

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВА ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

МАТВІЙ ВАСИЛЬ ВОЛОДИМИРОВИЧ

УДК 339.013.012:658.8:614.2(043.5)

ДИСЕРТАЦІЯ
МАРКЕТИНГОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНИХ
ПОСЛУГ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Спеціальність 075 – Маркетинг

Галузь знань: 07 – Управління та адміністрування

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

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



В. В. Матвіїв

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Співкерівник: Кравчик Юрій Васильович, кандидат економічних наук,
доцент

Співкерівник: Ковальчук Світлана Володимирівна, доктор економічних
наук, професор

АНОТАЦІЯ

Матвійв Василь Володимирович. Маркетингове забезпечення доступності медичних послуг в системі охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 075 Маркетинг (07 – Управління та адміністрування) – Хмельницький національний університет, Хмельницький, 2025.

Дисертаційну роботу присвячено ґрунтовному вдосконаленню теоретико-методологічних основ і розробці практично зорієнтованих наукових рекомендацій, що стосуються маркетингового забезпечення доступності медичних послуг у національній системі охорони здоров'я. В межах наукового дослідження уточнено сутнісну характеристику медичної послуги з позицій сучасного маркетингового управління, обґрунтовано необхідність застосування критерію доступності як важливого інструменту у процесі маркетингового аналізу ринку медичних послуг. Сформовано уніфіковану систему оцінки якості та доступності медичних послуг, засновану на засадах соціально-орієнтованого маркетингового підходу. Запропоновано концепцію інтегрального показника недоступності медичних послуг, здійснено прогнозування його динаміки залежно від регіонального чинника, типу місцевості (місто/село), вікових, доходних та соціально-демографічних характеристик домогосподарств.

У роботі глибоко розкрито багатогранну сутність медичних послуг як особливого різновиду товару у сфері послуг, що об'єднує економічний, соціальний і етичний виміри. Особливий акцент зроблено на системному аналізі доступності медичних послуг, яка трактується не лише як формальна можливість фізично або фінансово отримати медичну допомогу, а як комплексний результат взаємодії широкого кола чинників – таких як інформаційні бар'єри, інституційні обмеження, психологічні установки споживачів, а також доступність інфраструктури.

Підкреслюється, що на сучасному етапі розвитку ринку медичних послуг важливо впроваджувати системний підхід до їх оцінки, класифікації та

стандартизації з метою підвищення загальної якості та задоволеності пацієнтів. Виокремлено ключові ознаки, що характеризують медичні послуги, та основні критерії, які визначають рівень їхньої якості. Проведено докладний аналіз системи маркетингових чинників, що впливають на формування ефективної взаємодії між медичними працівниками та пацієнтами, з урахуванням фізичних, інформаційних та емоційних складових цього процесу.

У першому розділі «Теоретико-методичні основи маркетингового забезпечення доступності медичних послуг в системі охорони здоров'я» розкрито еволюцію наукових підходів до визначення сутності медичної послуги, її характеристик та специфіки надання в умовах ринкової трансформації медичної галузі. Здійснено всебічний критичний огляд економічної та маркетингової літератури щодо класифікацій послуг, особливостей їх споживання, нематеріального характеру, персоніфікованості та високого рівня суб'єктивного сприйняття з боку споживача. Виокремлено відмінності медичних послуг від інших видів сервісу, що унеможлиблює стандартизацію оцінки їх якості за загальними параметрами. Проведено структурний аналіз понять «доступність» і «соціальний маркетинг» з позицій побудови нової моделі взаємодії між постачальником медичних послуг і пацієнтом. Акцент зроблено на концепції пацієнтоцентризму як основі ефективної комунікаційної стратегії медичного закладу. Систематизовано чинники доступності у фізичному, фінансовому та інформаційному вимірах, запропоновано їх ієрархічну структуру відповідно до сили впливу на споживача. Проаналізовано взаємозв'язок між якістю медичних послуг, емоційною взаємодією лікаря і пацієнта, організаційними умовами надання послуг. Уперше представлено авторську концептуальну модель зовнішньої та внутрішньої маркетингової політики медичних закладів, в якій закладено принципи позиціонування медичних послуг, стратегічного управління попитом і формування сталого бренду медичної установи з урахуванням потреб населення.

У другому розділі «Маркетинговий аналіз ринку медичних послуг в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я» здійснено

поглиблений маркетинговий аналіз чинників, що обумовлюють доступність медичних послуг у період трансформації системи охорони здоров'я. Проведено всебічне емпіричне дослідження на основі анкетування понад тисячі домогосподарств з різних регіонів України. Виокремлено основні соціально-економічні та поведінкові бар'єри доступу, такі як низький рівень доходів, географічна недоступність, інформаційна замкненість, недовіра до медичних установ, високий рівень очікувань неформальних платежів. Запропоновано багаторівневу систему критеріїв оцінки доступності, що враховує інституційні, суб'єктивно-психологічні та ринкові детермінанти. На основі статистичного аналізу встановлено відмінності у перевагах різних груп населення щодо державних та приватних медичних послуг, участі у профілактичних заходах, виборі джерел фінансування медичних потреб. Уперше в Україні реалізовано кластеризацію регіонів за рівнем доступності медичних послуг з використанням інтегрального індексу недоступності, розробленого автором. Виділено типові регіональні профілі з урахуванням демографічних, економічних та інфраструктурних характеристик, що дозволяє адаптувати стратегії регіонального управління та маркетингу медичних послуг під локальні потреби.

У третьому розділі «Маркетингове прогнозування для забезпечення доступності медичних послуг в системі охорони здоров'я» розроблено комплексний підхід до прогнозування попиту та доступності медичних послуг, заснований на формуванні інтегрального індексу недоступності. Обґрунтовано алгоритм побудови індексу на базі методу інверсії, що дозволяє врахувати вплив негативних чинників на суб'єктивне сприйняття медичної допомоги. Проведено багатовимірний регресійний аналіз залежностей між доходами, віком, рівнем освіти, місцем проживання та ймовірністю звернення до медичних установ. Побудовано прогностичні моделі розвитку ринку медичних послуг у коротко- та середньостроковій перспективі, з урахуванням можливих змін соціальної політики, рівня цифровізації та міграційних процесів. Визначено критичні точки, де потрібна державна інтервенція або цільова маркетингова активність для усунення нерівності доступу. Розроблено систему адаптивної сегментації

споживачів на основі ймовірності звернення за медичними послугами, що дозволяє формувати адресні комунікаційні стратегії для кожного сегменту. Запропоновано універсальну модель маркетингового забезпечення доступності, релевантну для інтеграції як у публічному, так і в приватному медичному секторі.

Дисертація є вагомим внеском у розвиток прикладного маркетингу в галузі охорони здоров'я, оскільки поєднує теоретичні напрацювання з реальними механізмами підвищення доступності медичних послуг для населення. В роботі запропоновано нові методичні підходи до аналізу та оцінювання доступності, зокрема через розробку індексу недоступності медичних послуг, що дозволяє здійснювати глибоку соціально-економічну діагностику проблем системи охорони здоров'я на різних рівнях. Сформовано ефективний інструментарій маркетингового прогнозування, адаптований до вітчизняних умов, який може бути використаний для розробки і реалізації стратегій позиціонування медичних послуг, управління попитом та формування позитивного іміджу медичних установ. Запропоновані рекомендації мають потенціал для впровадження як на національному, так і на регіональному рівнях, оскільки враховують регіональну специфіку, рівень доходів населення, територіальну нерівність та поведінкові особливості споживачів. Їх реалізація сприятиме підвищенню ефективності функціонування всієї системи охорони здоров'я через більш справедливий розподіл ресурсів, підвищення інформованості населення та поліпшення комунікації між медичними закладами та пацієнтами.

Ключові слова: маркетинг, медична послуга, система охорони здоров'я, ринок медичних послуг, витрати на медичні послуги, доступність, прогнозування, соціально-орієнтований маркетинг, індекс недоступності, моделювання попиту.

ABSTRACT

Matviyiv V.V. Marketing of medical services in the health care system. – Qualification scientific work in the form of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 075 – Marketing. – Khmelnytskyi National University, Khmelnytskyi, 2025.

The dissertation is dedicated to a comprehensive enhancement of theoretical and methodological foundations and the development of practically oriented scientific recommendations concerning the marketing support for accessibility of medical services within the national healthcare system. Within the framework of the study, the essential characteristics of medical services were clarified from the standpoint of contemporary marketing management. The necessity of applying the accessibility criterion as a crucial tool in the marketing analysis of the medical services market was substantiated. A unified system for assessing the quality and accessibility of medical services was developed based on a socially oriented marketing approach. The concept of an integrated index of medical services inaccessibility was proposed, and its dynamics were forecasted depending on regional factors, type of settlement (urban/rural), as well as age, income, and socio-demographic characteristics of households.

The research offers a comprehensive exploration of the multifaceted nature of medical services as a special type of service product, which encompasses economic, social, and ethical dimensions. Particular emphasis is placed on the systemic analysis of accessibility, viewed not merely as the formal ability to physically or financially obtain medical care, but as a complex result of interactions among a wide range of factors—such as informational barriers, institutional limitations, consumer psychological attitudes, and infrastructure availability.

It is emphasized that, in the current stage of healthcare market development, it is vital to implement a systematic approach to the evaluation, classification, and standardization of medical services with the aim of improving overall quality and patient satisfaction. Key characteristics of medical services and the main criteria that determine their quality level were identified. A detailed analysis was conducted on the

system of marketing factors influencing the formation of effective interactions between healthcare providers and patients, considering physical, informational, and emotional components of this process.

The first chapter, «*Theoretical and Methodological Foundations of Marketing Support for Medical Services Accessibility in the Healthcare System*» explores the evolution of scientific approaches to defining the nature, characteristics, and provision of medical services in the context of the healthcare sector's market transformation. A comprehensive critical review of economic and marketing literature was conducted regarding service classification, consumption patterns, intangibility, personalization, and the high degree of subjective perception by consumers. The distinctions between medical services and other types of services were identified, which impede standardization of quality assessment using general parameters. Structural analysis of the concepts "accessibility" and "social marketing" was performed from the perspective of constructing a new model of interaction between healthcare providers and patients. Emphasis was placed on the concept of patient-centeredness as a foundation of effective communication strategies in healthcare institutions. Accessibility factors in physical, financial, and informational dimensions were systematized, and a hierarchical structure was proposed according to their influence on consumers. The interconnection between service quality, emotional interaction between doctor and patient, and organizational conditions of service provision was analyzed. For the first time, the author's conceptual model of external and internal marketing policy for healthcare institutions was presented, incorporating principles of medical service positioning, strategic demand management, and sustainable brand formation based on population needs.

The second chapter «*Marketing Analysis of the Medical Services Market in Ukraine under Healthcare System Reform*» presents an in-depth marketing analysis of the factors influencing access to medical services during the transformation of the healthcare system. A comprehensive empirical study was carried out based on a survey of over a thousand households across various regions of Ukraine. The primary socio-economic and behavioral barriers to access were identified, including low income

levels, geographical inaccessibility, information gaps, distrust toward medical institutions, and expectations of informal payments. A multi-level system of accessibility assessment criteria was proposed, incorporating institutional, subjective-psychological, and market-based determinants. Statistical analysis revealed significant differences in consumer preferences regarding public and private medical services, participation in preventive programs, and selection of healthcare financing sources. For the first time in Ukraine, regional clustering based on medical service accessibility was implemented using the integrated inaccessibility index developed by the author. Typical regional profiles were identified, taking into account demographic, economic, and infrastructural features, which allows for tailoring healthcare marketing and management strategies to local needs.

The third chapter «*Marketing Forecasting for Ensuring Accessibility of Medical Services in the Healthcare System*» outlines a comprehensive approach to forecasting demand and accessibility of medical services, based on the development of an integrated inaccessibility index. The construction algorithm of this index was substantiated using an inversion method, which considers the impact of negative factors on consumers' subjective perception of medical care. A multivariate regression analysis was performed to examine correlations between income, age, education level, place of residence, and the likelihood of seeking medical services. Predictive models were developed for the short- and medium-term evolution of the medical services market, accounting for potential changes in social policy, digitalization levels, and migration trends. Critical points were identified where government intervention or targeted marketing activities are needed to mitigate access inequality. An adaptive consumer segmentation system was developed based on the probability of medical service utilization, allowing for the formation of targeted communication strategies for each segment. A universal model for marketing-based accessibility assurance was proposed, relevant to both public and private healthcare sectors.

This dissertation constitutes a significant contribution to the development of applied healthcare marketing by combining theoretical insights with practical mechanisms aimed at improving accessibility of medical services. The work proposes

novel methodological approaches for analyzing and evaluating accessibility, particularly through the development of the inaccessibility index, which enables thorough socio-economic diagnostics of healthcare issues at various levels. An effective marketing forecasting toolkit, tailored to the domestic context, was formulated for use in developing and implementing service positioning strategies, managing demand, and shaping the positive image of healthcare providers. The proposed recommendations hold potential for implementation at both national and regional levels, as they consider regional peculiarities, income disparities, territorial inequality, and consumer behavior. Their realization will promote more efficient functioning of the healthcare system through fairer resource allocation, improved public awareness, and enhanced communication between medical institutions and patients.

Keywords: marketing, medical services, healthcare system, medical service market, healthcare costs, accessibility, forecasting, socially-oriented marketing, inaccessibility index, demand modeling.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії «А», проіндексованих у базах даних Web of Science Core Collection та/або Scopus

1. Kasianova N., Matviyiv V., Zabashtanskyi M., Dubyna M., Rogovyi A., Lashuk O. Financial Support of the Healthcare Development in the Conditions of Digitalization. Universal Journal of Public Health, 2022. Vol. 10, No. 2, pp. 209-218, DOI: <https://doi.org/10.13189/ujph.2022.100207> (Scopus)

Статті у наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії «Б»

2. Matviyiv V. Expenditure on the healthcare system in Ukraine in the context of improving the quality of provision of medical services, *Investytsiyi: praktyka ta dosvid*. 2020. Vol. 15-16. P. 92–99. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.15-16.92> *Індексується і реферується в базах даних*: CrossRef; Index Copernicus; Google Scholar, Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського.

3. Matviyiv V. Analysis of provision of medical services to the population by primary medical care doctors in the conditions of health system reform: regional level. *Економічний простір*. 2020. № 164. С. 147-151. DOI: <https://doi.org/10.32782/2224-6282/164-27> *Індексується і реферується в базах даних*: CrossRef; Index Copernicus; Google Scholar, Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського.

4. Ковальчук С.В. Матвіїв В.В. Маркетингова оцінка проблем в системі надання медичних послуг в контексті реформування сфери охорони здоров'я в Україні. *Економічний аналіз*. 2021. Том 31. № 4. С. 112-124. DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2021.04.112> *Індексується і реферується в базах даних*: CrossRef; Index Copernicus; Google Scholar, Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського.

5 Матвіїв В. В. Рівні доступності послуг ланки первинної медичної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я: маркетинговий підхід. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2022.

Вип. 21(3(52). С. 403–434. DOI: [https://doi.org/10.18524/2413-9998.2022.3\(52\).275822](https://doi.org/10.18524/2413-9998.2022.3(52).275822) *Індексується і реферується в базах даних*: CrossRef; Index Copernicus; Google Scholar, Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

6. Матвіїв В. В. Актуальні проблеми оплати за медичні послуги в Україні: маркетинговий аспект. *Економічний розвиток держави та регіонів в контексті сучасних інтеграційних процесів*: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Ужгород, 19-20 травня 2023 року) / За заг. ред.: М. М. Палінчак, В. П. Приходько, В. В. Химинець та ін. Львів – Торунь: Liha-Pres, 2023. С. 131-135. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-308-1-34>

7. Матвіїв В. В. Маркетингові аспекти впливу вікової категорії респондентів на частоту та рівень звертання за профілактичними обстеженнями: статистично-економічна оцінка. *Управління персоналом у системі менеджменту організацій: тенденції та перспективи розвитку*: збірник тез доповідей II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «»: (31 травня 2023 р., м. Львів). Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2023. С. 107-109. URL:

<https://lpnu.ua/sites/default/files/2023/pages/23984/maket230647.pdf>

8. Матвіїв В.В. Необхідність додаткової подяки лікарям: пережитки пострадянського минулого чи засіб одержання якісних медичних послуг. *International Scientific Conference Science in the Context of Modern Challenges: Problems and Development Priorities*: Conference Proceedings, June 9-10, 2023. Riga, Latvia: “Baltija Publishing”, 2023. P. 83-86. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-318-7-24>

9. Матвіїв В.В. Маркетинговий аналіз витрат домогосподарств населення на медичні послуги в умовах формування доступності вітчизняної системи охорони здоров'я *Маркетинг майбутнього: виклики та реалії*: Матеріали V Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції (м. Київ, 9 червня 2023 року) / Навчально-науковий інститут менеджменту та підприємництва ДУТ.

Київ, 2023. С. 37-42. https://www.dut.edu.ua/uploads/l_2273_25663204.pdf

10. Матвіїв В.В. Регіональний вимір формування змін в системі охорони здоров'я України: маркетинговий аспект. Innovative technologies of marketing and management in conditions of transformational changes. Innovatsiini tekhnolohii marketynhu i menedzhmentu v umovakh transformatsiynykh zmin: theses of the report of the II International Scientific and Practical Conference (February 28-29, 2024, Khmelnytskyi). 253 p. Karlsruhe: ScientificWorld-NetAkhatAV, 2024. С. 157-161. DOI: <https://doi.org/10.30890/978-3-98924-013-1.2024>.

11. Матвіїв В.В. «Співфінансування» медичних послуг для населення в приватних закладах охорони здоров'я в Україні: маркетингові дослідження. *Маркетинг та конкурентоспроможність соціально-економічних систем в умовах сталого розвитку*: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Суми, 17-18 квітня 2024 р.). Суми: ШНАУ, 2024. С. 204-206.

12. Matviyiv V. Marketing aspects establishing a regular interaction with the family doctor and receiving medical services in the conditions of war. *International Scientific Conference Transformation of the Economic System in the Modern Context: Processes, Strategies, Technologies*: Conference Proceedings (May 30-31, 2024. Leipzig, Germany). Riga, Latvia: Baltija Publishing, 2024. P. 90-93. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-447-4-24>

ЗМІСТ

ВСТУП.....	15
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ МАРКЕТИНГОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	24
1.1. Сутність медичних послуг та особливості їх відображення засобами маркетингу.....	24
1.2. Чинники й методи формування доступності медичних послуг: погляд з позицій соціально-орієнтованого маркетингу	39
1.3. Методичні підходи маркетингу у оцінюванні рівня затребуваності і доступності медичних послуг	54
Висновки до першого розділу	68
РОЗДІЛ 2 МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	71
2.1. Детермінантний та кон'юнктурний аналіз рівня доступності ринку медичних послуг в ході реформування системи охорони здоров'я.....	71
2.2. Маркетингове дослідження критеріїв доступності медичних послуг для населення	85
2.3. Маркетингово-статистичний аналіз поведінкових переваг населення на ринку медичних послуг.....	112
Висновки до другого розділу	136
РОЗДІЛ 3 МАРКЕТИНГОВЕ ПРОГНОЗУВАННЯ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	140
3.1. Обґрунтування прогностичних моделей оцінки рівня доступності медичних послуг	140
3.2. Моделювання попиту на медичні послуги для домогосподарств в Україні	162
Висновки до третього розділу	191
ВИСНОВКИ.....	194

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	196
ДОДАТКИ.....	229

ВСТУП

Актуальність теми. Якість життя населення тісно пов'язана не тільки з рівнем економічного добробуту, а й значною мірою визначається ефективністю системи охорони здоров'я в країні. В цій системі одне з провідних місць належить механізмам, які забезпечують функціонування закладів охорони здоров'я. За ринкових умов господарювання головною складовою такого механізму є конкуренція на ринках відповідних послуг. Саме вона слугує спонукальним мотивом до покращання якості задоволення потреб споживачів (клієнтів), тим самим створюючи умови для розвитку тих бізнесів, які першочергово дбають про потреби клієнтів і шукають способи їх більш ефективного задоволення. За відсутності такої клієнтоорієнтованості бізнес не має шансів закріпитись на ринку.

Ринок медичних послуг також функціонує за цими принципами і є одним із тих сегментів, які в останнє десятиліття розширюються дуже стрімко. Це пов'язане з тим, що економічне піднесення, яке відбулося в провідних країнах світу на протязі останніх років суттєво змінило ставлення населення до свого здоров'я, що вплинуло й на ринки медичних послуг. Досягнення науково-технічного прогресу в медицині, розвиток страхового бізнесу, підвищена увага суспільства, а також політичних інститутів до системи охорони здоров'я в багатьох країнах світу є чинниками, які безпосередньо формують нові ринкові механізми в системі охорони здоров'я. Свій внесок у цей прогрес зробила й інформаційна революція, яка значно розширила поінформованість суспільства щодо змісту, видів і способів надання медичних послуг. За цих умов маркетинг має виступати одним з провідних засобів, який має дати змогу медичним установам підвищувати ефективність взаємодії із потенційними клієнтами, надаючи їм усю повноту інформації про можливості ефективного лікування, тим самим формуючи механізм, який дозволить населенню отримати всі переваги взаємодії з системою охорони здоров'я, плануючи свої дії профілактичного і лікувального характеру в найбільш доступній і прийнятній для себе формі.

З огляду на важливість маркетингової складової в діяльності будь-яких суб'єктів ринку, дослідження проблематики маркетингу медичних послуг перебуває в центрі уваги багатьох науковців – як зарубіжних, так і вітчизняних. Зокрема, різним аспектам дослідження маркетингу медичних послуг присвячені роботи таких науковців, як Ф. Котлер, Д. Елрод, Д. Фортенберрі, Д. Тріфіро, А. Гіффорд, Д. Фортні, А. Даар, С. Шакір, С. Сімонс, А. Гейкокс, Д. Хілті, Д. Карран.

Вагомий внесок у опрацювання проблем, пов'язаних з маркетингом медичних послуг в системі охорони здоров'я, здійснено такими вітчизняними вченими як А. Мельник, Т. Желюк, А. Жуковська, Р. Жарлінська, А. Тринчук (Міщук), І. Лепетан, Т. Васильців, Ю. Головчук, Ю. Кравчик, В. Стадник, А. Тельнов, С. Ковальчук, М. Пасько, Л. Мазепа, Є. Лисенко, Т. Жибер, О. Корнілова, О. Мельниченко, В. Огнєв, Л. Бондарєва, О. Соловійова, В. Кравченко, Н. Орлова, О. Алексєєва, В. Таранова, В. Петрихіна, О. Яремчук, О. Назарук, Л. Крячкова, І. Мажак, О. Корнійчук та інші.

