиків Львівської області, розподіл проксі-показника *perception* до та після інтервенції змінюється у межах, що не є статистично значимими. Отже, можна вважати, що альтернативна гіпотеза $H_{02.1}$ – імплементація ГЕМС змінює локально сприйняття державної спроможності в окремо взятому регіоні впровадження ГЕМС – не підтверджується.

У випадку додаткового кондиціонування даних (закладання однакової кількості спостережень до та після інтервенції з відкиданням більш ранніх спостережень в групі до інтервенції та outliers в обох групах), коефіцієнт регресії набуває статистично суттєвого значення, проте ці результати не наводяться у дослідження як такі, що мають сумнівну валідність.

Базову гіпотезу дослідження H_1 – ГЕМС сприймається як маркер інфраструктурної спроможності держави – підтверджено на основі підтвердження проміжних гіпотез щодо асоціативного сприйняття ГЕМС з окремими компонентами інфраструктурної державної спроможності у сфері охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ/ДИСКУСІЯ

Сприйняття ГЕМС як політики, що асоціюється із спроможністю держави реалізувати на користь громадян сучасні технології та дорогі проекти у сфері охорони здоров'я загалом підтверджується для всього масиву респондентів: з таким твердженням згодні $66,3\% \pm 3,4\%$ опитаних у частині успішного втілення дорогих проектів. $75\% \pm 3,4\%$ респондентів оцінюють таку спроможність на 8 балів та більше у

випадку успішної реалізації ГЕМС. Статистично суттєва відмінність респондентів за професійними групами у трактуванні цих питань передбачувано зустрічається для медиків системи екстреної медичної допомоги Львівського регіону (на користь обох припущень) порівняно із не-медиками/медиками інших спеціалізацій того ж регіону та працівниками екстреної медичної допомоги інших обраних для дослідження макрорегіонів (регіонів Київ та Інші). Ми пояснюємо такі статистичні відмінності підтвердженням концептуального припущення про те, що для цієї професійної групи інтервенція з впровадження ГЕМС почалась раніше порівняно з усіма іншими групами респондентів.

Відповідно до зобов'язань, які бере на себе держава у Конституції, усі громадяни мають рівні права, у тому числі щодо доступу до якісної медичної допомоги. ГЕМС за результатами дослідження сприймається як чинник, що сприяє своєчасності та рівному доступу до гарантованої медичної допомоги, приблизно однаково для усіх макрорегіонів (узагальнено – на рівні $63,7\% \pm 3,4\%$ для усіх респондентів). Крім того, із тезою про те, що ГЕМС сприяє рівності доступу до медичних послуг та наданню своєчасної медичної допомоги в гірських районах згодна абсолютна більшість усіх респондентів $91,4\% \pm 3,4\%$. У контексті системи екстреної медичної допомоги респонденти ототожнюють рівність та своєчасність медичної допомоги, а також пропонують ряд альтернативних регіонів зі складною логістикою, громадяни яких виграли б від впровадження ГЕМС (степові області, віддалені сільські місцевості, сезонно складні на тлі недорозвиненості дорожньої інфраструктури локації). Конкретний дизайн загальнонаціональної ГЕМС політики залишається дискусійним для респондентів (наприклад щодо необхідності ГЕМС для міста Києва), у той же час її необхідність в регіонах складної доступності видається всім беззаперечною.

За результатами опитування, імплементація ГЕМС сприймається як свідчення високого рівня розвитку системи екстреної медичної допомоги ($67,9\% \pm 3,4\%$ усіх респондентів I фази дослідження згодні з цією тезою). В інтерв'ю інформанти також ототожнюють рівень розвитку екстреної медичної допомоги та рівень розвитку всієї системи охорони здоров'я. Хоча відповіді $55,4\% \pm 3,4\%$ працівників ЕМД інших регіонів I фази дослідження на пряме анкерне питання Q12 щодо сприйняття ГЕМС як маркера розвитку всієї системи охорони здоров'я негативні (позитивні відповідно $31,28\% \pm 3,4\%$), у пілотному регіоні у професійній групі, для якої інтервенція у розумінні I фази цього дослідження вже відбулася, вони статистично суттєво відрізняються в бік підтвердження (не вважають ГЕМС ознакою розвитку $39,7\% \pm 3,4\%$ респондентів, в той час як вважають $49,1\% \pm 3,4\%$).