Незважаючи на доволі значний доробок, зроблений у цій сфері вітчизняними й зарубіжними науковцями, потребують більш широкого дослідження ті аспекти маркетингу медичних послуг, які зумовлені перебігом реформи у галузі охорони здоров'я в Україні і зміною підходів до медичного обслуговування в тій частині, яка стосується надання спеціалізованих медичних послуг на основі їх оплати пацієнтами. Розширення таких можливостей стало вагомим мотивом для розвитку приватних медичних закладів, підвищення якості надання ними послуг і розширення їх переліку. Це ж зумовило й проблему позиціювання цих послуг на ринку, підвищення їх доступності для різних категорій населення, особливо у віддалених від медичної інфраструктури регіонах. Ці питання відносяться до сфери маркетингу і потребують комплексного дослідження – як стосовно маркетингового позиціювання послуг медичних закладів і їх просування в ринковому контексті, так і щодо маркетингового забезпечення доступності медичних послуг для населення в діючій системі охорони здоров'я в Україні.

Актуальність, наукова й прикладна значущість виокремлених проблем і визначили вибір теми дисертаційної роботи, її мету та завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконана відповідно до тематики наукових досліджень Хмельницького національного університету в межах науково-дослідної теми: «Моделювання стратегій безпечного розвитку інноваційно-орієнтованих соціально-економічних систем» (номер державної реєстрації: 0122U001212), де автором розроблено та апробовано пріоритетність використання критерію доступності в маркетинговому аналізі ринку медичних послуг в системі охорони здоров'я та оцінку рівня доступності медичних послуг з урахуванням найбільш значущих чинників споживчого вибору.

Мета й завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є розвиток теоретико-методичних основ маркетингу медичних послуг та розробка науково-практичних рекомендацій для маркетингового забезпечення доступності медичних послуг в системі охорони здоров'я. Для досягнення зазначеної мети було поставлено і вирішено такі завдання:

- уточнити поняття та особливості медичних послуг з позицій маркетингового управління;
- обґрунтувати пріоритетність використання критерію доступності в маркетинговому аналізі ринку медичних послуг в системі охорони здоров'я;
- використовуючи зарубіжний досвід, окреслити основні цілі соціально-орієнтованого маркетингу в контексті формування методів оцінювання рівня актуалізації і доступності медичних послуг;
- сформувати критеріальну базу і провести маркетингове дослідження доступності медичних послуг за критеріями соціально-орієнтованого маркетингу;
- здійснити маркетингово-статистичний аналіз поведінкових переваг населення України на ринку медичних послуг;
- обґрунтувати прогностичні моделі для оцінки рівня доступності медичних послуг з урахуванням найбільш значущих чинників споживчого вибору;

– здійснити моделювання попиту на медичні послуги домогосподарств України залежно від рівня доходу і в територіальному розрізі.

Об'єктом дослідження є процес маркетингового забезпечення доступності медичних послуг в системі охорони здоров'я країни.

Предмет дослідження – розвиток теоретико-методичних основ маркетингу медичних послуг та розробка науково-практичних рекомендацій для маркетингового забезпечення доступності медичних послуг в системі охорони здоров'я країни.

Методи дослідження. Методологічну основу дисертаційної роботи становить сукупність загальнонаукових принципів, методів та прийомів наукового дослідження, використання яких зумовлене поставленою метою і завданнями. Дослідження ґрунтується на використанні таких методів, як: *абстрактно-логічний метод* - використовувався при узагальненні теоретичних положень, формулюванні понять і категорій «медична послуга», «доступність», «соціальний маркетинг», розробці підходів до оцінки якості послуг); *метод історичного аналізу* - служив для аналізу еволюції уявлень про медичні послуги і доступність у системі охорони здоров'я та маркетингу; *метод теоретичного узагальнення* - застосовано при систематизації наукових підходів, класифікації факторів доступності та інтерпретації емпіричних результатів.; *факторний аналіз* - для виділення ключових чинників, що впливають на доступність медичних послуг, а саме фінансових, інституційних, інформаційних; *кластерний аналіз* - для класифікації регіонів України за рівнем доступності та побудови типових регіональних профілів; *регресійний аналіз і моделювання* - при побудові моделей прогнозування попиту на медичні послуги та рівнів їх недоступності залежно від доходу, віку, територіального чинника; *метод експертних оцінок* - для оцінки значущості окремих індикаторів при формуванні інтегрального показника недоступності медичних послуг; *метод стандартизації* - використовувався при розрахунку інтегрального показника для уніфікації розмірностей і нормалізації даних;

анкетування та соціологічні опитування - для отримання емпіричних даних про сприйняття доступності медичних послуг з боку домогосподарств; *картографічний метод* - застосовано для візуалізації даних за регіональним принципом, що дозволяє виявити просторову нерівномірність доступності.

Інформаційною базою дослідження є законодавчі та нормативно-правові акти України, офіційні статистичні матеріали та дані звітності Державного комітету статистики України, Рахункової палати, ДЗ «Центр медичної статистики України МОЗ України», Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених, тематичні збірники, матеріали науково-практичних конференцій, результати власних досліджень.

Наукова новизна одержаних результатів дисертаційної роботи полягає в поглибленні теоретико-методичних засад, узагальненні теоретичного підґрунтя, вирішенні науково-прикладних завдань щодо маркетингового забезпечення доступності медичних послуг в системі охорони здоров'я України.

Нові наукові положення, одержані особисто автором, які виносяться на захист, полягають у такому:

удосконалено:

- науково-методичний підхід до визначення сутності медичних послуг, на відміну від інших, він ідентифікує медичні послуги як об'єкт маркетингового впливу та акцентує на значущості маркетингового сприйняття критеріїв, що дають змогу оцінити їх якість; це забезпечує обґрунтованість дій менеджменту медичних закладів для формування стратегії їх розвитку, позиціювання на ринку і вибору маркетингових інструментів для роботи з цільовими аудиторіями;

- науково-методичний підхід до формування критеріальної бази для оцінювання рівня доступності ринку медичних послуг в умовах реформування системи охорони здоров'я; на відміну від інших, він враховує пріоритетність у сукупних характеристиках доступності показників доходу домогосподарств

і передбачає їх глибше диференціювання при формуванні та опрацюванні статистичних даних; це дає змогу органам державного управління скласти чіткішу картину причинно-наслідкових залежностей попиту на медичні послуги від рівня доходів населення і вносити необхідні корективи в цінову політику держави і систему реімбурсації в сфері регулювання вартості лікувальних засобів та процедур;

- спосіб ідентифікації маркетингових аспектів доступності медичних послуг для їх внесення у структуру інтегрального показника методом інверсії; на відміну від чинних підходів, такий метод є зворотнім відображенням характеристик досліджуваного явища і в конкретному випадку акцентує увагу респондентів на тих чинниках, які зумовлюють їх недоступність; це дало змогу структурувати складові індексу недоступності медичних послуг за їх значущістю для респондентів, що формує основу для вибору медичними закладами способу маркетингового позиціювання їх послуг на ринку і визначення напрямів покращення надання медичних послуг з урахуванням перебігу реформування системи охорони здоров'я в Україні;

- науково-методичний підхід до оцінки доступності медичних послуг з використанням інтегрального показника в територіальному розрізі, який на відміну від існуючих, передбачає можливість врахування не тільки значущості окремих показників у інтегральній оцінці, а й їх стандартизацію відносно середніх значень; це даватиме змогу органам державного управління коригувати перебіг медичної реформи в напрямках, що є більш значущими для окремих цільових аудиторій, а також вирівнювати відмінності в забезпеченні доступності медичних послуг в регіональному розрізі;

- практичний інструментарій прогнозування сценаріїв розвитку подій на ринку медичних послуг в контексті їх доступності; на відміну від існуючих, в процесі маркетингового статистичного дослідження запропоновано порівнювати рівні актуалізації потреб в медичних послугах із рівнем їх доступності; це дає змогу виявити недоліки в системі охорони здоров'я для різних цільових аудиторій, що апробовано на прикладі

домогосподарств Карпатського регіону;

отримали подальшого розвитку:

- цільові установки реформування системи охорони здоров'я в країні; на відміну від інших, вони акцентують увагу не на економічних чинниках функціонування цієї системи, а надають пріоритетність питанням доступності медичних послуг для цільових аудиторій; це відповідає концепції сталого розвитку країни і передбачає використання суб'єктами управління соціально-орієнтованого маркетингу для роботи на ринку медичних послуг, який поєднує питання якості отримання послуг з питаннями їх доступності.

- маркетингові підходи до моделювання попиту на медичні послуги домогосподарств України; на відміну від інших, їх запропоновано здійснювати за сукупністю критеріїв, що відображаються специфіку функціонування домогосподарств залежно від рівня їх доходу і в територіальному розрізі; результати такого моделювання можуть слугувати основою для коригування дій місцевої влади стосовно розвитку системи охорони здоров'я співвідносно типів домогосподарств.

Практичне значення одержаних результатів. полягає в тому, що основні положення і висновки, наведені в дисертації, доведено до рівня методичних розробок і практичних рекомендацій, впровадження яких сприятиме реалізації запропонованих напрямів формування маркетингової конкурентної стратегії закладів на ринку медичних послуг. Отримані наукові результати впроваджено на регіональному рівні та на рівні підприємств:

на регіональному рівні: в діяльності Департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації (довідка №20 від 20.06.2024 р.);

на рівні підприємств: у практичній діяльності ФОП Панчук Лариса Михайлівна (довідка № 23 від 30.04.2025 р.).

Результати дослідження також використовуються в навчальному процесі Хмельницького національного університету при викладанні навчальних дисциплін «Маркетинг послуг», «Маркетингові дослідження» (довідка 3/13 від 04.12.2024 р.).

Особистий внесок здобувача. Наукові положення, висновки і рекомендації, які виносяться на захист, одержані автором особисто. Усі результати, викладені в дисертаційній роботі, одержані здобувачем самостійно і знайшли відображення в наукових публікаціях автора. Із наукових праць, опублікованих у співавторстві, у дисертації використано лише ті положення, ідеї та висновки, які є результатом самостійної роботи здобувача.

Апробація результатів дисертації. Основні положення й результати дисертаційної роботи оприлюднювалися та обговорювалися на міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференціях: Міжнародна науково-практична конференція *«Економічний розвиток держави та регіонів в контексті сучасних інтеграційних процесів»* (м. Ужгород, 19-20 травня 2023 року); II Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція *«Управління персоналом у системі менеджменту організацій: тенденції та перспективи розвитку»*: (31 травня 2023 р., м. Львів); *International Scientific Conference Science in the Context of Modern Challenges: Problems and Development Priorities: Conference Proceedings* (June 9-10, 2023. Riga, Latvia); V Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція *«Маркетинг майбутнього: виклики та реалії»* (м. Київ, 9 червня 2023 року); *Innovative technologies of marketing and management in conditions of transformational changes. Innovatsiini tekhnolohii marketynhu i menedzhmentu v umovakh transformatsiynykh zmin: theses of the report of the II International Scientific and Practical Conference* (February 28-29, 2024, Khmelnytskyi); Міжнародна науково-практична конференція *«Маркетинг та конкурентоспроможність соціально-економічних систем в умовах сталого розвитку»* (Суми, 17-18 квітня 2024 р.); *International Scientific Conference Transformation of the Economic System in the Modern Context: Processes, Strategies, Technologies: Conference Proceedings* (May 30-31, 2024. Leipzig, Germany)

Публікації. За темою дисертації опубліковано 12 праць загальним обсягом 6,74 друк. арк., з яких особисто автору належить 4,28 друк. арк., в тому

числі: 1 стаття у періодичному виданні, яке індексується у наукометричній базі Scopus, 4 статі у наукових фахових виданнях загальним обсягом 4,92 друк. арк., з яких особисто автору належить 3,14 друк. арк.; 7 – за матеріалами конференцій обсягом 1,82 друк. арк., внесок автора – 1,14 друк. арк.

Структура й обсяг роботи. Дисертація складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 303 найменувань на 33 сторінках, 4 додатків на 55 сторінках. Роботу представлено на 284 сторінках машинописного тексту, у тому числі 43 таблиці та 60 рисунків. Основний текст роботи займає 184 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ МАРКЕТИНГОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність медичних послуг та особливості їх відображення засобами маркетингу

Відмітною ознакою сучасного етапу розвитку суспільств та економік є зростання внеску у задоволення людських потреб сфери послуг. Зважаючи на стрімкий розвиток інноваційних технологій та штучного інтелекту, асортимент послуг і способи їх надання/отримання набувають іншого формату – споживачі хочуть мати змогу обирати ті послуги, які найбільше відповідають їх актуальним потребам і прагнуть отримувати послугу в найбільш зручній для себе формі. Та все ж таки сутність послуги залишається незмінною – це дія певного суб'єкта, спрямована на задоволення певних потреб індивіда, який виступає в ролі замовника послуги і її споживача. При цьому значення і роль послуги видозмінюється, вона все більше набуває персоналізованого характеру, що підвищує суб'єктивізм в оцінюванні якості її надання та висуває додаткові вимоги до її змісту і способу її ринкової пропозиції.

Така тенденція у підвищенні суб'єктивності сприйняття послуги як способу задоволення певної потреби індивіда, а також великий і різноманітний перелік потреб сучасної людини, який зростає по мірі підвищення якості життя, зумовлює потребу в уточненні змісту, який закладається в поняття «послуга» в теорії «сервісного суспільства» (постіндустріального суспільства). У вітчизняній та зарубіжній науковій економічній літературі досі немає чітко визначеного змісту даної економічної категорії і наукові дискусії щодо сутності даного поняття тривають. Залежно від об'єкта

наукових пошуків, які є сферою наукових інтересів і досліджень певних науковців, в основне визначення послуги вводяться все нові уточнення, які допомагають краще зрозуміти способи вирішення тієї проблеми, яку вивчає конкретний дослідник. Тому вважаємо, що важливим для дослідження еволюції наукових поглядів поняття «послуга» є доцільним проведення аналізу історії економічної думки для узагальнення і наукового синтезу даної категорії.

На думку багатьох вітчизняних вчених-економістів започаткував дане поняття понад два століття тому економіст Ж.-Б. Сей, який дав визначення змісту категорії «послуга» [245]. Завдяки його дослідженням дана економічна категорія з'явилася у науковій літературі й стала об'єктом вивчення багатьох науковців. Однак Ж.-Б. Сей уже розвинув дане поняття, яке ще раніше у своїх дослідженнях запропонував відомий англійський економіст А. Сміт. Проте в своїх трактуваннях обидва науковці заклали суттєву відмінність. А. Сміт зазначав, що послуга не створює матеріальної цінності, Ж.-Б. Сей акцентував на виробничому характері послуги. Тобто, вже на цьому концептуальному рівні їх погляди відрізнялись. Дж. Міль, британський економіст класичного напрямку економічної теорії, зробив деяке уточнення в розуміння змісту послуги, акцентуючи на тому, що вона створює корисність, хоча й не втілюється у матеріальних об'єктах (рис.1.1.)

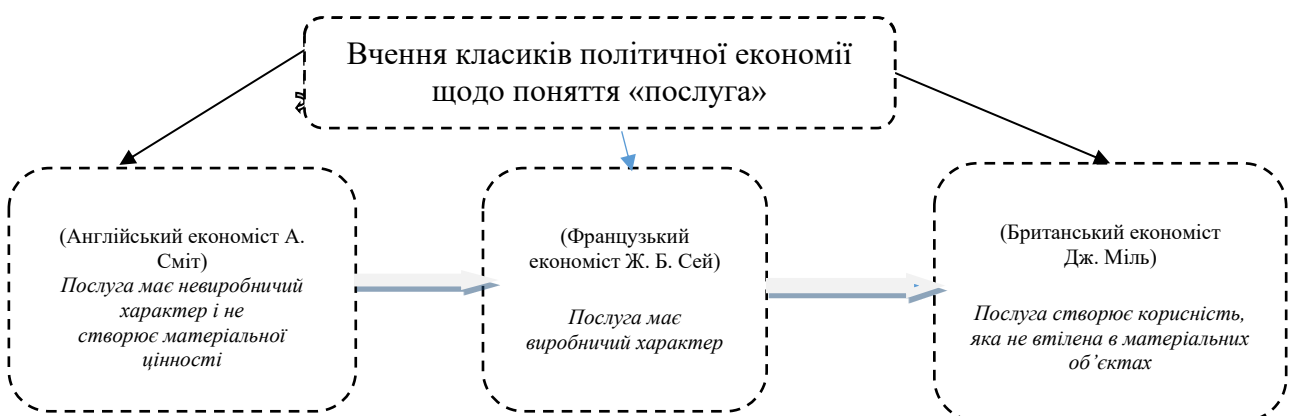


Рис. 1.1. Еволюція поглядів класиків економічної теорії на трактування сутності послуги як економічної категорії

Джерело: [216]

Дж. Міль, досліджуючи різновиди послуг, поділив їх на дві групи. Так, до першої групи послуг він відніс: медичні послуги, освітні послуги та інші, а до другої – працю акторів, композиторів та інших державних діячів [216]. І хоча таке виокремлення послуг нині не зовсім співпадає з існуючими їх класифікаціями, все ж воно стало проміжним пунктом у розумінні того, що є послуги, які супроводжуються певними трансформаціями з предметами праці, а є ті, які носять суто нематеріальний характер. Проте спільним у обох видах послуг є те, що вони мають цінність для того, хто їх отримує.

Беручи за основу цю концептуальну важливість у визначенні терміну «послуга», яку виокремили у своєму трактуванні представники класичної економічної теорії, проаналізуємо сучасні погляди на трактування цієї дефініції, які наведено в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Трактування сутності «послуга» в наукових джерелах

№	Автор	Визначення сутності поняття «послуга»
<i>Послуга як процес</i>		
1.	А. Вітренко	«...процес, що включає ряд неосяжних дій, які за необхідності відбуваються при взаємодії між покупцем та обслуговуючим персоналом, фізичними ресурсами, системами підприємства-постачальника послуг» [6]
<i>Послуга як діяльність</i>		
2.	С. Гончаров, Н. Кушнір	«...трудова діяльність, результати якої відображаються в особливій споживній вартості [9]
3.	Т. Данилюк	«...діяльність, яка здійснюється для задоволення певних потреб або інших зручностей, наданих будь-кому» [11].
4.	Ю. Дишкантюк	«... це економіко-соціальна професійна діяльність, змістом якої є сукупність певних дій, що надаються певними суб'єктами (вузькопрофільними спеціалістами), які, як правило, реалізуються (споживаються) під час їх здійснення (надання) на платних засадах» [26]
6.	<u>ENCYKLOPEDIA ZARZADZANIA</u>	«...це нематеріальна діяльність, яку одна сторона може запропонувати іншій. Послуги мають характеристики невідчутності, непостійності, різноманітності, нерозривності та неоднорідності. Сфера послуг є важливою у світовій економіці. Послуги можна розділити на різні категорії. Існує багато критеріїв класифікації послуг. Просування послуг і якість послуг є важливими факторами продажу послуг» [278].

Завершення табл 1.1

7.	Ф. Котлер	«...Будь-який захід, який одна сторона може надавати іншій, що переважно не сприймає на дотик і не призводить до володіння будь-чим» [195]
8.	В. Золотарьова	«...специфічний товар, який утворюється внаслідок економічної діяльності, у вигляді певних вигід, блага та іншої користі, що їх отримує споживач» [43]
10.	Ю. Коваленко	«...різнорідна економічна діяльність, що здійснюється виробником, задовольняє купівельний попит та потреби, споживається в момент постачання і має відчутний результат» [48]
11.	О. Моргулець	«...економічна діяльність, в результаті якої утворюються додаткові матеріальні чи нематеріальні блага (вигоди), або ж їх поєднання, які продаються і купуються на ринку, а отже є товаром, які організація надає споживачеві в обмін на гроші» [72]
12.	Ж. Рекова	«...це певна нематеріальна дія (діяльність), виражена у конкретному корисному результаті, яка створена особистою працею особи і невідокремлена від виконавця та являє собою певні зміни у зовнішньому світі або стані суб'єкта» [85]
13.	Ю. Тищенко	«...дія, робота, операція, результат господарської діяльності, комплекс заходів щодо надання отримувачу послуги певного, необхідного для нього блага, яке він може спожити як під час отримання послуги (транспортні послуги, побутове, медичне обслуговування), так і використовувати її результати в майбутньому (консультаційні, інформаційні послуги тощо)» [95]
14.	Ю. Штик, А. Бейгул, Л.Шевченко	«...діяльність, яка здійснюється для задоволення потреб або інших зручностей наданих будь-кому» [98]
<i>Послуга як продукт, товар</i>		
15.	С. Плакида	«...специфічний товар інфраструктурного характеру, який виражається в діяльності, пов'язаний із забезпеченням нормального або більш ефективного функціонування учасників ринку» [82]
16.	І. Касатонova	«...послуга – продукт праці, корисний ефект якого виступає не у формі товару, а у формі діяльності, спрямованої на людину» [45]

Джерело: складено автором за результатами вивчення вказаних джерел

Розглянувши цілу низку трактувань вважаємо, що сутність поняття «послуга» умовно в сучасній науковій економічній можна поділити на три групи й ми відповідно згрупували трактування і підходи вчених до даного визначення згідно основних тверджень вчених-науковців, а саме:

- 1) послуга як процес;
- 2) послуга як діяльність виконавця;

3) послуга як продукт, товар.

При цьому бачимо, що в економічних словниках, і в наукових періодичних виданнях з економіки найбільше зустрічається визначення послуги як *діяльність*; дещо менше зустрічається в іншій науково-періодичній літературі з визначення послуги як *продукт, товар* і найменше кількість науковців згадує послугу як *дія, процес*, що свідчить, що дане понятійна категорія на теоретико-методологічному рівні постійно удосконалюється із розвитком та створення все нових видів послуг з'являються щораз нові визначення даного поняття. Тому звертаючись до першоджерел виникнення категорії послуга, вважаємо за необхідне визначити властивість даної категорії і характерні ознаки, які відповідають даному поняттю. Розглянувши основні напрацювання вчених вважаємо, що основну властивість послуги можна зобразити схематично на рис.1.2., де відповідно визначено основну властивість послуги та її зміст.



Рис.1.2. Сутнісна ідентифікація категорії «послуга» з погляду маркетингу

Джерело: авторська розробка

Вважаємо, що процес формування послуги може включати в себе кілька елементів, які функціонально можуть бути віднесені до сфери маркетингу. По-

перше, об'єкт, на якого спрямована послуга, повинен позитивно сприйняти дану послугу, щоб здійснити акт купівлі-продажу, бо в протилежному випадку вона не буде мати сенсу. Слід відмітити, що сьогодні на ринку послуг відбувається постійна поява нових видів послуг. Їх визнання і закріплення на ринку досить складний процес. Далеко не всі послуги будуть прийняті ринком через багато причин.

По-друге, поняття «послуга» ми розглядаємо як дію деяких суб'єктів, спрямованих на отримання певних результатів. Для цього вони мають належним чином позиціонувати послугу на ринку – щоб зацікавити потенційних клієнтів. І далі – розробити певний план, який дасть можливість досягти мети. Це і зайняття стабільної частки ринку, й отримання відповідного прибутку з даної позиції.

По-третє, маркетинговий погляд на зміст послуги акцентує увагу на необхідності налагоджування позитивної атмосфери при організації взаємодії послугонадавача і послугоотримувача – якщо цього не станеться, медичний заклад не буде здатний сформувати свою стабільну клієнтуру.

Маркетинговий погляд на сутність медичної послуги потребує означення їх специфічних властивостей. Нами було здійснено класифікацію медичних послуг за певними їх ознаками (рис.1.3.)

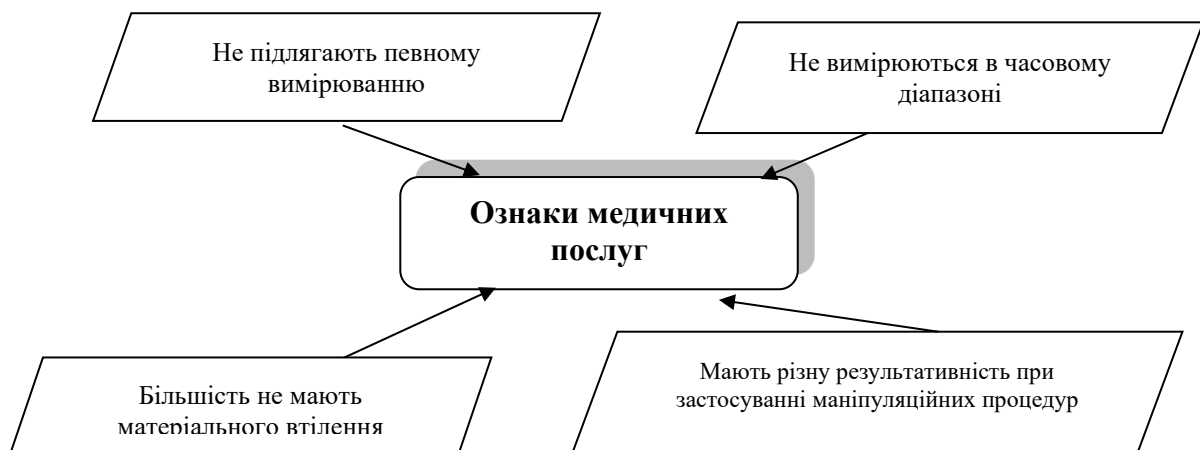


Рис.1.3. Ознаки медичних послуг

Джерело: авторська розробка

Перший критерій, який нами виділяється, пов'язаний з тим, що медичні послуги не підлягають певному вимірюванню та стандартизації. Це зумовлено

тим, що організм людини – це складна система, яка має багато особливостей, які роблять її унікальною з точки зору отримання медичних послуг. Саме тому лікарі повинні детально дослідити особливості кожної людини перш ніж вирішувати питання щодо обрання системи лікування.

Другий критерій стосується того факту, що медичні послуги не вимірюються в часовому діапазоні. Цей критерій також пов'язаний з ситуацією коли організм кожної людини є унікальним і лікар не може заздалегідь визначити та встановити терміни лікування пацієнта.

Третій критерій пов'язаний з тим, що більшість медичних послуг не має матеріального втілення. Це обумовлена тим, що кожна медична послуга фактично унікальна і в значній мірі базується на досвіді лікаря, його фаховості.

Четвертий критерій ознак медичних послуг пов'язаний з тим, що медичні послуги мають різну результативність при застосуванні маніпуляційних процедур. Він також обумовлюється фактом, що організм людини є складною системою, який може по-різному реагувати на одні і ті ж самі процедури або призначені ліки. І лікар ніколи не може бути впевнений, що практика попередніх пацієнтів може бути повторена.

Розглянемо основні критерії якості медичних послуг, які мають враховуватися при їх позиціюванні на ринку. З нашої точки зору вони повинні включати наступні складові: результативність, професійність, комплексність та своєчасність. Розглянемо ці складові більш детально.

Так, критерій результативності медичних послуг формується внаслідок отримання позитивних наслідків від отриманих медичних послуг, тобто пацієнт бути впевненим, що проблема зі здоров'ям вирішена, або вона не загрожує життю пацієнту таким чином не обмежує його фізичні можливості. Результативність впливає на ефективність іміджу медичного закладу та підсилює ефективність маркетингових заходів.

Відносно критерію безпечності можна сказати, що даний вид послуг характеризується тим, що внаслідок отримання тих чи інших процедур здоров'я пацієнта не зазнало суттєвих негативних змін.

Критерій «професійності» прив'язаний безпосередньо до кваліфікації персоналу медичного закладу і характеризується його здатністю об'єктивно встановлювати причини хвороби або проблеми зі здоров'ям пацієнтів. Відповідно – встановлювати правильний діагноз і розробляти програму лікування або обирати відповідний протокол.

Критерій «комплексності» включає в себе можливість комплексного вирішення проблем зі здоров'ям для пацієнтів з точки зору причинно-наслідкових зв'язків, їх появи та відповідно їх усунення, що повинно забезпечити подальше здоров'я для пацієнтів.

Критерій своєчасності характеризується рівнем розуміння пацієнтами своєчасного звертання до певного медичного закладу для вирішення своїх проблем зі здоров'ям. Тому маркетингова програма в значній мірі повинна бути спрямована саме на те, що пацієнт повинен знати із яких саме проблем йому необхідно звернутися в певний медичний заклад.

Сучасний розвиток та реформування закладів охорони здоров'я в Україні вимагає застосування все більш унікальних і перспективних стратегій побудованих на основі маркетингу, що дасть можливість лікарям формувати свою клієнтську базу, а пацієнтам отримувати – якісні медичні послуги та відповідну медичну допомогу.

Зважаючи на той факт, що в сфері охорони здоров'я, окрім звичайних маркетингових підходів повинні застосовувати підходи із соціально-орієнтованого маркетингу, які в першу чергу мають бути орієнтованими на пацієнта, розглянемо маркетингові чинники ефективності взаємодії «лікар-пацієнт». Їх систематизація за ознаками, які дають змогу враховувати оцінку пацієнтами якості медичних послуг (а це лежить значною мірою у сфері емоційного, суб'єктивного їх сприйняття, наведена на рис.1. 4.

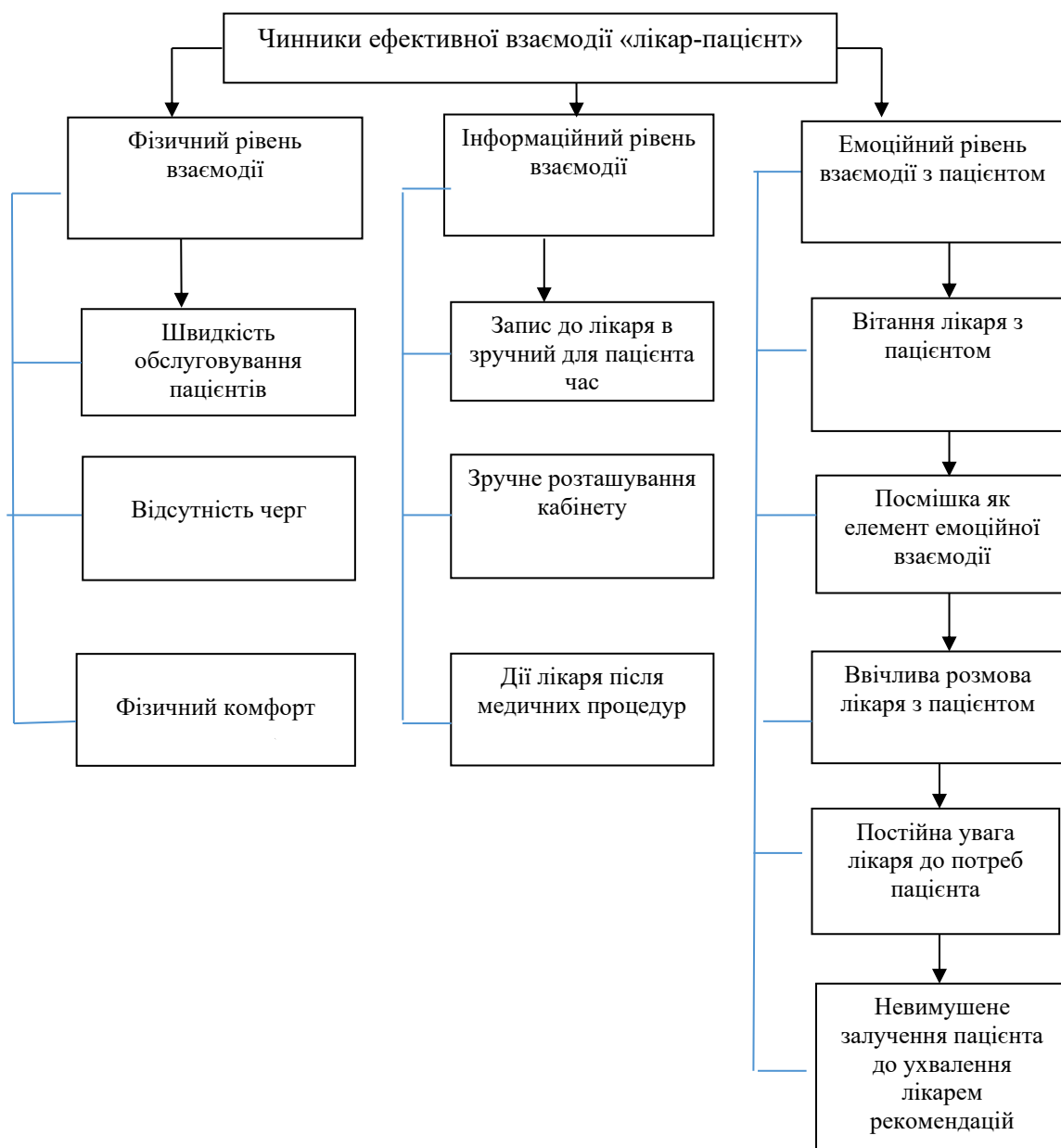


Рис. 1.4. Маркетингові чинники ефективної взаємодії «лікар-пацієнт»

Джерело: авторська розробка

Перша група пов'язана з фізичним рівнем взаємодії. Вона охоплює такі фактори як швидкість обслуговування пацієнтів, фізичний та психологічний комфорт. Ця група чинників фактична пов'язана зі сприйняттям лікарні як середовища, в якому знаходиться пацієнт. Будь-які моменти, які спричиняють незручності можуть викликати у людей негативну реакцію, а відповідно призводити до втрати пацієнтів.

Друга група чинників пов'язана з інформаційним рівнем взаємодії. Дана група включає такі позиції як організація запису до лікаря в зручний спосіб для пацієнта, розташування кабінету лікаря у фізичній доступності до пацієнта та подальша взаємодія лікаря і пацієнта після проведення медичних процедур.

В сьогоденні реаліях багато з позицій мають суттєвий вплив цифрових технологій – коли пацієнтам зовсім не обов'язково особисто телефонувати або приходити до лікарні для того, щоб записатися на прийом до лікаря. В багатьох випадках лікарі уже можуть консультувати пацієнтів також в онлайн режимі, що суттєво спрощує саму процедуру та скорочує час як лікарів так і пацієнтів.

Третя група чинників пов'язана з емоційним рівнем взаємодії пацієнтів з лікарем. В даному випадку сюди включаються такі чинники як характер вітання та розмова лікарем з пацієнтом, постійна увага лікаря до потреб пацієнта, невимушене залучення пацієнта до ухвалення лікарем рекомендацій.

В даному випадку лікар виступає як продавець маркетингових послуг та людина, яка безпосередньо взаємодіє з клієнтом. Відтак всі ті правила гри, які розповсюджені в світі звичайного бізнесу, мають бути поширені і на заклади охорони здоров'я. Вони знаходяться також в конкуренції, саме тому будь-які промахи при взаємодії з пацієнтами будуть ті самі наслідки, що й і у інших видах бізнесу. Це в свою чергу допоможе ефективно взаємодіяти лікарям із пацієнтами, а останні – використовуючи поради медиків будуть отримувати позитивні результати від застосування наданих рекомендацій.

Розглядаючи основні напрями розвитку маркетингу важливо з'ясувати основні тенденції розвитку маркетингу медичних послуг. На нашу думку, їх потрібно досліджувати з точки зору потреб пацієнта – адже будь-який маркетинг спрямований саме на виявлення потреб пацієнтів (або ж навіть їх формування). Він повинен з одного боку привертати увагу клієнтів (пацієнтів), а з іншого боку – створювати імідж медичного закладу та затверджувати його позиції на ринку (рис.1.5).

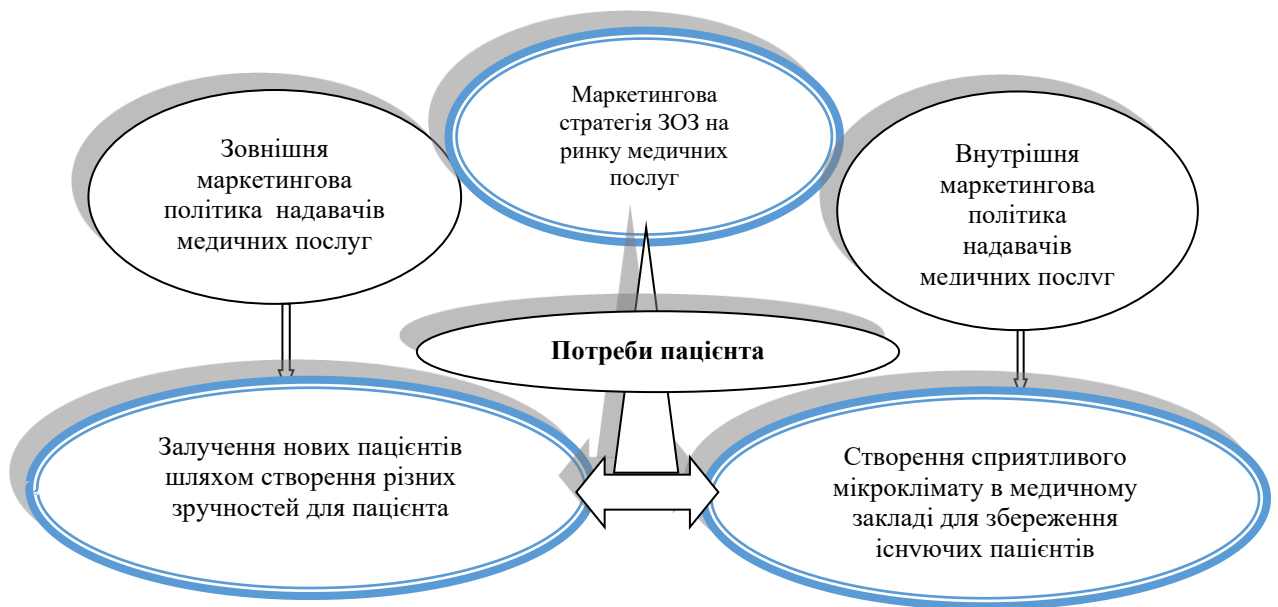


Рис. 1. 5. Принципи реалізації маркетингової стратегії закладів охорони здоров'я

Джерело: авторська розробка

При цьому виділяється дві складові маркетингу закладів охорони здоров'я: зовнішня маркетингова політика та внутрішня маркетингова політика. Вважаємо, що головним поняттям зовнішньої маркетингової політики є донесення інформації до потенційних пацієнтів про перелік послуг, які надає даний медичний заклад. Це також буде сприяти стабілізації та розширенню позицій медичного закладу на ринку відповідних послуг. Внутрішня маркетингова політика має бути спрямована на якість медичних послуг, які надаються, їх цифровізації, створення різних зручностей для клієнтів (пацієнтів), що може позитивно впливати на імідж медичного закладу та спонукати користувачів медичних послуг обирати саме цей заклад. Дана система маркетингу має в кінцевому випадку дати можливість медичному закладу отримувати стабільні фінансові результати за умов лояльного ціноутворення.

Зважаючи на те, що розвиток закладів охорони здоров'я вимагає формування ефективного маркетингу, важливо узагальнити і сформулювати

маркетингову концепцію розвитку медичних закладів в Україні. Схематично її формування подано на рис.1.6.

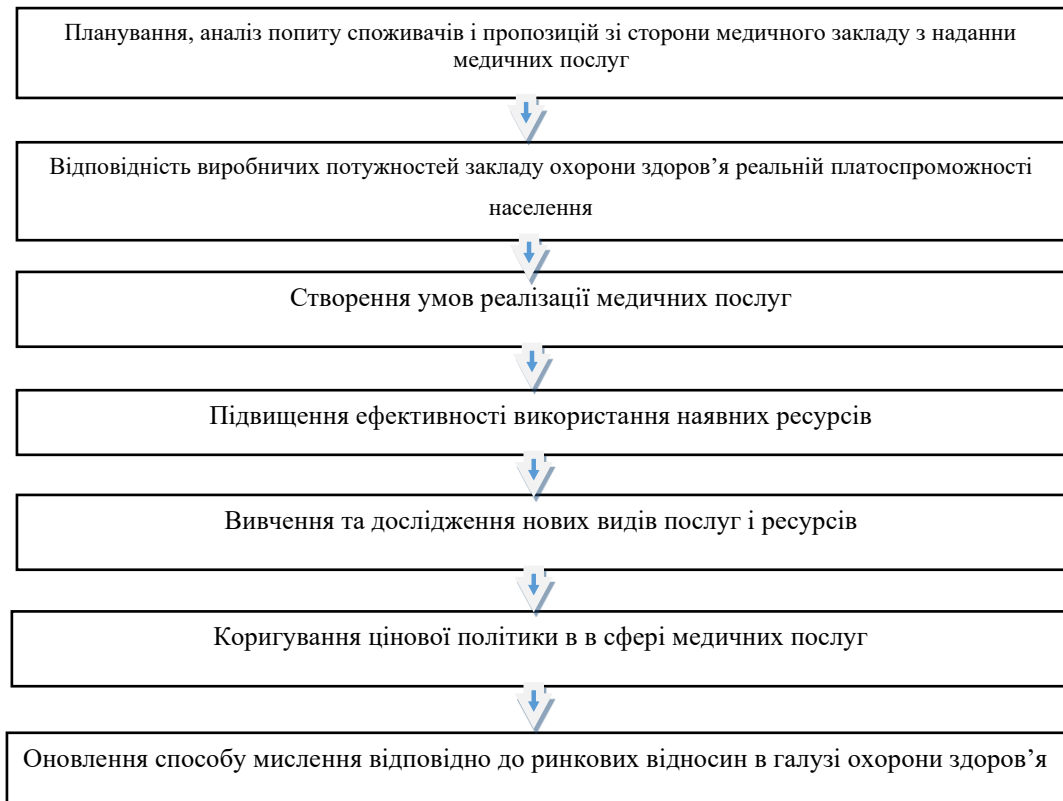


Рис. 1. 6. Маркетингова концепція надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я

Джерело: авторська розробка

Реалізація маркетингової концепції діяльності медичної установи має починатися з планування аналізу попиту споживачів, а також системи послуг, які надаються медзакладами. Це дасть можливість зрозуміти дану систему координат і виявити вільні зони, які повинні розвиватися, виходячи з потреб пацієнтів.

Наступним кроком є оцінка можливості закладів охорони здоров'я надавати медичні послуги за рівнем платоспроможності населення з точки зору їх отримання. Це особливо важливо для України, тому що ціла низка медичних послуг не може бути запроваджена саме в медичних закладах системи охорони здоров'я, причиною чого є низький рівень доходів населення.

Однак є послуги, які можуть бути реально запроваджені після ретельного вивчення стану ринку. Саме за цих умов ми переходимо до наступного етапу нашої концепції, а саме – створення умов для реалізації медичних послуг пацієнтам.

Даний етап передбачає як створення організаційних, так і технічних умов, що в кінцевому випадку повинно позитивно позначитися на прийнятті даних послуг населенням, зайняттям закладів охорони здоров'я (особливо приватним закладам охорони здоров'я) відповідної ринкової ніші, а це в свою чергу дасть можливість накопичувати фінансові ресурси для подальшого розширення спектру надання медичних послуг.

Саме це повинно забезпечити перехід до наступного етапу пропонованої концепції – підвищення ефективності використання наявних ресурсів. Фактично, мова йде про вихід профільних закладів охорони здоров'я на нові ринки і створення нових видів послуг, які можуть базуватися на базі вже запроваджених або на так, які були тісним чином з ними уже пов'язані. Це передбачується на етапі дослідження нових видів послуг і ресурсів.

Наступним етапом може бути політика щодо коригування цін на систему медичних послуг в закладі охорони здоров'я. Це може бути обумовлено як макроекономічними процесами (засобами державного регулювання в контексті прийнятої соціальної політики), так і конкуренцією на ринку.

Нарешті останнім етапом даної концепції є формування нової системи мислення як керівників медичних закладів, так споживачів медичних послуг щодо взаємодії між медичним закладом та ринком. Це потребує певної просвітницької роботи – як із медперсоналом, так і з населенням.

Реалізація маркетингової концепції діяльності медичних закладів потребує використання певних маркетингових інструментів, які мають відповідати маркетинговим цілям. На рис. 1.7 наведена їх класифікація, яку ми пропонуємо використовувати як орієнтир для різних етапів розвитку медичного закладу.