Загалом на результати опитування за індикатором Q12 може впливати «локальний кондиціоналізм»: з твердженням про «добре розвинену систему охорони здоров'я в Україні» у Q11 погоджуються лише 6,3%±3,4% респондентів з інших регіонів, 3,85%±3,4% з регіону Київ та 12,95% респондентів у групі інтервенції регіону Львів (статистично суттєва різниця між ними підтверджена відповідним χ^2 -тестом незалежності), тому абстрактно трактувати наступне питання респондентам, які чули про впровадження ГЕМС та для себе ототожили його з піар-кампанією/корупційною бюджетною схемою, буде складно (когнітивне упередження із появою подвійного трактування «ГЕМС як компонент ОЗ в інших країнах/ГЕМС який розпочався в нас»). З огляду на результати інтерв'ю та отримані в напіввідкритих фрагментах опитування зауваження респондентів, у випадку оцінки ГЕМС як свідчення рівня розвитку системи охорони здоров'я в цілому з'являється власне подвійне трактування. Дослідники схильні тлумачити його таким чином: ГЕМС може сприйматись як ознака рівня розвитку системи екстреної медичної допомоги зокрема та системи охорони здоров'я загалом в розвинених країнах, проте в Україні не за самим фактом її наявності, а через інкорпорацію в систему охорони здоров'я з подальшим ефективним і прозорим використанням.

Дві цитати із напіввідкритого фрагменту дослідження гарно підсумовують згаданий локальний кондиціоналізм, внутрішні перестороги та підкреслюють роль системної інкорпорації:

«Зрозуміло, що під закупку чогось дорогого, в даному випадку гелікоптерів, буде створена схема, бабло попиляють, а гелікоптери будуть стоять без пального та персоналу, давайте спочатку корупцію поборемо, суди очистимо, а тоді гелікоптери, які якраз і стануть ознакою розвиненої країни, дякую, що прочитали, я за звісно рівний доступ до мед допомоги, тільки його не буде навіть з гелікоптерами без всього іншого».

«На жаль, що стосується медицини, не туди держава спрямовує наші податки. Не полетить гелікоптер! у районне село, де збиті машини швидкої, відсутні фельдшери ...Та й не для простого люду придумане оте диво - аеромедична евакуація.»

Із загального пулу респондентів 52,8%±3,4% вважають, що ГЕМС є абсолютно обов'язковим компонентом систем охорони здоров'я розвинених країн, а понад 75%±3,4% опитаних оцінюють його обов'язковість на 8 балів з 10 та вище. Ефективна робота проекту після втрати публічного інтересу залучених політичних стейкхолдерів та відсутність корупційних скандалів довкола використовуваних у проекті повітряних суден ймовірніше за все дозволить респондентам більш об'єктивно ставитись до ГЕМС, а дослідникам – оцінювати вплив цієї політики на сприйняття державної спроможності (тобто нівелювати відмінності між сприйняттям «ГЕМС в Україні, ГЕМС в розвинених країнах»).

У рамках роботи ми припускаємо, що для працівників екстреної медичної допомоги регіону Львів ГЕМС сприймається як свідчення рівня розвитку усієї системи охорони здоров'я, проте екстраполяція цього припущення чи його спростування в масштабах усієї країни потребували б як мінімум додаткового спостереження в постінтервенційному періоді, а як максимум – охоплення пілотним проектом усіх макрорегіонів (для подолання презюмованих соціально-культурних особливостей сприйняття держави у різних макрорегіонах).