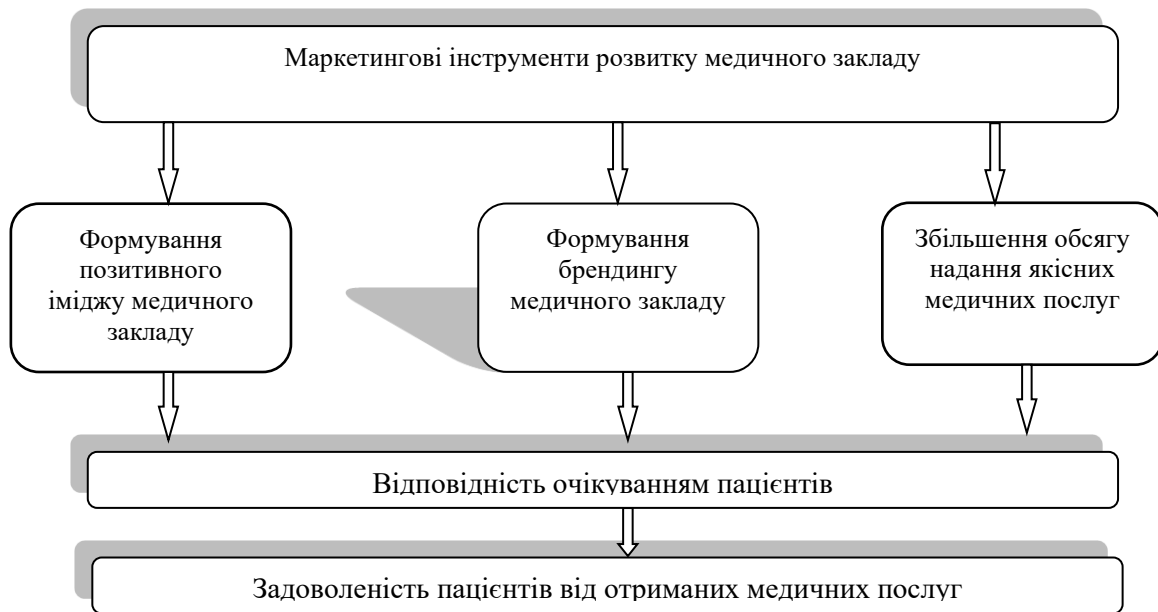


Рис. 1. 7. Маркетингові цілі розвитку медичного закладу

Джерело: авторська розробка

Вважаємо за необхідне виділити такі види маркетингових цілей:

- 1) формування позитивного іміджу медичного закладу;
- 2) розробка політики брендингу медичного закладу;
- 3) збільшення обсягу надання якісних медичних послуг.

Перша позиція стосується формування позитивного іміджу медичного закладу. Дане завдання стоїть перед кожною юридичною особою, хто має на меті створення у клієнтів стабільного позитивного відношення. В основі даного процесу повинна бути безумовно якість медичних послуг та їх доступність. Також важливим елементом є ставлення медичного персоналу до пацієнтів, а також використання сучасних технологій в лікуванні та профілактиці.

Формування політики брендингу медичного закладу також тісним чином пов'язано з попереднім завданням маркетингу. Воно має на меті зробити назву та вид торгівельної марки пізнаваними. Для розробки цих атрибутів бізнесу слід залучати професіоналів.

Третьою складовою маркетингових цілей і кінцевим результатом даної маркетингової політики повинно стати розширення ринку медичних послуг та

збільшення обсягу їх надання, що буде критерієм ефективності даних маркетингових інструментів. В кінцевому випадку це повинно сформувати у пацієнтів відповідність їхнім високим очікуванням та високий рівень задоволеності від отриманих медичних послуг.

Сучасний період розвитку медичної сфери в Україні характеризується процесом реформування системи охорони здоров'я, що мають на меті забезпечити насамперед доступ усіх верств населення до якісних та своєчасних медичних послуг, особливо до первинної медичної допомоги. Реформування ланки первинної медичної допомоги системи охорони здоров'я стало індикатором змін в системі охорони здоров'я України.

Суттєві зміни в медичній сфері населення відчуло у процесі реформування первинної ланки медичної допомоги й, відповідно, отримало можливість оцінити усі негативні і позитивні сторони процесу реформування галузі. Зважаючи на те, що першочергово було реформовано первинну ланку медичної системи, в ході якої замість існуючих дільничних поліклінік утворено центри надання первинної медичної допомоги (ЦНПМД) й сільські лікарські амбулаторії (СЛА) загальної практики, покликані надавати екстрену та невідкладну медичну допомогу населенню, важливою є зворотна відповідь населення на одержані медичні послуги, яке воно змогло отримати за потребою згідно власних фінансових та часових ресурсів і, відповідно, дати об'єктивну (чи суб'єктивну) оцінку даним послугам.

Тобто, реалізація медичної реформи в Україні, спрямована на оптимізацію організації охорони здоров'я, загострила проблему доступності медичних послуг для населення, особливо у віддалених населених пунктах та регіонах з недостатньо розвиненою інфраструктурою. Це суперечить основним тезам концепції сталого розвитку, яка проголошує важливість збалансованості у вирішенні соціальних, екологічних і економічних питань розбудови суспільств і економік. Тим більше, що в питаннях охорони здоров'я ці аспекти людського життя тісно переплітаються. І медичні заклади не можуть реалізувати свою місію і соціально-економічне призначення (надання

високоякісних медичних послуг тим, хто їх потребує) без розуміння того, як забезпечити доступність таких послуг. Вирішення цього питання є не тільки в інтересах суспільства (яке потребує відтворення людського капіталу) і власне пацієнтів (що потребують медичного обслуговування), а й надавачів медичних послуг (які зацікавлені в економічних результатах своєї діяльності). Авторська позиція полягає в тому, що медичні заклади мають займати активнішу позицію у вирішенні питань доступності медичних послуг, керуючись при цьому філософією і принципами соціально-орієнтованого маркетингу.

1.2. Чинники й методи формування доступності медичних послуг: погляд з позицій соціально-орієнтованого маркетингу

У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні особливого значення набуває соціально-орієнтований маркетинг як підхід, що дозволяє зробити медичні послуги доступними, якісними та справедливими для всіх категорій населення. Доступність послуг розглядається не лише як географічна чи фінансова досяжність, а як комплекс чинників, що забезпечують рівні можливості для всіх громадян отримати медичну допомогу, незалежно від соціального статусу, місця проживання чи матеріального становища.

Питання доступності та якості надання первинної медичної допомоги в багатьох країнах світу є важливим об'єктом досліджень багатьох науковців, в тому числі українських. Так, вже з початком реформування медичної галузі в Україні з 2001 року вітчизняні дослідники В. Пономаренко [83], Ю. Вороненко і Г. Лисенко [5], В. Князевич [47] почали аналізувати перспективи реорганізації первинної медико-санітарної допомоги в контексті запровадження практики сімейної медицини, підкреслюючи «універсальність» підготовки лікарів такого фахового спрямування та значні позитивні наслідки для удосконалення екстреної ланки первинної медичної допомоги. Однак, як

згодом відзначила дослідник-соціолог І. Мажак, очікуваний від запровадження інституту сімейної медицини ефект зниження затратного рівня госпіталізації й зменшення частоти викликів швидкої медичної допомоги, за деякими винятками приватної лікарської практики, не дав достатніх результатів, зокрема, через «формальність» сприйняття цілей реформування цієї галузі [57; 58].

У порівняльному дослідженні практики сімейної медицини в Україні та Польщі І. Мажак дійшла висновку про необхідність законодавчого регулювання статусу сімейного лікаря, підвищення рівня оплати праці, вирішення інших проблем в галузі, що сприятиме підвищенню якості надання медичних послуг [59].

В іншому дослідженні І. Мажак визначила загальні підходи до вивчення проблеми «соціальних нерівностей у здоров'ї», під якими розуміють «відмінності у здоров'ї між соціальними групами на підставі таких соціальних детермінант, як гендер, вік, дохід, рівень освіти, професія, зайнятість/безробіття, сімейний статус, наявність дітей, житлові умови, місце проживання тощо...» [60], які, на нашу думку, варто враховувати в подальших дослідженнях проблеми рівня доступності медичних послуг.

Реформування вторинної та третинної ланки медичних послуг стало продовженням розпочатої урядом реформи в медичній системі, що мала на меті покращити існуючу систему фінансування в системі охорони здоров'я. Згідно з основними етапами здійснення медичної реформи, з 1 квітня 2020 року відбулося реформування закладів охорони здоров'я, які надають вторинну та спеціалізовану медичну допомогу, в яких працюють вузькопрофільні медичні спеціалісти. Це дало змогу медичним спеціалістам міських та районних закладів охорони здоров'я надавати спеціалізовану (вторинну) медичну допомогу, а медикам обласних закладів охорони здоров'я і спеціалізованих медичних центрів – високоспеціалізовану (третинну) медичну допомогу для населення.

Реформа вторинної (і третинної) ланки медичних послуг сприяла зміні методики фінансування безкоштовних пакетів медичних послуг, де кожен заклад охорони здоров'я (поліклініка чи лікарня) опирався на перелік відповідних медичних послуг, які надавав пацієнтам в попередні роки, зокрема до початку реформування системи охорони здоров'я.

Враховуючи всі ці фактори, вважаємо, що погляди пацієнтів значною мірою впливають на стратегію реформування системи охорони здоров'я, тому їх маркетинговий аналіз допоможе отримати більш реалістичну оцінку змін, проаналізувати їх результативність й ефективність.

Дослідники в галузі соціальної медицини В. Клименко [46], О. Корнійчук [51] проаналізували стан галузі, визначили фінансово-економічну складову інституційних проблем та виробили практичні рекомендації щодо підготовки сімейних лікарів у сфері надання первинної медико-санітарної допомоги.

Л. Бондарева одна з перших у вітчизняній науці обґрунтувала суть поняття «доступність медичної допомоги» як «організаційно забезпечену можливість надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги населенню країни незалежно від географічних, економічних, соціальних, інформаційних, культурних та мовних бар'єрів» [2]. Вважаємо її бачення доступності медичних послуг таким, що відповідає макроекономічному підходу до аналізу соціальних проблем. Такий підхід корисно використовувати для вирішення завдань державного регулювання соціально-економічного розвитку. Проте в контексті діяльності медичних закладів перелік чинників доступності медичних послуг має бути більш конкретним.

Л. Крячкова розробила систему забезпечення належного рівня чутливості охорони здоров'я до очікувань населення через вплив на основні процеси та функції галузі за рахунок ефективного керівництва, професійно-працюючого медичного персоналу, доступної, якісної та структурно ефективної медичної допомоги, справедливої системи фінансування та зворотного зв'язку у вигляді адекватного інформаційного забезпечення [55].

Прийняття у 2017 р. Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [4], очевидно, стимулювало дослідження вітчизняними науковцями проблеми доступності медичних послуг. У цьому контексті серед найновіших досліджень варто виокремити праці В. Кравченка та Н. Орлової [54], О. Алексеєва, В. Таранова і В. Петрихіна [1], О. Яремчук [99], О. Назарук [74], які, використовуючи методологічні підходи соціальної медицини та державного управління, констатували необхідність продовження реформи медичної галузі з метою удосконалення та забезпечення доступності та якості послуг на рівні первинної медичної допомоги. Водночас вони не конкретизували методи, якими можна цього досягти.

О. Мельниченко та В. Огнєв встановили певну залежність доступності медичних послуг від рівня життя окремих верств населення, запропонували розвивати соціальні програми доступності [69]. Дослідники М. Пасько [81], Л. Мазепа [61], Є. Лисенко [56], Т. Жибер [35], О. Корнілова [52] проаналізували загальні аспекти доступності надання медичної допомоги в умовах сучасного ринку послуг. Вони також звертали основну увагу на соціальні аспекти такої доступності, які стали результатом упровадження медичної реформи і не були підкріплені заходами, які б давали змогу кращого доступу населення до спеціалізованих медичних послуг, особливо у сільській місцевості. Саме жителі таких населених пунктів найбільшою мірою відчули зміну підходів держави до охорони здоров'я і перенесення значної частини турботи про це на місцеві органи самоврядування (наприклад, деякі територіальні громади фінансують утримання пункті надання первинної медичної допомоги за кошти громади). А ще більше – на власні кошти населення, яке вимушено покладатись на власний досвід у лікуванні або ж звертатись по медичну допомогу тільки в разі суттєвих проблем зі здоров'ям.

Загалом, аналіз наукових джерел з питань дослідження чинників формування доступності медичних послуг дав змогу їх систематизувати у вигляді табл. 1.2.

Чинники формування доступності медичних послуг

Група чинників	Характеристика
Соціальні	Рівень освіти та медичної поінформованості населення Соціальний статус Усвідомлення цінності здоров'я Вік, стать, місце проживання
Економічні	Вартість медичних послуг Доступність медичного страхування Доходи населення Державне субсидування та пільги
Організаційні	Географічна доступність медустанов Інфраструктура та технічне оснащення Наявність електронних сервісів (запис, телемедицина) Режим роботи медичних закладів
Політико-правові	Законодавчі гарантії надання медичної допомоги Державні програми охорони здоров'я Регулювання цін і прозорість фінансування Рівень бюрократії та корупції
Культурно-психологічні	Довіра до системи охорони здоров'я Ставлення до профілактики та лікування Наявність стигми (наприклад, щодо психічного здоров'я або ВІЛ) Мовні, релігійні чи культурні бар'єри

Джерело: сформовано автором

Підсумовуючи огляд наукової літератури до проблеми, можемо констатувати, що сучасними дослідниками окреслено загальні підходи до розуміння сутності рівня доступності медичних послуг, в окремих публікаціях проаналізовано практичні аспекти реалізації принципу загальної чи обмеженої доступності населення до медичних послуг. Особливо акцентують на практичних аспектах формування доступності медичних послуг зарубіжні дослідники.

Зокрема, індійські науковці (Ш. Прінджа, А. Чаухан, П. Бахугуна, С. Сельварадж, В. Муралідгаран, Т. Сундарараман), оцінюючи в своєму дослідженні стан доступу пацієнтів до закладів вторинної медичної допомоги (поліклінік і центральних лікарень), дійшли висновку, що найбільш вагомим чинником, який обмежує цю доступність, є вартість медичних послуг. Так, зростання вартості медичних послуг в державних закладах охорони здоров'я

за останнє десятиріччя більш як вчетверо, значно ускладнює отримання медичної допомоги для багатьох громадян [240].

Колектив британських, індійських і австралійських дослідників (Ф. Стіглер, Дж. Масінко, Л. Петтігрю, Р. Кумар, К. Веел), закладаючи в основу дослідження риторичне питання, вважають, що в наукових диспутах не варто вести мову про загальне охоплення населення медичним обслуговуванням, а про те, що потрібно забезпечити населення перш за все доступною для нього первинною медичною допомогою [266].

Нідерландські вчені з Антропологічно-соціологічного центру Амстердамського університету (С. Гест, Й. Спекманн, П. Стріфланд), аналізуючи впровадження первинної медичної допомоги в різних країнах, вважають за доцільне розглядати її з позиції багаторівневого впровадження – як національно-регіональних установ, так і муніципалітетів та місцевих громад [279].

Китайські вчені (Цзяо Ван, Фан'є Ду, Цзе Хуанг, Ю Лю), досліджуючи рівень доступності пацієнтів до клінік в Пекіні, вважають важливим чинником доступності просторово-інфраструктурний чинник. В результаті спостережень вони виявили, що доступність пацієнтів до медичних закладів з передмість до госпіталів є набагато ефективнішою, аніж з периферії міста до центру, оскільки в передмісті є лікувальні заклади, де пацієнти можуть отримати відповідні медичні послуги [286].

Німецькі дослідники (Б. Аугурцкі, Т. Копеч, Г. Шмітц) вказують на великі регіональні відмінності щодо використання стаціонарних медичних послуг, які надають лікарні. Згідно з проведеними ними розрахунками різниця між регіонами становила близько 38% щодо рівня госпіталізації на душу населення. Причиною є те, що в інших регіонах країни медичні потреби в громадян були іншого характеру, не вимагали госпіталізації в стаціонарні відділення лікарень, а також в деяких випадках існувала взаємозамінність стаціонарного лікування амбулаторним [106].

Колектив американських вчених (М. Льюїс, Г. Е., Х. Траа-Валерезо), досліджуючи ефективність первинної медичної допомоги в Ель Сальвадорі, дійшли висновку, що територіальна доступність населення до такого виду медичних послуг є вкрай низькою через погано розвинену інфраструктуру; внаслідок цього пацієнти для отримання первинних медичних послуг змушені звертатися до приватних медичних закладів, оскільки таким чином економлять свій час й отримують ефективне лікування [203].

Цікавими є тези американського дослідника Школи громадського здоров'я Університету Джонса Гопкінса Л. Ші, який пов'язував доступність послуг із їх якістю. Він дійшов висновку, що якісне надання первинної медичної допомоги для пацієнтів сприяє зниженню кількості госпіталізацій пацієнтів у медичні заклади та зменшенню кількості викликів швидкої невідкладної медичної допомоги для населення; відтак, на його думку, цінність ефективного надання первинної медичної допомоги є актуальною як для країн, що розвиваються, так і для розвинутих країн світу [252]. Інші дослідники цієї ж установи (Б. Стафілд, Л.Ші, Дж. Масінко) стверджують, що доступність населення до первинної медичної допомоги дає можливість уникнути багатьох небезпечних захворювань, а в деяких випадках допомагає зменшити кількість летальних випадків [253].

Загалом, можемо констатувати, що в дослідженнях доступності медичних послуг переважає практично-орієнтований підхід, який мало стосується маркетингової складової діяльності медичних закладів. Це створює значні прогалини в даній царині, а отже, актуалізує її дослідження в сучасний період реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Водночас, слід відзначити, досі бракує досліджень проблеми маркетингу доступності надання медичних послуг, особливо в контексті реформування системи охорони здоров'я в Україні на початку XXI століття. В табл.1.3 ми узагальнили можливі методи підвищення доступності медичних послуг засобами соціально-орієнтованого маркетингу.

Таблиця 1.3

Методи підвищення доступності медичних послуг засобами соціально-орієнтованого маркетингу

Метод	Суть / Інструменти реалізації
Сегментація і таргетинг	Визначення соціально вразливих груп населення (пенсіонери, сільське населення, особи з інвалідністю) Розробка спеціальних програм для цих груп
Освітні та інформаційні кампанії	Поширення знань про профілактику, права пацієнтів, доступні послуги Залучення ЗМІ, соціальних мереж, мобільних додатків
Соціально орієнтована цінова політика	Надання безкоштовних або пільгових медичних послуг Субсидування ліків Впровадження соціальних пакетів
Покращення комунікації з пацієнтами	Впровадження онлайн-запису, чат-ботів, телемедицини, SMS-нагадувань Доступні і зручні канали зворотного зв'язку
Партнерство з громадами та НУО	Співпраця з громадськими організаціями, благодійними фондами, волонтерами Залучення бізнесу до соціальних програм
Моніторинг якості та зворотний зв'язок	Опитування пацієнтів Впровадження систем зворотного зв'язку Аналіз результатів та адаптація послуг
Діджиталізація процесів організації надання медичних послуг	Електронні медичні картки Телемедицина Мобільні застосунки для доступу до послуг

Джерело: сформовано автором

Слід зауважити, що серед багатьох досліджень, навіть тих, що індексуються в провідних наукометричних базах, є дуже мало наукових праць, в яких глибоко й вузькопрофільно проаналізовано рівень доступності пацієнтів до вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) ланки медичних послуг, натомість окреслено лише окремі аспекти проблеми доступності пацієнтів до медичних послуг. Тому проблема доступності до медичних послуг вторинної та третинної ланки медичних послуг потребує додаткового аналізу на основі нових джерел і новітніх наукових досліджень. Це, в свою чергу, дозволить оцінити реальний стан проблеми, здійснити обґрунтування перспектив розвитку доступності медичних послуг вторинної ланки для багатьох верств населення.

Опираючись на узагальнення, зроблені нами в табл. 1. 3, ми конкретизували критерії доступності медичних послуг для пацієнтів. Їх врахування орієнтуватиме керівників медичних закладів на виборі способів покращення такої доступності відповідно до специфіки роботи свого закладу.

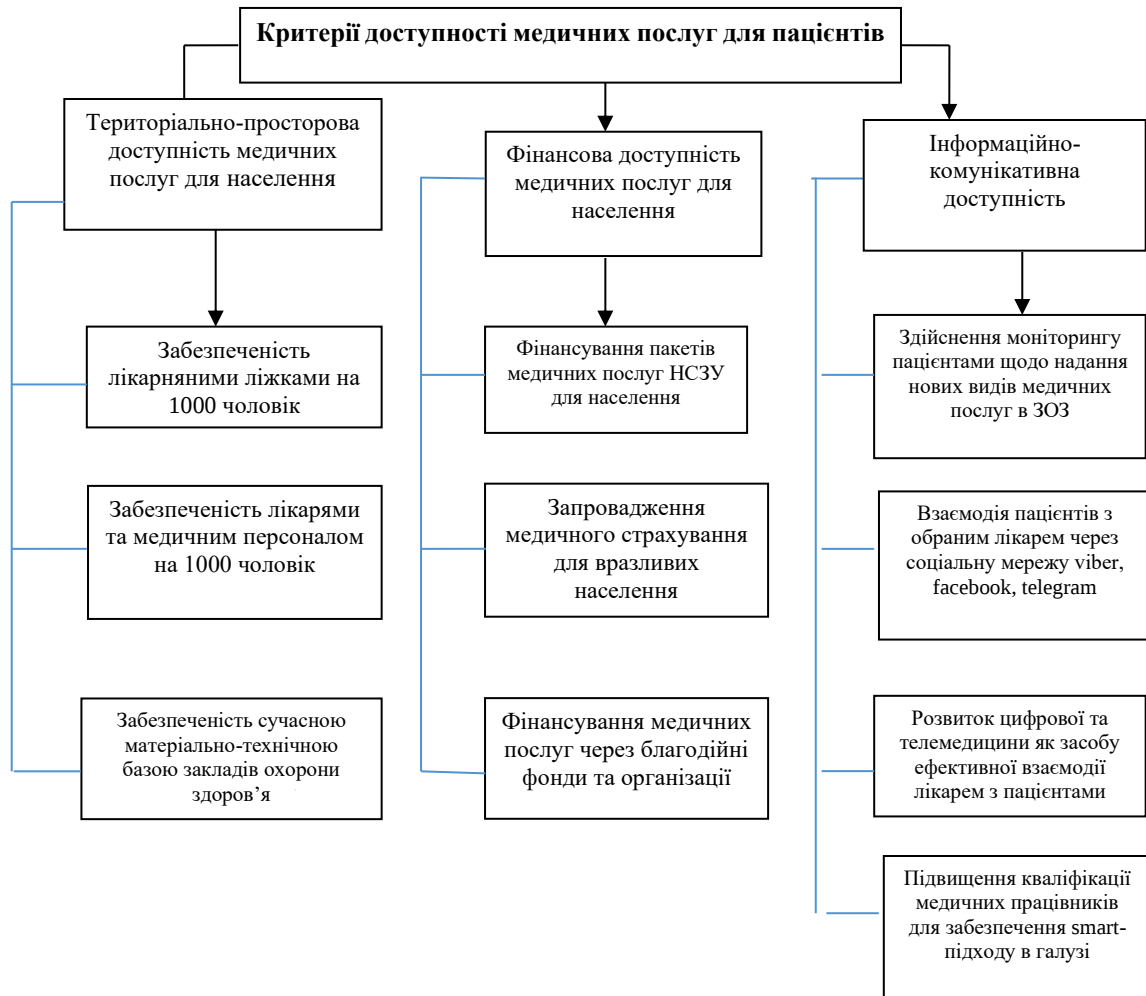


Рис. 1. 8. Критерії доступності медичних послуг для пацієнтів

Джерело: систематизовано автором

Як видно з рисунка, в основу класифікації критеріїв доступності медичних послуг обрано три ознаки:

- 1) територіально-просторова доступність;
- 2) фінансова доступність;
- 3) інформаційно-комунікативна доступність.

Розглянемо більш детально кожний з цих елементів.

Територіальна доступність повинна включати такі критерії як забезпеченість лікарняними ліжками на 1000 чоловік, забезпеченість лікарями та медичним персоналом та забезпеченість сучасною матеріально-технічною діагностичною і лікувальною базою. При цьому забезпеченість лікарями і ліжками, на нашу думку, має оцінюватися за видами медичних послуг, що дасть більш реальну оцінку ситуації в регіонах.

Що стосується фінансової доступності, то в дану групу входять ті критерії, які в значній мірі характеризують рівень соціального розвитку та соціальної спрямованості держави. На жаль, з цим напрямком в Україні завжди були суттєві проблеми. Ми вважаємо доцільним включати в даний блок такі напрямки як фінансування пакетів медичних послуг через НСЗУ для населення, через використання різних засобів медичного страхування, через різні благодійні фонди та організації.

Третій блок пов'язаний з інформаційно-комунікативною доступністю. Він охоплює заходи з організації моніторингу поінформованості пацієнтів щодо надання нових видів медичних послуг, налагодження взаємодії пацієнтів з лікарями через соціальні мережі, розвиток цифрової телемедицини, підвищення кваліфікації медичних працівників для забезпечення SMART-підходу в галузі. Остання позиція може включати в себе досвід європейських країн зокрема в Естонії, де карта пацієнта повністю цифровізована, що суттєво прискорює отримання інформації про історію хвороби та лікування будь-яким лікарем, який має доступ до даної системи.

Виходячи з того, що цінність медичної послуги визнається її отримувачем (пацієнтом) з погляду її здатності задовольняти потребу в усуненні проблем із здоров'ям (як це впливає із ціннісно-орієнтованого підходу в трактуванні сутності послуги як економічної категорії [88]), медичні послуги мають бути *доступними*, але відповідної якості, бо в протилежному випадку пацієнти не будуть обирати ці медичні заклади.

Порівняння отриманих медичних послуг з очікуваними в значній мірі сформує таке поняття як якість медичних послуг. Вона включає не тільки саму

процедуру обслуговування пацієнта при лікуванні, а й такі складові як встановлення правильного діагнозу, недопущення побічної реакції на лікувальні процедури, недотримання самими пацієнтами медичних процедур тощо. В кінцевому випадку всі ці фактори сформулюють результат від лікування. Даний результат це вже конкретний факт вирішення медичної проблеми пацієнта. Фактично він і є головним критерієм діяльності медичного закладу і головним фактором впливу на задоволеність пацієнта процесом і результатом лікування. Однак у більшості досліджень увага акцентується на організаційно-економічних чинниках забезпечення такої доступності, причому ці аргументи стають підставою для висновків про економічну недоцільність широкого доступу пацієнтів до послуг спеціалізованих медичних закладів. Визнається навіть і проблема з доступністю первинної медичної допомоги, якщо вона не підкріплена відповідними організаційно-економічними заходами з боку держави (наприклад, фінансування утримання стаціонарних пунктів первинної медичної допомоги у регіонах з поганим транспортним сполученням).

Разом з тим, з кожним роком у науковій літературі підвищується інтерес до таких методів вирішення проблеми доступності медичних послуг, які належать до сфери відповідальності самих медичних закладів – особливо у їх приватних формах господарювання. А так як в таких формах ведення господарської діяльності ключова роль відводиться економічним результатам і способам їх максимізації (що безпосередньо залежить від кількості споживачів послуг – тих, хто стає пацієнтами медустанов), то питання доступності послуг починає розглядатися не тільки в контексті просторових та економічних чинників, а й інформаційно-когнітивних. Останнє відноситься до сфери маркетингу і з кожним роком викликає все більший інтерес наукової спільноти (рис.1.9.).

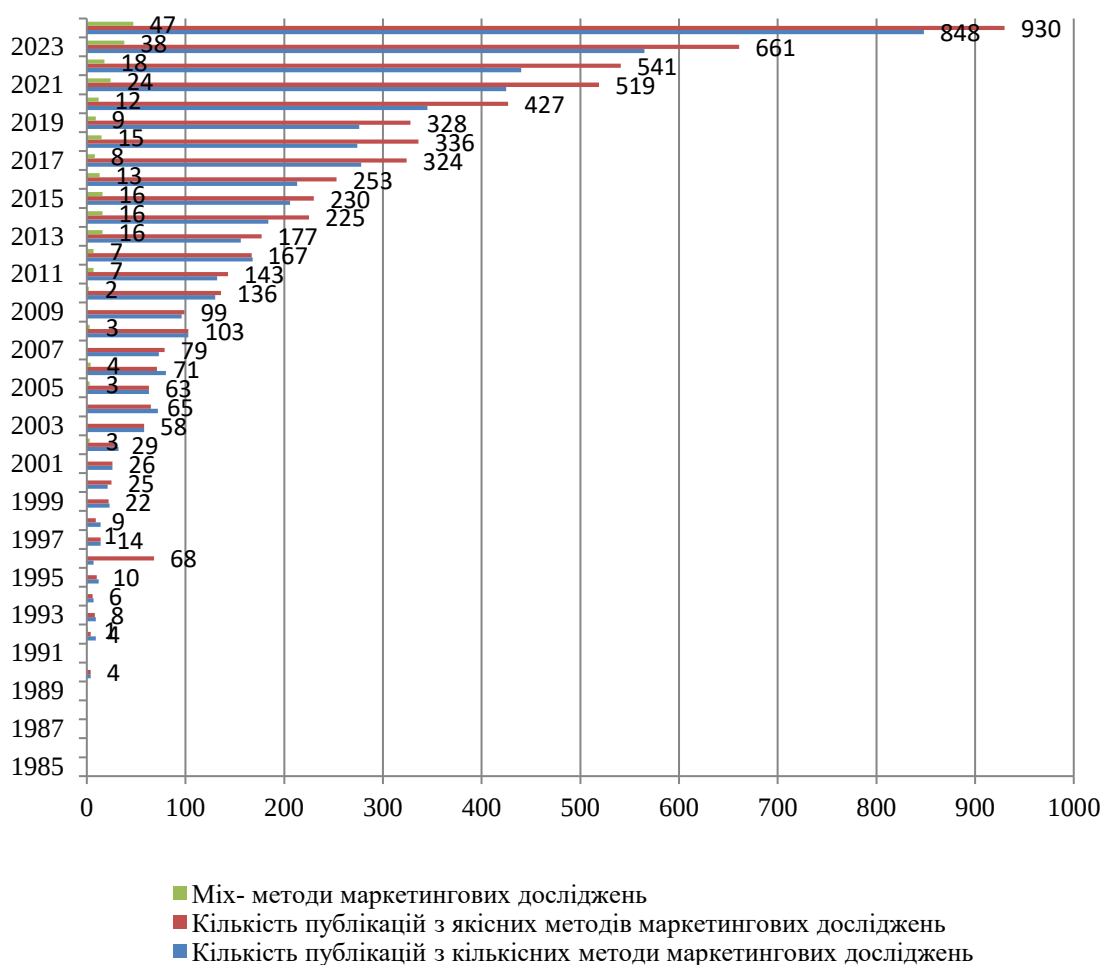


Рис. 1.9. Кількісне відображення публікаційної активності з маркетингової проблематики у сфері охорони здоров'я

Джерело: дослідження автора

Проведений нами аналіз динаміки наукових публікацій з маркетингової проблематики, які відображають їх кількість в провідних наукових виданнях з 1990 по 2023 роки показав, що має місце стала динаміка зростання їх кількості за останнє десятиліття, що прямо вказує на зацікавленість науковців і практикуючих управлінців у використанні функціональних можливостей маркетингу для вирішення завдань покращання роботи медичних закладів. В тому числі – через маркетингове забезпечення процесів формування доступності медичних послуг для тих категорій населення, які цього потребують. Це ще раз підтверджує актуальність даного напрямку досліджень.

З метою більш чіткого виділення та систематизації бібліографічного контенту тематики нашого дослідження було вирішено використати ресурс сайту [lens.org](https://www.lens.org/): Даний сайт дає можливість через використання різних фільтрів і запитів класифікувати результати пошуків відповідних публікацій за авторами, університетами, науковими виданнями. Нами було сформовано науковий запит, який включав в себе наступні ключові слова «Quantitative methods of Marketing Research in Healthcare». Результатом стала відповідь, що за даним запитом є 5475 наукових публікацій.

Зважаючи на масштабність проведеного дослідження, велику кількість публікацій з даної тематики і обмежений обсяг дисертаційної роботи, вважаємо за доцільне здійснити бібліометричний аналіз найбільш продуктивних дослідників, які займалися вивченням даного питання (рис.1.10)

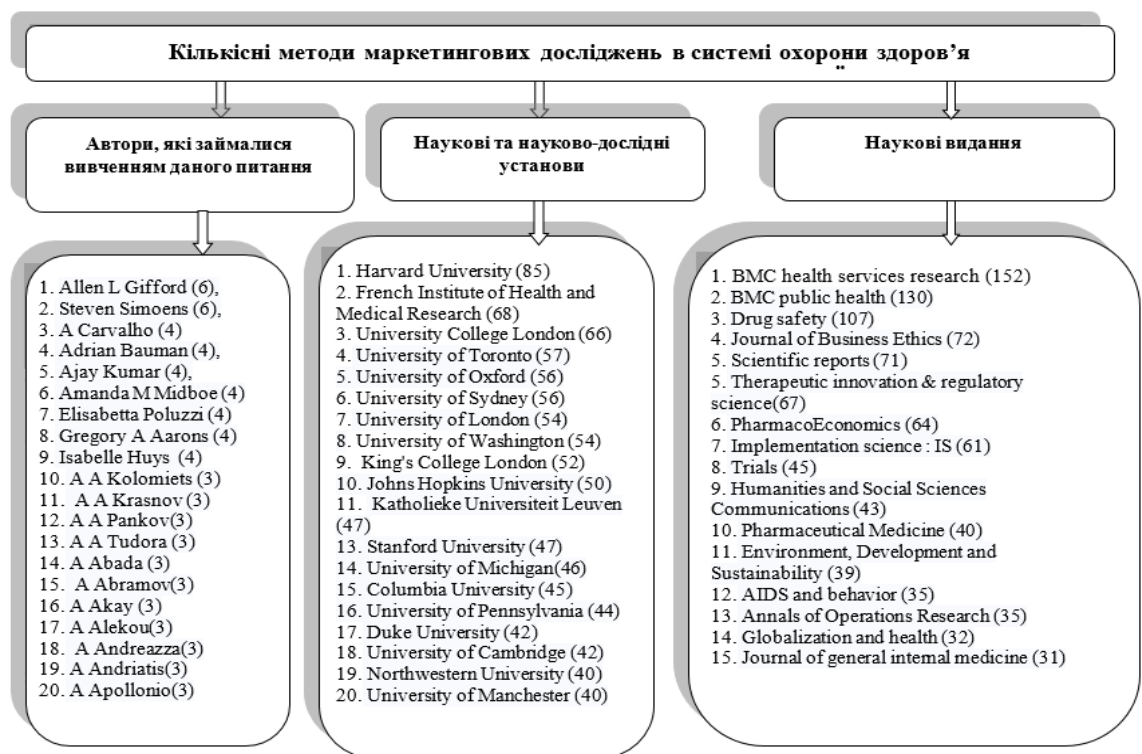


Рис.1.10. Бібліометричний аналіз кількісних методів маркетингових досліджень в сфері охорони здоров'я за період 1990-2024 роки

Джерело: складено автором за допомогою програмного забезпечення <https://www.lens.org/>

За цим запитом виявлено 5475 наукових публікацій. Серед авторів найбільша кількість публікацій належала А. Гіффорд [213], С. Сімоєнс [255], А. Карвалью [118], Т. Попович [238], Ернандес-Марреро [180], Дж. Чен [123]. Що стосується наукових та науково-дослідних установ, то найбільша кількість публікацій з даної тематики була опублікована вченими з Гарвардського університету, French Institute of Health and Medical Research, University College London, University of Toronto, University of Oxford. Основними періодичними науковими виданнями, де були оприлюднені результати наукових досліджень, чільні місця належать «BMC health services research» і «BMC public health». В інших виданнях кількість досліджень з цієї проблеми була менше 100.

Аналіз бібліографії, який стосувався якісних методів досліджень орієнтувався на такі ключові слова: «Qualitative methods of Marketing Research in Healthcare». За ними програмою виділено 6227 наукових робіт, які були опубліковані на протязі 1990-2024 років.

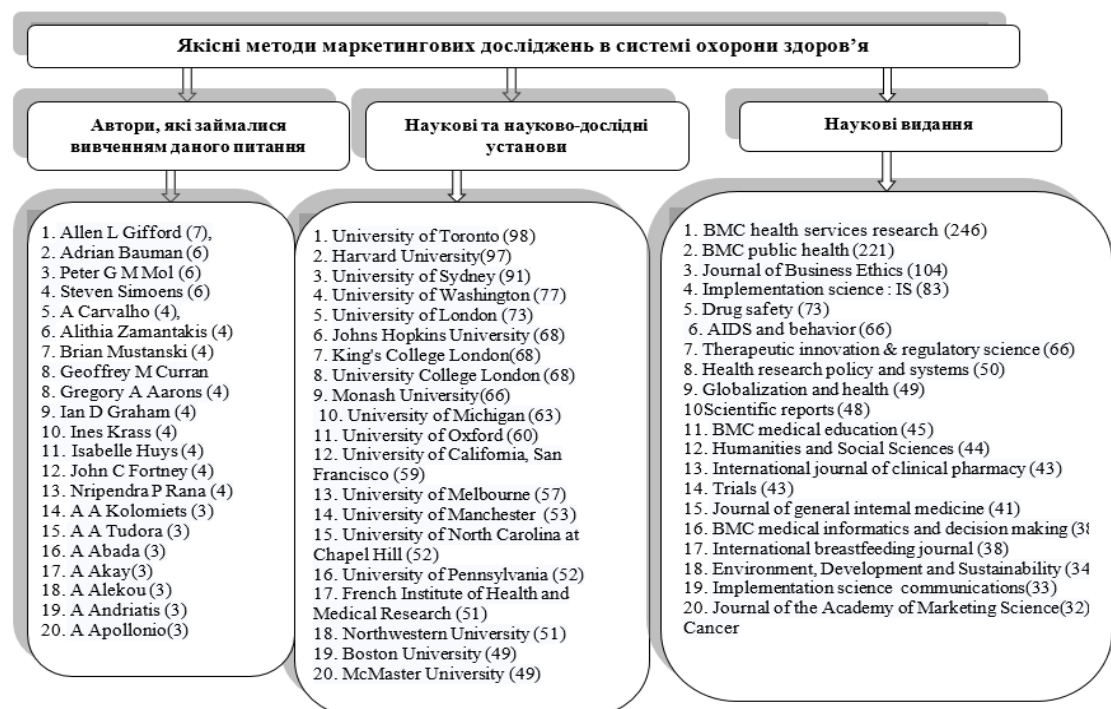


Рис.1.11. Бібліометричний аналіз якісних методів маркетингових досліджень в сфері охорони здоров'я за 1990-2024 роки

Джерело: складено автором за допомогою програмного забезпечення <https://www.lens.org/>

Серед відомих дослідників, які опублікували найбільшу кількість публікацій з використанням якісних методів дослідження першість належала таким науковцям як А. Гіффорд [259], А. Бауман [107], С. Сімоєнс [256], А. Карвалью [119]. Серед університетів проблематика в яких була пов'язана з даними ключовими словами зустрічалася в Harvard University, University of Washington, University of Oxford, Johns Hopkins University, University College London. До основних наукових видань, які опублікували статті з даної тематики належать періодичні наукові видання «BMC health services research», «BMC public health», «Journal of Business Ethics».

За ключовими словами «Mixed methods of Marketing Research in Healthcare» виділяють 3975 публікацій, які були надруковані на протязі 1990-2024 років (рис.1.12).

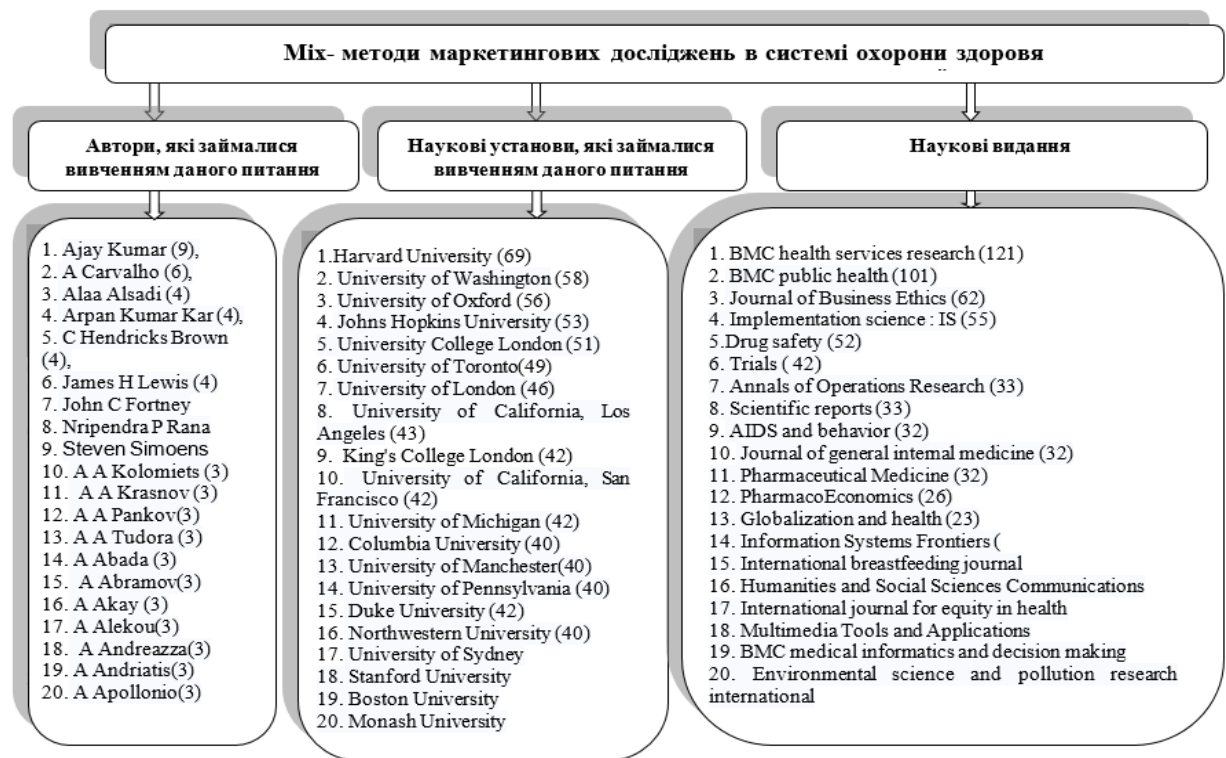


Рис.1.12. Бібліометричний аналіз змішаних методів маркетингових досліджень у сфері охорони здоров'я

Джерело: складено автором за допомогою програмного забезпечення <https://www.lens.org/>

Аналіз публікацій за авторами дав можливість встановити, що найбільша кількість публікацій належала такому автору як А. Карвалью [118-119]. Серед університетів, проблематика в яких була пов'язана з даними ключовими словами зустрічалася в Harvard University, University of Washington, University of Oxford, Johns Hopkins University, University College London. З наукових видань слід виділити такі журнали як «BMC health services research», «BMC public health», «Journal of Business Ethics».

Таким чином, ресурси даного сайту дають можливість чітко структурувати науковий пошук за обраною тематикою і визначити, що вона цікавить багатьох дослідників. Водночас для нашого дослідження важливими є ті дослідження, що безпосередньо стосуються питань маркетингового аналізу доступності медичних послуг. Зокрема, вибору тих критеріїв, які дають змогу використати маркетингові підходи до формування критеріальної бази оцінювання доступності медичних послуг.

1.3. Методичні підходи маркетингу у оцінюванні рівня затребуваності і доступності медичних послуг

Галузь охорони здоров'я є однією з головних об'єктів дослідження не тільки з точки зору самої медицини, а й як ринок зі своїми механізмами регулювання, який має створювати ефективну систему охорони здоров'я в країні, використовуючи усі новітні досягнення в медичній галузі. Це відповідає принципам людино-центричного підходу в управлінні соціальними і економічними процесами. Саме виходячи з цього створюються національні системи охорони здоров'я, які на протязі XX-XXI століття отримали суттєвий розвиток в багатьох країнах світу.

Становлення національних систем охорони здоров'я відбувалося з урахуванням багатьох чинників – починаючи від загального рівня соціально-економічного розвитку країни і добробуту та рівня якості життя населення в ній (а значить – співвідношення платних і безоплатних медичних послуг), і

завершуючи виокремленням засобів профілактики та лікування специфічних хвороб, які були поширеними в певних регіонах, зважаючи на їх клімат і частоту контактів із потенційними носіями таких хвороб у їх природному ареалі (найчастіше це країни Південно-Східної Азії та Південної Африки). З розвитком фармації і засобів медичної діагностики в національні системи охорони здоров'я вносились деякі правки, але їх основне призначення залишалось незмінним – формування такої державної політики у сфері охорони здоров'я, яка б забезпечувала відтворення людських ресурсів. І це передбачало дотримання основного принципу реалізації такої політики – доступності медичних послуг.

Цей принцип закладено в основу стратегії діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я, що задекларовано в 1978 у Алма-Аті на Міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги [79]. В цій декларації зазначається, що здоров'я людини – це її основоположне право, а досягнення найвищого можливого рівня здоров'я є найважливішою світовою соціальною метою, реалізація якої вимагає дій багатьох інших соціальних та економічних секторів. У декларації зазначається: «Економічний і соціальний розвиток, заснований на новому міжнародному економічному порядку, є головним фактором для досягнення здоров'я для всіх і для зменшення розриву між станом здоров'я в країнах, що розвиваються і в розвинених країнах» [293].