ГЕМС як публічна політика у більшості респондентів зміцнює мотивацію щодо сплати податків принаймні на субнаціональному рівні (запитання «чи згодні Ви були б сплачувати більше податків для можливості реалізації такої політики на національному/субнаціональному рівні?»). Проте немає чітких преференцій щодо цього аспекту політики серед інших публічних благ загалом та у сфері охорони здоров'я зокрема. Інформанти схильні спонтанно пропонувати ті публічні послуги/політики, що найбільше відповідали їхнім переконанням/роду занять/поточним потребам. Наприклад, залучені до ерготерапії – в розвиток реабілітації, учасники аматорської футбольної ліги – в розвиток дитячого спорту, молоді респонденти з потребою у власному житлі – у житлові кредити для молоді. Водночас із запропонованого переліку фіксованих варіантів публічних політик/послуг половина учасників інтерв'ю зупинялись на фінансуванні Збройних Сил України, а успішне ведення війни (перемогу та деокупацію півострову Крим) обирали як оптимальну ілюстрацію спроможності держави. Ми вагаємось у тлумаченні цього феномену між поміркованим оптимізмом та неймовірнісним характером відбору респондентів для якісного компоненту дослідження.

Водночас на запитання «Чи правильно вкладати сплачені українцями податки в придбання медичних гелікоптерів для системи охорони здоров'я?» 60,3%±3,4% респондентів усієї вибірки I фази дослідження дали ствердну відповідь. В опитування зумисно не було включено питань щодо ранжування преференцій у публічних видатках з огляду на неможливість створення вичерпного списку альтернатив та подальшу вразливість отриманих результатів. Тим не менше напіввідкриті фрагменти опитування свідчать про наявні в частини в респондентів перестороги щодо ефективного використання коштів, застереження щодо корупційних ризиків та численні пропозиції альтернативних публічних політик, які заслуговують на увагу уряду більше (наприклад, «Мене тільки цікавить, чому б вам не почати з найпростішого у системи охорони здоров'я, підняття зарплати медичним працівникам по справедливості?», «Зробіть порядок з автомобілями швидкої, які там гелікоптери!», «вертольоти ***ня, лікарні обладнайте, щоб було куди везти»).

Фіналізуємо цей блок дискусії цитатою та отриманими статистичними даними:

«В Україні наявність гелікоптерів у медичній сфері це не теж саме, що вони будуть надавати послуги громадянам. Вони можуть бути придбані, але не буде матеріальної бази на їх утримання, пілотів та ще багато причин. Я за сплату податків, але так, щоб держава звітувала за їх використання, а не розграблювала казну корупційними схемами. Дякую.»–

42,8%±3,4% усіх респондентів вважають, що сплачувати податки державі необхідно лише в обмін на надання якісних послуг, в той час як 53,2%±3,4% згодні робити це безумовно (у регіоні інтервенції їх 50,9%±3,4% та 44,4%±3,4% відповідно, що безперечно не пояснюється в рамках конкретного дослідження, проте опосередковано підтверджує презумовані відмінності макрорегіонів принаймні у питаннях фіскальної спроможності держави).

Друга альтернативна проміжна гіпотеза про те, що ГЕМС є фактором, який змінює сприйняття державної спроможності на даному етапі дослідження не підтверджується за результатами застосування RDD моделі: статистично значимого розриву регресії не зафіксовано. Ми усвідомлюємо обмеження своїх даних, а саме малу кількість постінтервенційних спостережень у групі не-медиків регіону Львів та незначний проміжок часу від моменту початку інтервенції (20 днів з моменту формального старту пілотного проекту, 12 днів з моменту його фактичного старту), тому не відкидаємо RDD метод для цього дослідження як такий, а радше розглядаємо його негативний результат у рамках конкретної роботи як локальний випадок, що потребує тестування у ширших масштабах. Оптимальною була б модель, де результати опитування та обчислений на їхній основі проксі-індекс можна було б оцінити до початку/на початку інтервенції та після як мінімум 6 місяців ефективного впровадження політики, при чому як у регіоні інтервенції, так і у регіонах порівняння.

Таким чином, імплементація ГЕМС в якості компонента ЕМД сприймається респондентами як ознака інфраструктурної спроможності держави, проте остаточне підтвердження її ролі як чинника, що змінює оцінку державної спроможності, потребувало б розширення II фази дослідження. Потенційно аналіз результатів опитування, отриманих за пів року-рік від початку інтервенції дозволив би уникнути упередженого сприйняття політики як способу відмивання коштів/піар-кампанії залучених стейкхолдерів, а також нівелював «сенсаційність» інтервенції і дозволив прослідкувати зміни у суспільній свідомості на тлі звичайної, а не посиленої уваги медіа та проникнення вражень реальних користувачів політики у кола близького спілкування респондентів.