Актуалізація цього питання у політичній сфері найбільш чітко проявилась на початку XXI століття – в результаті схвалення світовою громадськістю концепції сталого розвитку. Вона була прийнята 25 вересня 2015 року на Генеральній Асамблеї ООН і серед цілей сталого розвитку виокремлювались і ті, що стосуються охорони здоров'я. Це зумовило зростання інтересу наукової спільноти до питань якості медичного обслуговування і охоплення населення медичними послугами. Нині ця проблематика є одним з центральних об'єктів дослідження в багатьох країнах світу, про що свідчить значна чисельність наукових публікацій в провідних наукових базах світу таких Scopus ; Web of Science та інших. Вирішенню цих

питань присвячене і наше дослідження, серед цілей якого є й аналіз підходів до забезпечення доступності медичних послуг з урахуванням специфіки їх надання/отримання.

Як зазначається в дослідженні колективу науковців Університету Східного Кентуккі та ряду науковців з інших країн, процес охоплення населення універсальними медичними послугами можна умовно поділити на чотири періоди (рис. 1.13).

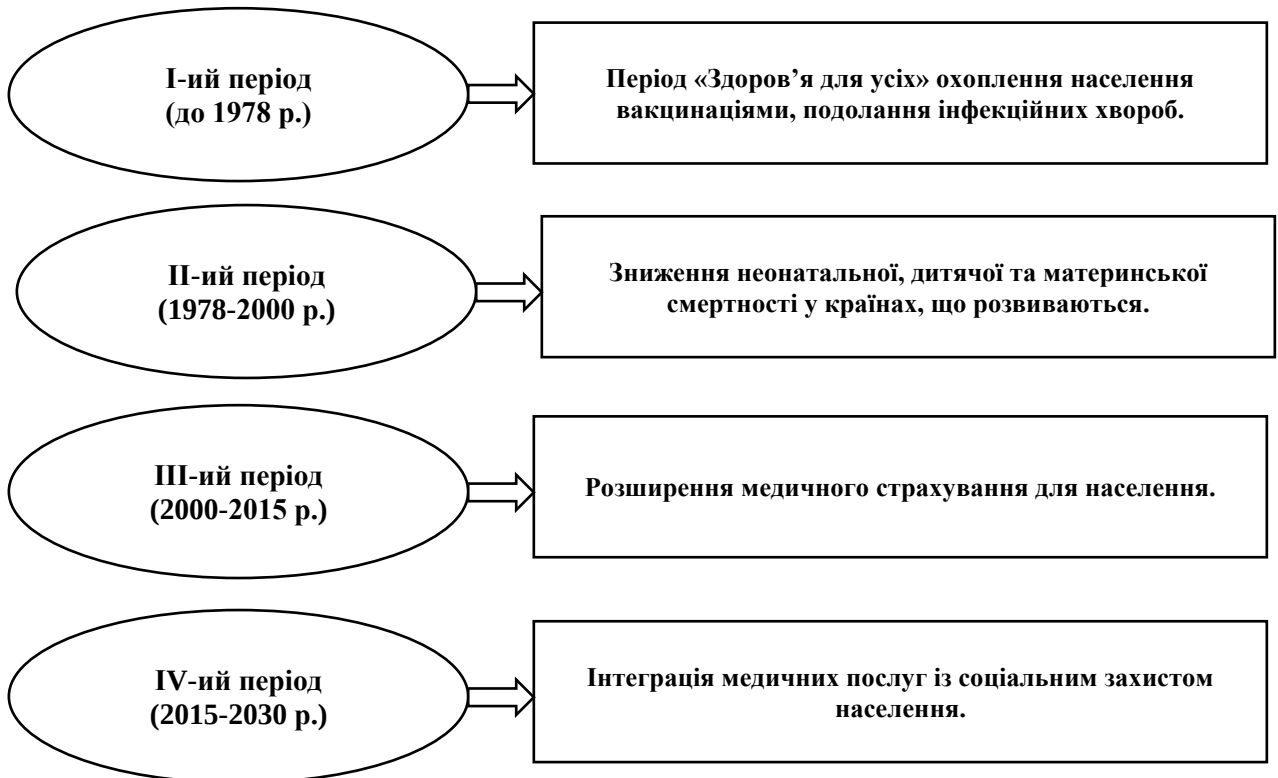


Рис. 1.13. Еволюція охоплення універсальним медичним обслуговуванням населення у світі

Джерело: Складено на основі [216, 218, 245]

На думку авторів, впродовж першого періоду головні зусилля системи охорони здоров'я були спрямовані на вакцинацію населення та відповідно подолання багатьох інфекційних хвороб. Головним завданням другого періоду було суттєве скорочення дитячої смертності, в першу чергу в країнах, що розвиваються. Впродовж третього періоду відбулося розширення системи страхування медичних послуг.

Нарешті, останній період, який на думку авторів розпочався у 2015 році, буде тривати до 2030 року. Головною особливістю даного періоду має стати інтеграція медичних послуг із соціальним захистом населення.

Як випливає із завдань третього і четвертого періодів, їх відмітною особливістю є розвиток систем фінансування медичних послуг, які б дали можливість переважній більшості населення використовувати сучасні світові досягнення системи охорони здоров'я з метою покращення якості життя та рівня отримуваних медичних послуг. Ці завдання залишаються актуальними і досі, що потребує розуміння того, які саме медичні послуги мають бути доступними населенню і як цю доступність забезпечити. Тобто, важливо окреслити критерії, за якими й можна говорити про достатній (або недостатній) рівень доступності медичних послуг населенню.

В контексті означеного завдання велись і ведуться дослідження різних аспектів охорони здоров'я. Так, цікавим для обговорення є дослідження науковців з Відділу глобальної охорони здоров'я та народонаселення Гарвардської школи громадської охорони здоров'я щодо оцінки ефективності охоплення медичним обслуговуванням матерів і дітей [202]. Вчені провели дослідження у восьми країнах, де резюмували низьку якість надання медичної допомоги у сфері догляду за хворими дітьми.

Науковці Колумбійського університету, вважають, що багато національних систем охорони здоров'я не здатні охопити доступним якісним медичним обслуговуванням населення у багатьох країнах світу. На думку дослідників, забезпечення охоплення доступним медичним обслуговуванням населення сприятиме економічній стабільності в державі, а фінансове вирішення даної проблеми можливе через певні міжнародні механізми, які можуть потребувати залучення міжнародних донорів [170].

Вчені з Університету Гвельфа та Відділу молекулярної генетики Університету з Торонто вважають, що значна частина світу не має доступу до медичних послуг, а способи вирішення даної проблеми лежить у політичній площині. В дослідженні вчені досліджують питання щодо того як політичні

рішення багатьох урядів можуть сприяти медичним реформам і сприяти або зволікати з вирішенням питань щодо охоплення якісним медичним обслуговуванням населення [183].

Колектив науковців з США, Індонезії та Гани, досліджуючи ефективність впровадження національних медичних реформ, які були спрямовані на загальне охоплення медичним обслуговуванням у дев'ятих країнах Африки та Азії з низьким рівнем доходу населення, дійшли висновку, що відбулися деякі позитивні тенденції в досліджуваних країнах, де населення зменшило власні витрати на медичні послуги – завдяки тому, що в досліджуваних країнах зріс рівень державних витрат на охорону здоров'я [204].

Ці та інші дослідження у сфері охорони здоров'я засвідчують, що проблематика доступності медичних послуг розглядається передусім з позицій державної соціальної політики і стосується питань, які є актуальними для країн з низьким рівнем доходів населення, більша частина населення яких не має коштів для оплати медичних послуг. Водночас, по мірі зростання рівня достатку населення і збільшення участі держави у фінансуванні програм охорони здоров'я, розвитку страхової медицини та інших позитивних зрушень у розвитку медичної галузі, все більше поставало питання про те, як мають працювати медичні заклади в умовах, коли їх діяльність фінансується не державою, а здійснюється на платній основі з відшкодуванням витрат страховою медициною або коштом пацієнтів. Це означає їх перехід до роботи на засадах конкуренції, в яких ключова роль у роботі зі споживачами послуг належить службі маркетингу.

Зазначимо, що маркетингове забезпечення діяльності тих чи інших суб'єктів господарювання в конкретній галузі залежить від цілей, які є визначальними для розвитку усіх суб'єктів даної галузі. Вони (цілі) змінюються з часом і залежать від нових досягнень у галузі. В медичній галузі це може бути відображено як перехід від Медицини 1,0 до Медицини 4,0 (рис.1.14).

На етапі Медицини 1.0 було закладено основи маркетингу системи охорони здоров'я та сформовані його базові принципи, які включали в себе особисту репутацію лікаря та представлення лікаря широкій громадськості. На етапі Медицина 2.0 основна увага маркетингу була спрямована на поширення реклами на телебаченні, радіо та газетах. На етапі Медицина 3.0 було зародження сучасного маркетингу, який досліджував задоволення потреб споживача. Нарешті, на етапі розвитку Медицини 4.0 почався розвиток цифрового маркетингу, а саме впровадження можливостей, які надає ChatGpt, використання телемедицини послуг та автоматизація процесів, яка пов'язана з різними цифровими технологіями.

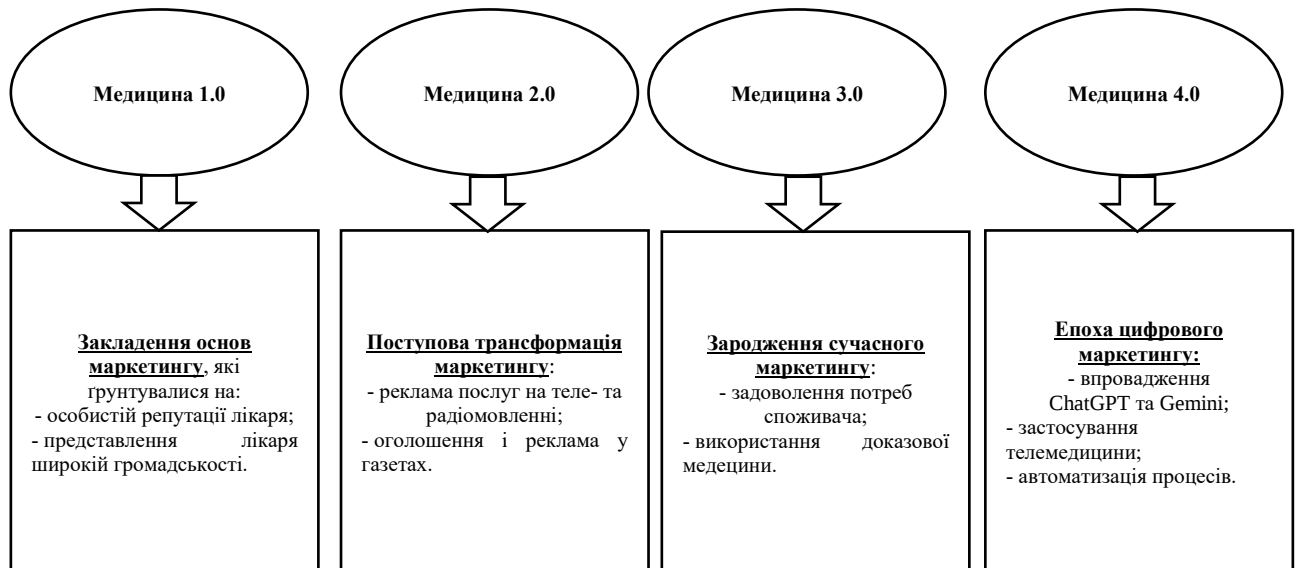


Рис. 1. 14. Еволюція маркетингових цілей для медичних закладів в системі охорони здоров'я – від Медицини 1.0 до Медицини 4.0

Джерело: складено автором

Як видно з рисунку, на перших двох етапах фактично здійснювалася інтеграція маркетингу в роботу медичних закладів, що було пов'язане з суттєвим зростанням в цілому ринку медичних послуг через підвищення рівня життя населення в багатьох країнах та розвитку ринку страхування. На двох других коло маркетингових цілей розширилось, вони стали більше акцентувати на якості обслуговування (включно з персоналізацією спектру

послуг) і результативності лікування. На четвертому етапі медицина долучилась до прогресу у сфері інформаційних технологій і в маркетинговому забезпеченні діяльності медичних закладів більше уваги стало приділятися роботі з клієнтами в інтерактивному режимі, що сприяло більшій поінформованості пацієнтів про можливості отримання медичних послуг – навіть без відвідувань лікаря для отримання деяких консультацій.

Водночас як для окремих медичних закладів, так і для системи охорони здоров'я продовжувало бути актуальним питання прогнозування тенденцій в сфері медицини і те, як вони можуть вплинути на організацію охорони здоров'я і діяльність медичних закладів, що надають медичні послуги. Отримати відповіді на ці питання давали численні опитування, які здійснювались у глобальному вимірі і на основі яких формувалась загальна картина щодо стану здоров'я у світі і тих проблем зі здоров'ям, які є найпоширенішими і які потребують найбільших зусиль для їх усунення.

Результати цих опитувань носили не лише статистичний характер, а й маркетинговий – адже їх аналіз створював живильне середовище для маркетингових кампаній – як щодо виведення на ринок нових лікувальних засобів, так і щодо розширення досліджень для створення нових препаратів для лікування найбільш поширених хвороб, які складно піддаються лікуванню. Численні дослідження такого спрямування дали змогу науковцям виявити перелік глобальних проблем в системі охорони здоров'я, які визнавались актуальними у 2018 -2022 роки (рис.1.15).

Результати дослідження показали, що основною глобальною проблемою у 2020-2022 роках була проблема коронавірусу, яка суттєво переважала інші проблеми, які мали місце в системі охорони здоров'я. У 2022 році її як найбільш головну проблему відмічало 47% населення в світі. На друге місце вийшли проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям населення. Питома вага респондентів, хто відмічав актуальність цих проблем зросла з 27% у 2018 році до 36% у 2022 році. Дуже значною залишилася проблема раку, хоча питома вага тих, хто акцентує на значущості цієї проблеми, зменшилася з 52% у 2018

році до 34% у 2022 році. Відносно стабільною є проблема стресів у населення. Кількість респондентів, які відмічали дану проблему дорівнювала 25% у 2018 році та 26% в у 2022 році. Проблему ожиріння населення вважали суттєвою у 2018 році 33% та 22% у 2022 році.

Серед проблем, які набрали найменшу частину відповідей респондентів є проблеми з палінням (11%), деменція (деменція 5%) та інфекційні захворювання (3%). Досить дивним було те, що таке захворювання як хвороби серцево-судинної системи, яка є серед лідерів причин смертності населення в світі в якості серйозної проблеми відмітили у 2022 році лише 13 відсотків респондентів.



Рис.1.15. Основні проблеми в системі охорони здоров'я, які мають глобальний характер

Джерело: сформовано на основі результатів опитувань

Звісно, наведені цифри відображають глобальні проблеми зі станом здоров'я населення, вони мають певний розкид в розрізі різних країн і саме їх мають враховувати медичні заклади цих країн для того, щоб розробляти плани і маркетингові заходи для їх реалізації.

Ще одна група запитань в глобальному опитуванні стосувалася відповіді населення й оцінки поглядів респондентів щодо якості одержаного медичного обслуговування. Досліджувались питання, які стосуються загальної організації охорони здоров'я в країні, які формують сприйняття цієї системи як такої, що функціонує якісно. Це й вартість послуг, і довіра до лікарів, і організація прийому в медичних закладах, і час, який відводиться для стандартного очікування в черзі для отримання послуги тощо. Їх узагальнений перелік наведено на рис.1.16, а графічна візуалізація результатів окремих цих досліджень наведена в додатку Б.



Рис.1.16. Критерії якості надання послуг в системі охорони здоров'я
(глобальний вимір)

Джерело: сформовано на основі результатів опитувань

Таким чином, правильно організоване опитування з опрацюванням отриманої статистики за методиками, які забезпечують достовірність результатів, може дати відповідь на те, якими є найбільші загрозливі

проблеми, пов'язані зі здоров'ям і для усунення яких люди будуть звертатися за допомогою у заклади охорони здоров'я. Відповідно, можна припустити на вирішення яких проблем будуть спрямовані витрати домогосподарств, що в свою чергу буде формувати ринок медичних послуг.

Отже, маркетингове забезпечення розвитку медичних закладів потребує використання статистичних методів, які базуються на масивах даних. Мова йде про широкі верстви населення, і для того щоб оцінити подальший стан справ, як правило намагаються отримати зворотню інформацію серед населення. Найбільш перевіреним і репрезентативним в даному випадку способом є анкетування самого населення, тобто проведення відповідного анкетного дослідження, що має створити відповідну базу для подальшої обробки та перевірки надійності отриманих результатів.

Нами в якості первинного джерела інформації пропонується використовувати дані Державного статистичного обстеження населення України. Дані обстеження проводяться кожен рік і затверджуються розпорядженням Кабінетом Міністрів України. Його результати оприлюднені на сайті Державної служби статистики у вигляді файлу мікроданих і складається з двох файлів: анонімні мікродані по домогосподарствах та анонімні дані по особах, які входять до складу домогосподарств. Кожен рік кількість домогосподарств і респондентів змінюється, але надійність отриманих результатів підтверджується значною кількістю проведених опитувань.

Зважаючи на цілі нашого дослідження, для опрацювання статистичних матеріалів вважаємо за доцільне використати метод t -критеріїв порівняння середніх в двох незалежних групах даних, який для перевірки даного класу гіпотез прийнято в статистиці називати t -критерій Стюдента. Для цілей маркетингового забезпечення доступності медичних послуг доцільно аналізувати, по-перше, витрати домогосподарств на охорону здоров'я, а по-друге – отримати відповіді на низку питань, які безпосередньо пов'язані з

рівнем задоволеності отриманих медичних послуг та частотою звертання за медичними послугами.

Статистичне опрацювання даних згідно обраного методу передбачає певну послідовність:

$$t = \frac{|M_1 - M_2|}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{N_1} + \frac{\sigma_2^2}{N_2}}}, \quad t = \frac{|M_1 - M_2|}{\sqrt{\frac{(N_1 - 1)\sigma_1^2 + (N_2 - 1)\sigma_2^2}{N_1 + N_2 - 2} \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right)}}$$

де M_1, M_2 - середнє арифметичне,

σ_1, σ_2 - стандартне відхилення,

N_1, N_2 - розміри вибірок.

$$df = N_1 + N_2 - 2$$

Розрахунки здійснювалися за допомогою програмного продукту STATISTIKA 12.0.

Використання даного методу дозволяє виявити статистично значимі розбіжності двох вибірок.

Даний аналіз був здійснений для формування фокус-груп відповідних споживачів в залежності від віку тобто наприклад, які саме медичні послуги використовуються-споживаються населенням з більш старшого віку або більш молодші категорії населення. В свою чергу це дасть можливість медичним закладам або компаніям, які займаються постачанням медичного обладнання або ліків зосередити свою компанію або рекламну компанію на відповідних групах населення.

При прогнозуванні динамічних рядів використовувався метод авторегресійної та проінтегрованої ковзної середньої (ARIMA). Даний метод дає можливість врахувати попередні особливості динамічного ряду, зокрема наявність сезонного компонента. Обробка первинних даних здійснювалась за допомогою програми STATISTICA та модуля даної програми «Аналіз часових рядів та прогнозування». Дана програма дозволяє розрахувати верхні та нижні межі з заданою вірогідністю 0,9. Це в свою чергу дає можливість визначити

ризик при прогнозуванні. Так як динамічні ряди не відповідали критерію стаціонарності (наявність автокореляції) було вирішено здійснити їх трансформацію шляхом вилучення тренду. При подальшому прогнозування щоб повернути первинні данні значення функції тренди додавалась до прогнозних значень. При оцінці моделі ARIMA по кожному динамічному ряді визначались такі параметри:

- p - параметр авторегресії (Autoregressive);
- P - сезонний параметр авторегресії (Seasonal);
- q - параметр (Moving average);
- Q - сезонний параметр ковзної середньої (Seasonal).

З цією метою здійснюється ідентифікація моделі ARIMA(p,d,q) за наступними етапами:

1. Оцінювання коефіцієнтів d , p , q саме в даній послідовності;
2. Оцінювання коефіцієнтів $\alpha_1, \alpha_2, \dots, \beta_1, \beta_2, \dots$ при визначених параметрах p, q ;
3. Відбувається тестування отриманої моделі по величині залишків;
4. Використання отриманої моделі для прогнозування майбутніх значень часового ряду.

Наявність динамічних рядів і відповіді респондентів дає можливість здійснити прогнозування. Однак в даному випадку ми вважаємо, що потрібно прогнозувати не кожен з окремих показників, а здійснити комплексне оцінювання ситуації з доступності медичних послуг.

Для цього нами пропонується наступний методичний підхід.

На першому етапі по кожному з визначений проблем визначається підсумковий індекс за формулою:

$$I_{n \text{ н.м.п.}} = P_{it} n \sqrt{P_1 * P_2 * \dots * P_n},$$

де I_n - індекс – це індексне значення розрахованої величини проблеми недоступності медичної послуги;

P_1, P_2 , - відносні показники рівня доступності медичних послуг.

Однак при розрахунку даного індексу виникає часто математична проблема пов'язана з тим, що відповіді на окремі питання були дуже незначні.

Наприклад, мали значення 0,01% або 0,001 коефіцієнта, а інші навпаки були доволіно суттєвими. Так, для прикладу 97,4%, що становить 0,974 по коефіцієнту.

Для того щоб урівноважити значення коефіцієнтів нами пропонується їх стандартизувати пропорційно середнім значенням в динамічних рядах за формулою:

$$K = \bar{P}_{max} / \bar{P}_{it}, \text{ де}$$

K - коефіцієнт стандартизації;

$\bar{P}_{max}$ - середня величина max - ого показника в даній групі;

$\bar{P}_{it}$ - середня величина it — ого показника в даній групі.

Таким чином, кінцева формула розрахунку індексу по даній сукупності буде мати наступний вигляд:

$$I_n = \sqrt[n]{K_1 * P_1 * K_2 * P_2 * \dots * K_n * P_n}$$

Після розрахунку індексу по кожній групі соціологічних відповідей повинен розраховуватися підсумковий індекс недоступності медичних послуг, які розраховуються за формулою:

$$I_{н.м.п.} = \sum \beta * I_n, \text{ де}$$

β -ваговий коефіцієнт даного індексу.

Нами пропонуються наступні вагові коефіцієнти по індексам:

- індекс недоступності ліків (0,3);
- індекс недоступності медичного приладдя (0,3);
- індекс недоступності відвідування лікаря (0,1);
- індекс недоступності проведення медичного обстеження (0,1);
- індекс недоступності проведення лікувальної процедури (0,1);
- індекс недоступності лікування у стаціонарі (0,1).

Більш висока питома вага перших двох факторів пов'язана з тим, що саме можливість придбання сучасних ліків та придбання сучасного обладнання в значній мірі визначають в усьому світі якість медичних послуг.

Нами в дисертаційному дослідженні також використовувався метод кореляційного аналізу, який дозволяє кількісно оцінити взаємозалежність між окремими показниками. Кореляційний аналіз передбачає проведення кількох послідовних стадій оцінки сукупності та розрахунку відповідних показників.

На першому етапі необхідно відібрати показники, які будуть характеризувати той чи інший процес та дадуть можливість підтвердити або спростувати висунуту гіпотезу.

На другому етапі необхідно провести оцінку характеру залежності між обраними показниками. Як правило це проводиться з використанням графічних методів або статистичної оцінки досліджуваної сукупності.

На третьому етапі відбувається розрахунок кореляційної залежності шляхом визначення тісноти зв'язку, рівняння регресії, залишків.

На четвертому етапі проводиться статистична оцінка надійності отриманих результатів та їх економічна інтерпретація.

Формула рівняння лінійної регресії зображається наступним чином:

$$r_{xy} = \frac{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n xy - \bar{x} \cdot \bar{y}}{\sigma_x \cdot \sigma_y}, \sigma_x = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n x_i^2}{n} - \bar{x}^2}, \sigma_y = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n y_i^2}{n} - \bar{y}^2}, \bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}, \bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^n y_i}{n}$$

$$\text{або } r_{xy} = \frac{\text{cov}(x,y)}{\sqrt{\text{var}(x)} \cdot \sqrt{\text{var}(y)}}.$$

Значення коефіцієнту кореляції знаходиться в межах від 0 до ± 1 . Якщо коефіцієнт кореляції дорівнює 0, то лінійний зв'язок відсутній, а якщо 1, то зв'язок функціональний. Знак $\pm$ біля значення коефіцієнта кореляції, вказує на напрямок зв'язку (“+” – прямий, “-” – зворотній). Чим ближче коефіцієнт кореляції до одиниці, тим зв'язок між ознаками щільніший:

$r_{xy} < 0,1$ – зв'язку немає;

$0,1 \leq r_{xy} < 0,3$ – зв'язок слабкий;

$0,3 \leq r_{xy} < 0,5$ – зв'язок помірний;

$0,5 \leq r_{xy} < 0,7$ – зв’язок помітний;

$0,7 \leq r_{xy} < 0,9$ – зв’язок сильний;

$0,9 \leq r_{xy} < 0,99$ – зв’язок дуже сильний;

$0,99 \leq r_{xy} < 1$ – зв’язок повний.

Для оцінки якості підбору лінійної функції розраховується квадрат коефіцієнту кореляції r_{xy}^2 , тобто коефіцієнт детермінації, який описує і характеризує тісноту зв’язку.

$$r_{xy}^2 = \frac{\sigma_{\text{поясн}}^2}{\sigma_{\text{заг}}^2} = \frac{\sum_{i=1}^n (\tilde{y}_i - \bar{y})^2}{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}.$$

n – об’єм вибірки;

$\tilde{y}_i$ – розрахункові значення, які отримані за формулою $\tilde{y}_i = b_0 + b_1 \cdot x_i$;

y_i – статистичні значення, тобто початкові значення, на базі яких проводились розрахунки параметрів моделі;

$\bar{y}$ – середнє значення залежного фактору $\bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^n y_i}{n}$.

Підсумовуючи зазначимо, що методичні підходи та методи, які використовувалися в маркетингових дослідженнях, нами також застосовувалися в дисертаційній роботі – для здійснення розрахунків й отримання достовірних результатів при визначенні доступності медичних послуг в системі охорони здоров’я для різних типів місцевості: для усіх респондентів / домогосподарств, для споживачів медичних послуг, які проживають у великих містах, малих містах та в сільській місцевості.

Висновки до першого розділу

1. Аналіз історії виникнення поняття «послуги» дозволив встановити, що дана економічна категорія вже розглядалася першими класиками економічної теорії. В сучасній економічній літературі також продовжуються наукові дискусії відносно розуміння даного поняття. При аналізі відповідних наукових публікацій нами було виділено наступні групи, які характеризують

сутність поняття категорії «послуга»: послуга як процес, послуга як діяльність, послуга як продукт. Також були виділені основні властивості даної категорії: як об'єкту спрямування на купівлю-продаж, як певних суб'єктів на отримання певних бажаних результатів.

2. Характеристика особливостей та ознак медичних послуг дала можливість виділити їх особливості: не підлягають вимірюванню певному вимірюванню, не вимірюються в часовому діапазоні, мають різну результативність при застосуванні однакових медичних процедур. Нами також виділяються наступні основні критерії якості медичних послуг: безпечність, професійність, комплексність, своєчасність, доступність.

3. На сучасному етапі розвитку ринку медичних послуг особливої уваги заслуговує системний підхід до їх оцінки та класифікації з метою підвищення якості. Були виділені головні ознаки які характеризують медичні послуги та критерії які формують їх якість. Розглянуто систему маркетингових чинників формування взаємодії «лікар-пацієнт» з точки зору їх ефективності.

4. З використанням сучасних цифрових ресурсів була проведена оцінка бібліографічних джерел, яка включала пошук за наступними ключовими словами: кількісні, якісні, тіх-методи маркетингових досліджень у взаємозв'язку з таким поняттям як охорона здоров'я. Внаслідок цього була виявлена значна кількість публікацій, які присвячені даній проблематиці. Дані публікації були класифіковані за авторами, науковими центрами та науковими журналами. Це дало можливість встановити та конкретизувати подальший напрямок досліджень та виявити більш цитовані публікації з даної тематики.

5. Аналіз світового досвіду формування маркетингової доступності медичних послуг дозволив виділити еволюцію етапів їх розвитку, які охоплювали різні періоди часу. Перший період часу до 1978 року, другий період – 1978-2000 роки, третій період – 2000-2015 роки, четвертий період – 2015-2030 роки. Кожен з виділених періодів мав свої особливості з точки зору формування та розвитку ринку медичних послуг.

6. Здійснено класифікацію еволюції системи охорони здоров'я з поділом

її на чотири етапи розвитку. Кожен етап мав назву відповідно Медицина 1.0, Медицина 2.0, Медицина 3.0, Медицина 4.0 з виділенням конкретних характеристик кожного етапу еволюції. Це в свою чергу дало можливість класифікувати генезис маркетингу медичних послуг за останні 50 років.

7. Оцінка ситуації в різних країнах світу з точки зору проблем в системі охорони здоров'я та основних поглядів населення щодо отримання медичних послуг дозволив класифікувати країни за рівнем наявності проблем та рівнем їх вирішення. Для обробки відповідей респондентів був використаний програмний продукт Statsitika 12.0 та метод факторного аналізу. Це дозволило класифікувати країни та виділити найбільш успішні та відповідно найменш успішні з них.

8. Запропоновано методичний підхід визначення комплексного індексу недоступності медичної послуги який дозволяє об'єднати різні аспекти які характеризують їх якість та з врахування вагових складових окремих елементів. Прогнозування динамічних процесів здійснювалось за допомогою методу авторегресійної та проінтегрованої ковзної середньої (ARIMA).

Результати досліджень даного розділу опубліковано в роботах [50, 67, 68, 211], вказаних в загальному списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 2

МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Детермінантний та кон'юнктурний аналіз рівня доступності ринку медичних послуг в ході реформування системи охорони здоров'я

Кожна країна має свої особливості формування та функціонування ринку медичних послуг. Це обумовлено в першу чергу рівнем життя населення, а також рівнем соціальної орієнтації самої держави. Також даний ринок тісним чином пов'язаний як з розвиненістю сфери медичних препаратів та обладнання і наявності та поширеності самих медичних закладів. Більш того, фактично даний ринок є одним з головних індикаторів рівня національної безпеки держави. Це пов'язано з тим, що здоров'я населення вважається одним з пріоритетним напрямом відповідальності урядів демократичних країн. І в найбільшій мірі ринок медичних послуг розвинутий в найбагатших країнах світу, де пріоритетом є якість життя населення та якість формування людського капіталу.

Звідси можна припустити, що основним критерієм ефективності даного ринку є середній рівень тривалості життя населення – низький його рівень може свідчити про погану ситуацію в системі охорони здоров'я країни. Для підтвердження цього припущення доцільно виділити країни з найбільшою середньою тривалістю життя. У табл.2.1 нами відібрано 15 країн з найбільшим показником тривалості життя у 2015-2023 роках.

Усі вони відносяться до країн з високим рівнем за якістю життя, що безумовно не є випадковим збігом обставин. Так, у 2015 році найбільша тривалість життя населення була в Японії – 83, 7 роки, Швейцарії – 83,4 роки, Сінгапурі – 83,1 роки, Італії – 82,7 роки, Франції – 82,4 роки, Норвегії – 81,8 років. У 2021 році тривалість життя в цих країнах ще зросла і досягла в Японії – 84,7 роки, Швейцарії – 84 роки, а третє місце зайняла Корея – 83,5 роки.

Середня тривалість життя населення в окремих країнах в 2015-2023 рр

2015 рік			2021 рік			2022 рік			2023 рік		
Країни	%		Країни	%		Країни	%		Країни	%	
1.	Японія	83,7	1.	Японія	84,7	1.	Японія	84,5	1.	Швейцарія	84,2
2.	Швейцарія	83,4	2.	Швейцарія	84,0	2.	Корея	83,6	2.	Японія	84,1
3.	Сінгапур	83,1	3.	Корея	83,5	3.	Швейцарія	83,5	3.	Іспанія	84,0
4.	Австралія	82,8	4.	Іспанія	83,3	4.	Австралія	83,3	4.	Італія	83,8
5.	Іспанія	82,8	5.	Австралія	83,2	5.	Іспанія	83,2	5.	Люксембург	83,4
6.	Ісландія	82,7	6.	Норвегія	83,2	6.	Швеція	83,1	6.	Швеція	83,4
7.	Італія	82,7	7.	Ісландія	83,2	7.	Італія	83,0	7.	Австралія	83,2
8.	Ізраїль	82,5	8.	Швеція	83,2	8.	Люксембург	83,0	8.	Франція	83,1
9.	Швеція	82,4	9.	Італія	82,9	9.	Ізраїль	82,9	9.	Ізраїль	82,8
10.	Франція	82,4	10.	Люксембург	82,8	10.	Норвегія	82,6	10.	Корея	82,7
11.	Півд. Корея	82,3	11.	Ірландія	82,6	11.	Ірландія	82,4	11.	Ісландія	82,6
12.	Канада	82,2	12.	Ізраїль	82,6	12.	Нова Зеландія	82,3	12.	Ірландія	82,6
13.	Люксембург	82,0	13.	Франція	82,5	13.	Франція	82,3	13.	Норвегія	82,6
14.	Нідерланди	81,9	14.	Нова Зеландія	82,3	14.	Ісландія	82,1	14.	Бельгія	82,5
15.	Норвегія	81,8	15.	Бельгія	82,3	15.	Бельгія	81,8	15.	Нова Зеландія	82,3

Джерело: [181]

У 2023 році трійка лідерів за тривалістю життя була наступною: Швейцарія – 84,2 роки, Японія – 84,1 роки, Іспанія – 84 роки. Замикали даний перелік такі країни як Норвегія – 82,6 роки, Бельгія – 82,5 роки, Нова Зеландія 82,3 роки. Усі ці країни характеризуються високою якістю життя населення. Відповідно, можемо стверджувати, що тривалість життя є одним із головних індикаторів рівня і якості життя населення в країні та відповідно рівня розвитку системи охорони здоров'я. Доказом цього висновку є також факт того, що найменша тривалість життя спостерігається в Центральній Африканській республіці, Сьєра-Леоне, Анголі, які відносяться до низько розвинених та бідних.

Логічно припустити, що найбільшою мірою ринок медичних послуг, а відповідно і якість медичних послуг в найбільшій мірі розвинутий в Японії, Швейцарії та в інших високо розвинутих країнах світу. На жаль, в Україні за даними Держкомстату середня тривалість чоловіків становила 57,3 роки, жінок 70,9 роки, що характеризує системність проблем щодо якості надання медичних послуг та рівня їх доступності населенню. В першу чергу це обумовлено відносно низьким рівнем доходів населення, що автоматично зменшує

можливості реалізації доступності до ринку якісних медичних послуг. В розвинутих країнах світу рівень витрат на медичні послуги є доволі високим (як у абсолютному, так і у відносному виразі – відсотках до ВВП), що відображає і рівень доходів населення цих країн.

Одним з головних відносних показників, який стосується розвитку охорони здоров'я в тій чи іншій країні, є питома вага витрат на охорону здоров'я в тій чи іншій країні по відношенню до величини валового внутрішнього продукту. В таблиці 2.2. наведений даний показник по трьох групах країн, які відрізняються між собою за відсотком витрат на охорону здоров'я від ВВП.

Таблиця 2.2

Групування країн за рівнем витрат на охорону здоров'я за часткою від валового внутрішнього продукту у 2023 році

I група країн (від 10% і більше відсотків)		II- група країн (від 8,1% до 10 %)		III група країн (від 3 до 8 %)	
Назва країни	%	Назва країни	%	Назва країни	%
Норвегія	10,1	Ізраїль	8,3	Індія	3,0
Австралія	10,6	Корея	8,8		
Іспанія	10,7	Колумбія	9,0	Туреччина	4,6
Японія	11,1	Південна Африка	9,1	Китай	5,3
Бельгія	11,1	Словенія	9,2	Люксембург	5,8
Португалія	11,2	Чеська республіка	9,2	Мексика	6,2
Нідерланди	11,2	Італія	9,5	Польща	6,6
Швеція	11,4	Греція	9,5	Ірландія	6,7
Канада	11,7	Фінляндія	9,6	Словаччина	7,2
Швейцарія	11,8	Ісландія	9,7	Угорщина	7,3
Велика Британія	11,9	Нова Зеландія	9,7	Латвія	7,4
Австрія	12,2	Чилі	9,8	Естонія	7,5
Франція	12,4			Литва	7,9
Німеччина	12,8			Коста Ріка	7,9
США	17,8				

Джерело: [181]

Перша група країн включає країни з питомою витрат на охорону здоров'я до 8%, друга група від 8,01% до 10%, і в третю групу входять країни з витратами на охорону здоров'я від 10,1% і більше.

Слід відмітити, що віднесення країни до певної групи корелюється з величиною ВВП на одного мешканця. Винятком є Португалія, яка суттєво поступається іншим країнам за величиною ВВП на одного мешканця, однак з точки зору питомої ваги витрат на охорону здоров'я входить до країн-лідерів. В

першу групу входять США – 17,8%, Німеччина 12,8%, Франція 12,4%, Австрія – 12,2%, Великобританія – 11,9%.

До другої групи входять такі країни як Чилі – 9,8%, Нова Зеландія – 9,7%, Ісландія – 9,7%, Фінляндія – 9,6%, а також такі країни, які мають суттєво менше витрат на охорону здоров'я на одного мешканця – Колумбія (9%) та Південна Африка (9,1%). При чому в цих країнах ці витрати навіть вищі, ніж в Ізраїлі (8,3%).

До третьої групи входять країни з найменшою питомою вагою витрат на охорону здоров'я по відношенню до ВВП. Зокрема до таких країн відносять такі країни як Коста Ріка – 7,9%, Литва – 7,9%, Естонія – 7,5%, Латвія – 7,4%, Угорщина – 7,4%, Китай – 7,4%, Туреччина – 4,6% та Індія – 3,0%.

Таким чином, можна констатувати, що в переважній більшості країн ВВП і питома вага витрат на охорону здоров'я в його структурі прямо пропорційно корелюють між собою. І найбільш розвинуті і заможні країни світу мають найбільшу питому вагу витрат на охорону здоров'я по відношенню до ВВП.

З погляду завдань нашого дослідження важливо оцінити зазначене співвідношення і для України. У табл.2.3 наведено дані щодо витрат на охорону здоров'я в Україні у період 2017 – 2021 рр. Примітним цей період є тим, що в 2020-2021 рр. мала місце пандемія COVID-19 і видатки на її подолання мали суттєво зрости. До того ж, за цей час номінальний внутрішній продукт збільшився з 2595,6 млрд. гривень до 5069 гривень.

Загальна величина витрат на охорону здоров'я дорівнювала у 2017 році – 180,3 млрд. грн. або 6,9% від ВВП, а у 2021 році – 311,6 млрд. грн. або 8,0 від ВВП. Тобто, витрати зросли в 1,73 рази, при цьому найбільш істотно – період пандемії. Що ж стосується складових цих витрат, то в 2017 році найбільша величина припадала на приватні витрати споживання (92,8 млрд. грн) та закупівлю послуг НСЗУ – 55,5 млрд. грн. А в 2021 році вже основна питома вага витрат припадала на закупівлю послуг НСЗУ – 167,6 млрд. грн. Також з'явилася нова стаття витрат на охорону здоров'я, яка пов'язана з офіційною оплатою за медичні послуги – 44,4 млрд. грн., яка повністю була відсутня у 2017 році.

Динаміка витрат на сферу охорони здоров'я в Україні у 2017-2021 роках

	Роки				
	2017	2018	2019	2020	2021
ВВП, млрд. грн. (без урахування інфляції)	2595,6	3558,7	4014,7	4551	5069
Населення України (млн. осіб)	42,4	42,3	42,2	42,1	42,1
Прогнозні розрахунки витрат на охорону здоров'я					
Закупівля послуг Національною службою здоров'я, млн. грн.	55540	73202	96480	127163	167598
Інші кошти державного бюджету, млн. грн.	15497	23240	25635	28263	31171
Витрати з місцевих бюджетів, млн. грн.	16460	20822	25542	30997	37315
Офіційна оплата за медичні послуги, млн. грн..	0	395	6853	32811	44437
Інші платежі з кишені споживача (в тому числі неформальні)	92772	77343	61914	46485	31056
Загальні витрати на охорону здоров'я					
-млн. грн.	180	195002	216424	265717	311576
-як відсоток від ВВП	6,9	6,7	6,7	7,6	8,0

Джерело [75-80]

Це пов'язано з продовженням реформи охорони здоров'я в Україні, яка передбачала оплату державою значної частини медичних послуг первинного призначення і спеціалізованих закладів. І аналіз видатків держбюджету на охорону здоров'я показує, що найбільша частка припадає на реалізацію програм медичних гарантій (табл.2.4.)

Таблиця 2.4

**Структура видатків державного бюджету на охорону здоров'я в Україні
(2021 р)**

	Видатки державного бюджету	
	млрд. грн.	відсотки
Реалізація Програми медичних гарантій	123,5	83,4
Централізована закупівля лікарських засобів	10,3	6,9
Підготовка і підвищення кваліфікації кадрів	7,1	4,8
Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями	2,6	1,8
Проведення вакцинації від COVID-19	2,6	1,8
Розвиток системи екстреної медичної допомоги	2,0	1,3

Джерело: [75-80]

Найбільша частка витрат припадає на програму медичних гарантій (83,4 %). На другому місці – видатки на централізовану закупівлю лікарських засобів (10,3 млрд. грн.) та підготовку і підвищення кваліфікацію кадрів у сфері охорони (7,1 млрд. грн.). Також в структурі витрат державного бюджету мали місце витрати на громадське здоров'я та заходи боротьби з епідемією (2,6 млрд. грн.), проведення вакцинації від COVID-19 (2,6 млрд. грн.) та розвиток системи екстреної медичної допомоги (2,0 млрд. грн.).

Важливим для розуміння доступності медичних послуг в країні є показник кадрової забезпеченості населених пунктів лікарями. На рис. 2.1 наведено дані щодо рівня забезпеченості лікарями за 1995-2023 рр. з розрахунку на 10000 населення. Співвідношення даних за цей період показало, що динаміка є неоднозначною – якщо в 1995 році на 10000 населення в Україні налічувалося 40,4 лікаря, в 2011 році ця величина вже дорівнювала 43,1 лікаря, але далі почався період суттєвого скорочення чисельності даного показника. Як наслідок – у 2023 році його величина вже дорівнювала 32,5 лікарів на 10000 населення. Що ж стосується категорії лікарів-лікувальників, то в 1995 році їх чисельність дорівнювала 26,7 лікаря в розрахунку на 10000 населення, в 2012 році вона знизилась до рівня 27,3 лікаря і в 2023 р. склала 23,4 лікаря на 10000 населення.

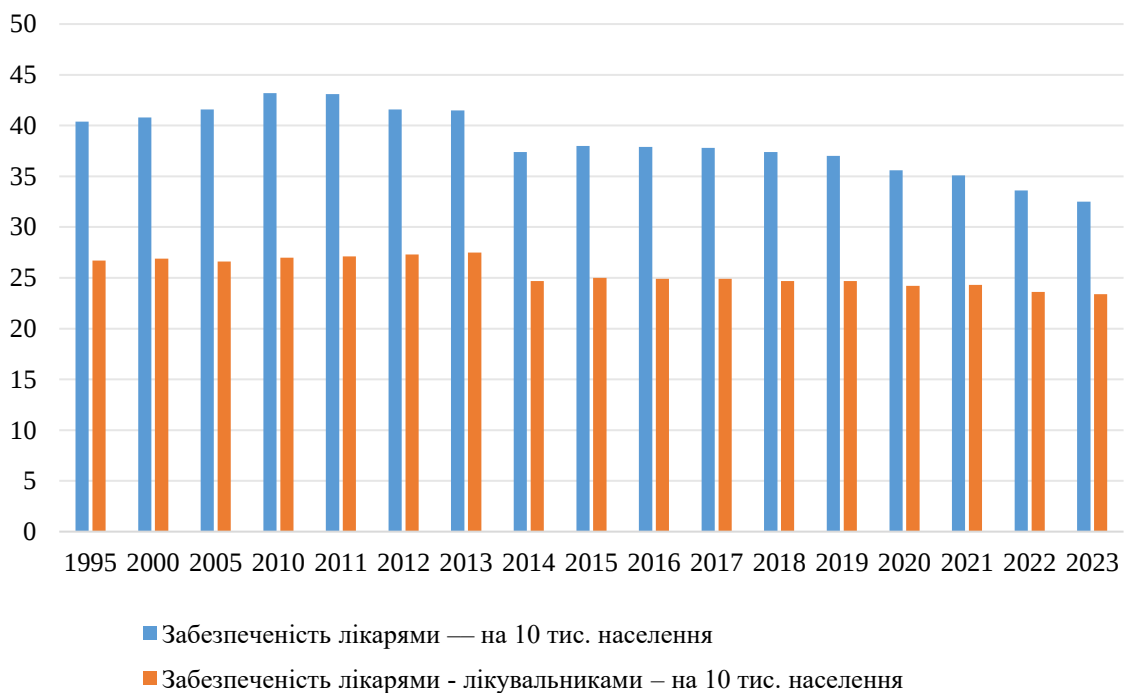


Рис.2.1. Динаміка забезпеченості лікарями в Україні

Розраховано автором.