Обмеження дослідження

Зважаючи на академічний некомерційний характер дослідження та технічні труднощі офлайнного опитування для репрезентативної стосовно генеральної

сукупності дорослого населення кількості респондентів у період пандемії, досягнення репрезентативності видавалось напрочуд складним. Вибірку не можна вважати ймовірнісною передусім з огляду на ланцюговий характер та дискримінуючий механізм поширення основного інструменту дослідження – в опитуванні мали змогу взяти участь лише респонденти із доступом до персональних комп'ютерів/пристроїв стільникового зв'язку з відкритими операційними системами. З цих міркувань від зважування вибірки за макрорегіонами та сферою зайнятості вирішено було відмовитися. Водночас з огляду на відносну близькість демографічних характеристик генеральної сукупності та вибірки, а також участь понад 2 200 респондентів, дослідники вважають результати хорошим експлоративним підґрунтям для підтвердження припущень про потенціал ГЕМС як маркера інфраструктурної спроможності держави та подальших наукових пошуків.

Пропозиції/наслідки для державної політики

Теорія зміни дослідників полягала у тому, що успішна імплементація ГЕМС як політики у сфері охорони здоров'я, що легко піддається афективній візуалізації у засобах масової інформації та гарантує позитивний фідбек користувачів, швидко проникає у суспільну свідомість в якості прикладу ефективного урядування. Проте таке припущення матиме сенс виключно у тому випадку, якщо цю політику загалом атрибуують державній спроможності, а також за умови, що вона буде постійним елементом системи охорони здоров'я і її не вважатимуть спорадичною акцією для відмивання коштів чи способом отримати увагу медіа в рамках чергової політичної кампанії.

Попри обмежену репрезентативність вибірки та порівняно малу кількість спостережень у постінтервенційному періоді, можемо екстраполювати висновки щодо ГЕМС як маркера інфраструктурної спроможності держави для всього дорослого населення України, а тому результати дослідження можна використовувати для адвокації розширення пілотного проекту з аеромедичної евакуації.

Окремі результати дослідження, пов'язані з мотивацією щодо сплати податків, може бути успішно використано у бюджетних перемовинах з ключовими стейкхолдерами у сфері публічних фінансів (раніше аргументи щодо ГЕМС як прикладу ефективного використання коштів платників податків висувались інтуїтивно, а відтак справляли на урядових опонентів профільного Міністерства менше враження).

Результати щодо впливу ГЕМС на рівень відпочинку в гірських рекреаційних зонах матиме значення для дизайну пілотного проекту з аеромедичної евакуації: статистичні дані опитування (за відсутністю репрезентативних альтернатив) може бути

використано для контраргументації пріоритетного розміщення баз ГЕМС в окремих гірських адміністративно-територіальних одиницях України. Невідкладне залучення одного з цих регіонів лобіюють окремі політичні стейкхолдери, аргументуючи таке рішення можливістю фінансування ГЕМС дельтою туристичних прибутків. З огляду на результати опитування, таке припущення видається необґрунтованим та не може бути використане як основний аргумент, особливо з огляду на лімітовані технічні ресурси, залучені до проекту.

Також досить несподівано результати дослідження вплинули на ведення комунікаційної кампанії причетних до пілотного проекту стейкхолдерів. Завдяки напіввідкритому характеру опитування (від понад 2200 респондентів було отримано близько 350 коментарів щодо запропонованої політики) та проведенню глибоких інтерв'ю, розробники проекту отримали змогу суттєво оптимізувати публічну комунікацію. Так, до ключових тез, які поширює профільне міністерство, додалися меседжі про те, що він проект безкоштовний для пацієнтів (розширена теза – пілотний проект нічого не коштуватиме вам додатково, оскільки за нього всі ми вже сплатили своїми податками), доступний однаковою мірою для всіх пацієнтів за клінічними показами, незалежно від їхнього соціального чи економічного становища (не «лише для обраних», не для «мами депутата»). У формальній та неформальній комунікації розробники політики також наголошують на тому, що пілотний проект з аеромедичної евакуації – правильний приклад використання технічних ресурсів окремих відомств на користь платників податків, за кошти яких ці ресурси було отримано.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Hendrix, C., (2010). Measuring state capacity: Theoretical and empirical implications for the study of civil conflict, *Journal of Peace Research* 47 (3), p. 273-285

Hanson, J., & Sigman, R., (2020). Leviathan's Latent Dimensions: Measuring State Capacity for Comparative Political Research, *Journal of politics, December*, p.1-30.

Mann, M., (2008). Infrastructural Power Revisited, *Studies in Comparative International Development*, 43, p.355-365. <https://doi.org/10.1007/s12116-008-9027-7>

Soifer, H., (2008). State Infrastructural Power: Approaches to Conceptualization and Measurement *Studies in Comparative International Development*, 43, p.231-251. <https://doi.org/10.1007/s12116-008-9028-6>

Soifer, H.,(2012). Measuring State Capacity in Contemporary Latin America, *Revista de ciencia política (Santiago)* 32, p. 585-598

Soifer, H., Luna, J., (2019). A survey measure of state capacity: advantages and challenges, State Capacity Workshop, Duke University

Mann, M., (1993). The Sources of Social Power, Volume II: The Rise of Classes and Nation-States, Cambridge: Cambridge University Press

Fortin-Rittberger, J., (2009). "A Tool to Evaluate State Capacity in Post-Communist Countries, 1986-2006", *European Journal of Political Research*, 49, p.654-686

Van de Walle, S. & Scott, Z. (2011). 'The political role of service delivery in statebuilding: Exploring the relevance of European history for developing countries'. *Development Policy Review*, 29(1) p.5-21

Baris, O., & Knox, C., & Pelizzo, R. (2021). "Good Enough" Governance in the Post-Soviet Eurasia, *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 35, p.1–31 <https://doi.org/10.1080/13876988.2021.1893111>

Kurtz, M., & Schrank A. (2007) «Growth and Governance: Models, Measures, and Mechanisms», *The Journal of Politics* 69(2), p.538-554

Kocher, M., (2010), "State Capacity as a Conceptual Variable.", *Yale Journal of International Affairs*, 5, p.135-145

Soifer, H., & Hau M., (2008). “Unpacking the Strength of the State: The Utility of State Infrastructural Power.”, *Studies in Comparative International Development* 43(3/4), p.219–230

Enriquez, E., & Centeno, M.A. (2012). State Capacity: Utilization, Durability, and the Role of Wealth vs. History, *International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences*, 1(2), p. 130-162, doi: 10.4471/rimcis.2012.07

Cingolani, L., (2013), The State of State Capacity: a review of concepts, evidence and measures, UNU-MERIT

Dimitrova, A., et al., (2021). The dual role of state capacity in opening socio-political orders: assessment of different elements of state capacity in Belarus and Ukraine, *East European Politics*, p.19-42 doi: 10.1080/21599165.2020.1756783

Nixon, H., & Mallett, R., (2017). Service delivery, public perceptions and state legitimacy: findings from the Secure Livelihoods Research Consortium, London: Secure Livelihoods Research Consortium

Levi, M. (1988). *Of Rule and Revenue*, University of California Press

Gurr T., War, Revolution, and the Growth of the Coercive State, *Comparative political studies*, 21, p. 45-65 <https://doi.org/10.1177/0010414088021001003>

Fjelde, H., & Soysa, I., (2009). Coercion, Co-optation, or Cooperation? State Capacity and the Risk of Civil War, 1961–2004, *Conflict Management and Peace Science*, 26(1), p. 5-25.

Rea, L. M., & Parker, R. A., (1992). *Designing and conducting survey research: a comprehensive guide*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Lindvall, J., & Teorell, J., (2016). State Capacity as Power: A Conceptual Framework, STANCE Working Paper Series,1, Lund University