У 2022-2023 роках цей показник ще зменшився у зв'язку з війною – значна кількість медиків-жінок виїхала з України, прагнучи більш безпечного для себе і дітей життя. Є висока ймовірність їх неповернення, оскільки більше трьох років перебування в іншій країні дало змогу адаптуватись до нових умов і навіть підтвердити сертифікат професії. Зменшення кількості медичних працівників є системною проблемою в сфері охорони здоров'я України, що може спричинити подальше ускладнення доступу населення до якісних медичних послуг.

Важливим кроком в медичній сфері стало втілення реформ в системі охорони здоров'я, які були започатковані у 2018 році в Україні. Основним лейтмотивом даної реформи стало те, що держава з 2018 року перейшла на інший механізм фінансування безоплатних медичних послуг, а саме – від утримання медичних закладів і фінансування за кількістю наявних ліжко-місць (що є пережитком радянської системи) до цілеспрямованого фінансування фактично наданих медичних послуг населенню.

Попри певні здобутки медичної реформи, перебіг реформування системи охорони здоров'я супроводжувався багатьма проблемами і труднощами, які були доволі відчутними для медичного персоналу і для пацієнтів. здоров'я. Та реформування продовжуватиметься і діяльність медичних закладів здійснюватиметься в нових організаційних формах та з використанням сучасних досягнень не тільки в медичних технологіях, а й в інформаційних. Запровадження цифровізації системи охорони здоров'я стало не тільки важливим фактором усунення корупційних схем в закладах охорони здоров'я, а й значно спростило доступ населення до отримання медичної допомоги.

Важливим чинником в системі охорони здоров'я України є створення міжрегіональних департаментів НСЗУ, які покликані регулювати відносини між лікарями, пацієнтами та органами місцевої влади та координувати їхні дії на певній території і вибудовувати комунікативні відносини між суб'єктами взаємовідносин в медичній системі (рис.2.2).

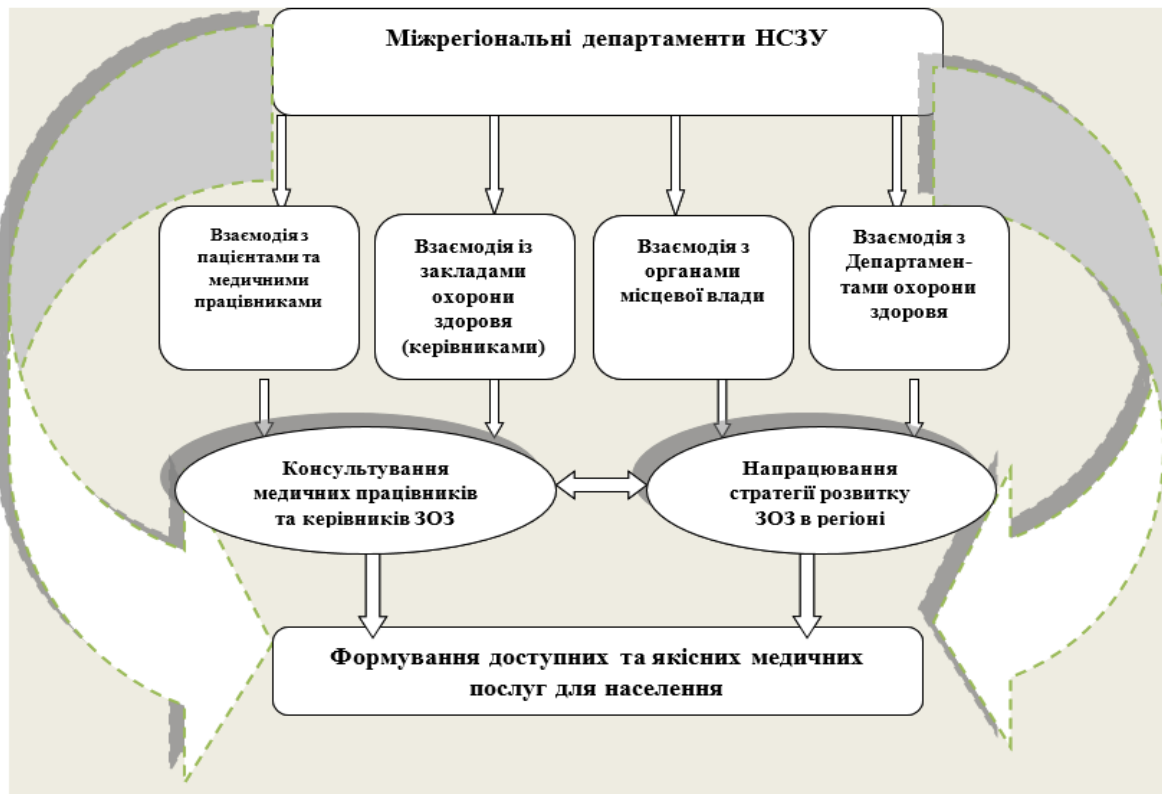


Рис.2. 2. Взаємодія міжрегіональних департаментів НСЗУ із суб'єктами ринку медичних послуг

Джерело: складено автором

В сучасних умовах стратегічно-важливим фактором подальшого розвитку системи охорони здоров'я є завершення реформування вторинної і третинної ланки медичної сфери. Прийняття ряду законопроектів на законодавчому рівні щодо реформування медичної галузі сприяло зміні підходів до фінансування медичної галузі, за якими фінансування здійснюється на кожного пацієнта, тобто за відомою формулою НСЗУ «гроші йдуть за пацієнтом».

Важливим етапом у процесі реформування системи охорони здоров'я стало підписання електронних декларацій між населенням та лікарями ПМД, під час якого населення отримало можливість безпосередньо обирати свого лікаря. Все це мало сприяти підвищенню якості наданих послуг для пацієнтів та сформувати прозорі умови діяльності закладів охорони здоров'я. Динаміка укладання декларацій по областях України, відображена на рис. 2. 3.

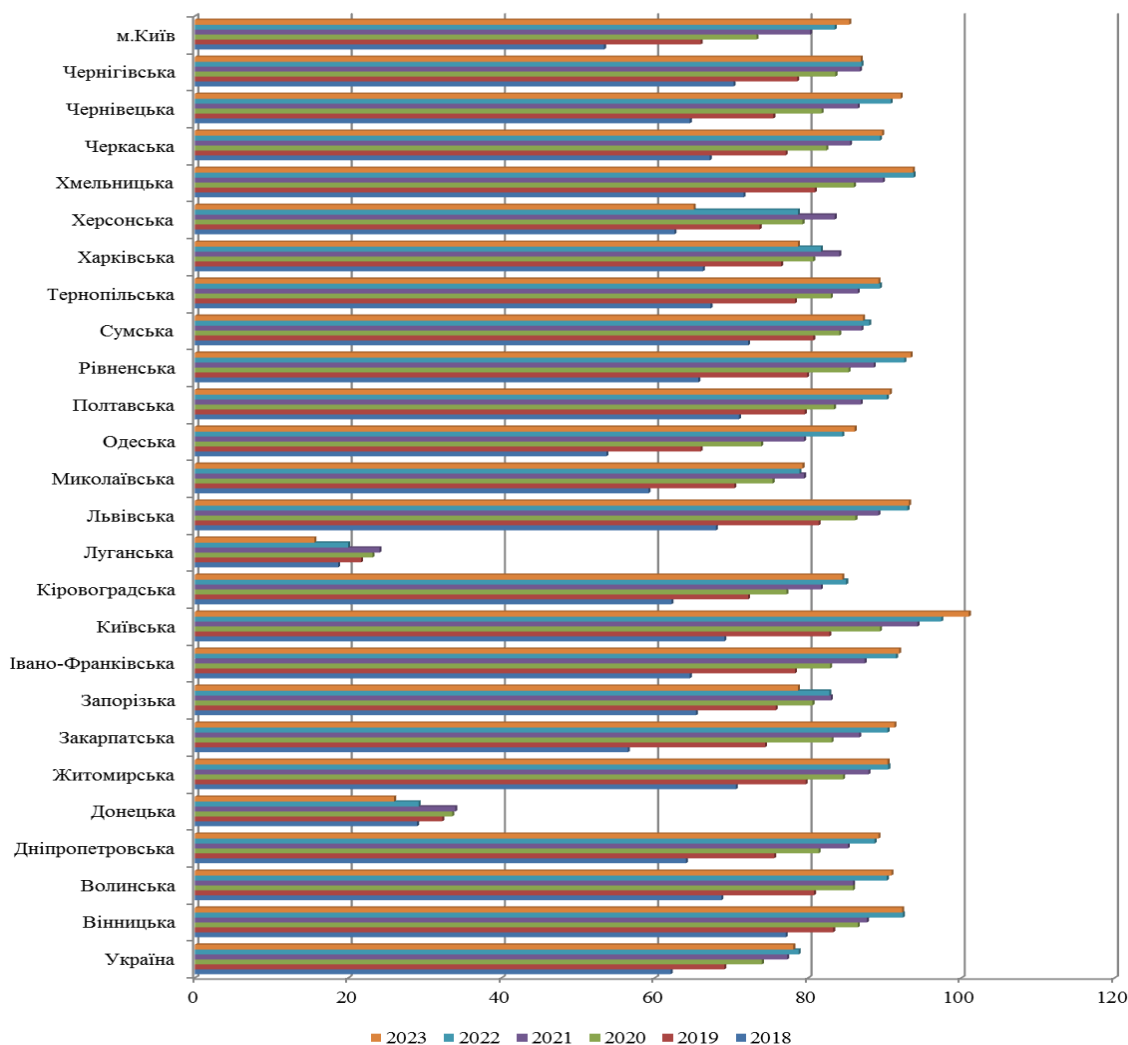


Рис.2.3. Динаміка частки населення по областях України, яке обрало лікаря первинної медичної допомоги

Джерело: складено автором

Проведемо оцінку динаміку питомої ваги укладених декларацій населення з лікарями регіонів України. Дані нами були взяті за 2018-2023 рік. Слід відмітити, що в даний період потрібно враховувати дві події, які так чи інакше обумовлювали або впливали на поведінку населення. По-перше: це пандемія ковід-19 у 2021 році, а по-друге – повномасштабне вторгнення в Україні російських військ, яка розпочалося у 2022 році і триває до цього часу.

Вплив пандемії зумовив зростання укладання декларацій жителями усіх регіонів України. Так, якщо в 2019 році частка населення (в середньому по Україні) з укладеними деклараціями була рівна 74,0%, то в 2021 році – 77,3%. В 2022 році вона ще трохи зросла до рівня 78,8%, але в 2023 році вже зменшилася до рівня 78,1%. Лідерами за часткою укладених декларацій у 2023 році були

Київська область (101%), Хмельницька (93,7%), Львівська – 93,3% та Вінницька – 93,2%.

В усіх регіонах даний відсоток перевищував рівень 2021 року. Безумовно, дане зростання, особливо перевищення відсотків по Київській області пов'язане напряму з внутрішньою міграцією населення, тобто люди не завжди офіційно реєструються і числяться як тимчасово переміщені особи, але маючи бути закріпленим тим чи іншим лікарем користуються цим правом.

З іншого боку його значення у таких областях як Херсонська, Харківська (78,7%), Миколаївська (79,3%) та Запорізька є свідченням того факту, що населення даних регіонів переїхало до інших регіонів і уклало декларації за новим місцем проживання. Особливо слід відмітити Донецьку та Луганську області, де значення даного показника дорівнювало відповідно 26,0% та 15,6%, що безумовно напряму обумовлено військовими діями та значною окупацією відповідних територій. Тобто, міграція населення через війну суттєво вплинули на укладання декларацій про первинну медичну допомогу. І це позитивно впливає на зростання доступності жителів України до медичних послуг навіть в таких екстремальних умовах.

Починаючи з 2018 року поступово зростає кількість медичних установ, які підписали договори із НСЗУ щодо надання медичних послуг для населення (таблиця 2. 5)

Таблиця 2.5

**Динаміка кількості надавачів ПМД, які уклали договір з НСЗУ в Україні
щодо надання медичних послуг населенню у 2018-2023 році**

Роки	Кількість надавачів медичних послуг, од.	Комунальні (включаючи державні)		Приватні (без ФОП)		ФОП	
		Кількість надавачів медичних послуг, од.	Структура, %	Кількість надавачів медичних послуг, од.	Структура, %	Кількість надавачів медичних послуг, од.	Структура, %
2018	1185	981	82,8	104	8,8	100	8,4
2019	1466	1050	71,6	168	11,5	248	16,9
2021	3495	2562	73,3	330	9,4	603	17,3
2022	3488	2457	70,4	354	10,1	688	19,7
2023	3672	2410	65,6	427	11,6	835	22,7

Джерело: [75-80]

Так, кількість комунальних та державних закладів охорони здоров'я зросла з 981 од. у 2018 році до 2410 у 2023 р.; максимальна була у 2021 році і дорівнювала 2562 одиниць, при цьому частка закладів охорони здоров'я у загальній їх кількості зменшилася з 82,8% до 65,6%. Кількість приватних медичних закладів (без ФОП) зросла з 104 одиниць у 2018 році до 427 одиниць у 2023 році. Їх частка в загальній кількості закладів охорони здоров'я, з якими було укладено договори, зросла з 8,8% у 2018 році до 11,6% у 2023 році.

Найбільш швидкими темпами зросла кількість закладів охорони здоров'я, які були оформлені як ФОП. Кількість медичних установ даної форми, з якими були укладені договори, у 2018 р. дорівнювала лише 100 одиниць, а в 2023 році – 835. Частка цих установ зросла з 8,4%, у 2018 році до 22,7% у 2023 році.

Таким чином, головним трендом укладання договорів НСЗУ з закладами охорони здоров'я стало зниження значної кількості державних, і зростання приватних, в першу чергу тих медичних установ, що оформлені як ФОПи. З нашої точки зору, головним чином це пов'язано з довірою населення до якості отриманих медичних послуг, сервісу та можливості закладу щодо оперативного реагування на проблеми конкретної людини.

Важливою складовою доступності медичних послуг є наявність аптечних закладів (пунктів). Дані щодо цього в динаміці 2019-2023 роках наведено в табл.2.6.

Наведена статистика свідчить про те, що кількість аптечних закладів зросла з 1227 одиниць у 2020 році до 1331 од. у 2023 році. При цьому кількість комунальних закладів скоротилася з 135 одиниць до 107 одиниць, а кількість приватних аптечних закладів зросла з 703 до 730 одиниць. Але найбільшим чином зростала кількість аптечних закладів, які були зареєстровані як ФОП. Їх кількість зросла відповідно з 383 до 554 одиниці. Дані зміни з нашої точки зору напрямую пов'язані з податковим фактором та намаганням підприємств оптимізувати його.

Другий показник який пов'язаний з кількістю аптечних закладів – це кількість місця відпуску лікарських засобів. Під час війни відбулося дуже суттєве зростання даного показника – з 7840 одиниць у 2019 році до 14014 одиниць у

2024 році (на 78,8%). При цьому кількість відпуску лікарських засобів у комунальних аптечних закладах скоротилися з 727 до 614 одиниць, у приватних аптечних закладах зросла з 6621 одиниць до 12622 одиниць, у аптечних закладах з формою ФОП з 492 до 788 одиниць відповідно.

Таблиця 2.6

Динаміка розподілу кількості та структури аптечних закладів та аптечних пунктів в Україні у 2019-2023 роках

Роки	Кількість надавачів медичних послуг, од. - всього						
		Комунальні		Приватні (без ФОП)		ФОП	
		Кількість надавачів медичних послуг, од.	Структура, %	Кількість надавачів медичних послуг, од.	Структура, %	Кількість надавачів медичних послуг, од.	Структура, %
Кількість аптечних закладів							
2019	х	х	х	х	х	х	х
2020	1227	135	11,0	703	57,3	389	31,7
2021	1330	134	10,1	755	56,8	441	33,1
2022	1396	123	8,8	785	56,2	488	35,0
2023	1391	107	7,7	730	52,5	554	39,8
Кількість місць відпуску лікарських засобів*							
2019	7840	727	9,3	6621	84,4	492	6,3
2020	8143	568	7,0	7114	87,4	461	5,7
2021	11620	758	6,5	10273	88,4	589	5,1
2022	12977	700	5,4	11653	89,8	624	4,8
2023	14014	614	4,4	12622	90,1	778	5,5

Джерело: [75-80]

В даному випадку ми маємо типову ситуації конкуренції різних форм організації аптечних закладів. Приватні аптечні заклади – це як правило заклади, які мають мережевий заклад і які можуть економити на масштабі організації. В той же час як аптечні заклади в формі ФОП спрямовані на прямий контакт з клієнтами «be to be».

Що стосується скорочення кількості комунальних аптечних закладів то ця тенденція може мати і негативний характер. Це стосується передусім того, що багато аптек спеціалізується на виготовленні лікарських засобів за власною рецептурою, і завдання місцевих органів влади – це зберегти дану систему аптечних закладів. Адже такі рецепти є переважно нетривалих термінів зберігання, їх лікувальні властивості не зберігаються довго, однак вони є доволі

ефективними для лікування певних хвороб. Тобто, вони певною мірою відносяться до ліків індивідуалізованого застосування, а саме це важливо для досягнення позитивного лікувального результату. І тому збереження такої мережі аптек, де є можливість приготування таких ліків є ознакою їх універсальності.

Важливою складовою доступності медичних послуг є поширення переліку ліків спеціального призначення або для лікування хронічних захворювань за програмою реімбурсації «Доступні ліки». Зазвичай цією програмою користуються соціально вразливі верстви населення. В табл. 2.7 нами наведена динаміка погашення рецептів пацієнтів за цією програмою за групами ліків для лікування різних хвороб протягом 2021-2023 рр.

Таблиця 2.7

**Динаміка погашених рецептів за програмами реімбурсації в Україні у
2021-2023 роках**

Роки	Роки					
	2021		2022		2023	
	Всього	%	Всього	%	Всього	%
Кількість погашених рецептів						
Ліки при серцево-судинних захворюваннях, хронічних хворобах нижніх дихальних шляхів, цукровому діабеті 2-го типу	11 656 235	96,4	8 755 790	85,0	2039857	88,9
Інсулін безоплатний або з доплатою	411232	3,4	1 457 217	14,1	192165	8,4
нецукровий діабет	2011	0,0	7 572	0,1	1995	0,1
Розлади психіки та поведінки. епілепсія	18 948	0,2	81 702	0,8	35190	1,5
Хвороба Паркінсона	x	x	x	x	19530	0,8
Імуносупресивні лікарські засоби	x	x	x	x	1083	0,0
Опіїодні анальгетики	x	x	x	x	1491	0,1
Медичні вироби для визначення рівня глюкози в крові	x	x	x	x	3499	0,2
Загалом	12088426	100	10 302 281	x	2294810	100
Сума оплат						
Ліки при серцево-судинних захворюваннях, хронічних хворобах нижніх дихальних шляхів,	936 016 441	69,3	734 429 860	31,1	1601530606	43,4

цукровому діабеті 2-го типу						
Інсулін безоплатний або з доплатою	405 215 818	30,0	1 578 313766	66,9	1891790297	51,3
нецукровий діабет	5 178 156	0,4	22 902 607	1,0	38617747	1,0
Розлади психіки та поведінки. епілепсія	3 820 327	0,3	23 915 825	1,0	43807249	1,2
Хвороба Паркінсона	x	x	x	x	58431089	1,6
Імуносупресивні лікарські засоби	x	x	x	x	53922701	1,5
Опіїдні анальгетики	x	x	x	x	945205	0,0
Медичні вироби для визначення рівня глюкози в крові	x	x	x	x	2398012	0,1
Загалом	135 0230742	100	2 359 562 058	100	3688099689	100

Джерело: [75-80]

Оцінка кількості погашених рецептів за програмами реімбурсації в Україні свідчить про те, що у 2021 році 91,6% припадало на ліки від серцево-судинних захворювань, хронічні хвороби верхніх дихальних шляхів, цукровий діабет II – ого типу, 3,4% – припадає на Інсулін безоплатний або з доплатою, а на інші хвороби припадала дуже незначна кількість погашених рецептів.

У 2023 році на лікарські засоби I групи припадало 88,9%, на інсулін – 3,8%, та 1,5% на розлади психіки та поведінки. А значення останнього показника з нашої точки зору є прямим наслідком військової агресії російської федерації. Що стосується сум оплачених лікарських засобів, то у 2021 році ліки першої з виділених груп складали 69,3% у загальній сумі, інсулін – 30%, а всі інші групи лікарств складали дуже незначну величину (0,7%).

У 2023 році питома вага першої групи лікарств суттєво зменшилася і дорівнювала 43,4%, в той же час питома вага інсуліну склала 53,1%, лікарства від розладів психіки -1,2%, хвороби Паркінсона – 1,6%. В даному випадку зміна структури витрат пов'язана зі зміною вартості ліків під час війни. Багато виробників лікарських засобів вимушені були підняти ціну на них через зміну умов виробництва і погіршення логістичної складової, яка суттєво зросла, що вплинуло на кінцеву величину витрат та ціну для кінцевих споживачів

Таким чином, проведений нами аналіз показав, що в Україні з початку проведення медичної реформи змінились умови отримання медичних послуг –

вони стали більш комфортними з погляду отримання первинної медичної допомоги – завдяки цифровізації процесів: а) запису на прийом; б) ведення історії отримання медичних послуг; в) розширення доступу до програм реімбурсації ліків; г) розширення аптечної мережі.

Водночас вони стали більш складними для спеціалізованого лікування внаслідок: а) скорочення кількості спеціалізованих медичних закладів, які відносяться до державної та комунальної форм власності, б) зміни підходів до звернень пацієнтів щодо направлення до спеціалізованих закладів, в) зменшення кількості лікарів, які можуть надавати такі послуги через війну.

І одне, і друге впливає на доступність медичних послуг, що є одним із важливих чинників якості охорони здоров'я в країні. І якщо позитивні тенденції в галузі отримання первинної медичної допомоги потрібно підтримувати і поширювати прогресивний досвід окремих регіонів в цьому напрямі, то причини негативних тенденцій доцільно аналізувати більш детально – для пошуку шляхів і способів їх усунення. І значну роль в цьому мають відігравати маркетингові дослідження ринку медичних послуг.

2.2. Маркетингове дослідження критеріїв доступності медичних послуг для населення

Проведення реформ в системі охорони здоров'я є важливим чинником для ефективного функціонування галузі охорони здоров'я. Зважаючи на те, що основні зміни у процесі реформування системи охорони здоров'я в Україні стосувалися передусім взаємовідносин лікаря з пацієнтами, то населення вже за деякий час отримало змогу оцінити і сформулювати власне ставлення до нових тенденцій розвитку галузі, вказати на негативні та позитивні результати втілених реформ. В теперішніх реаліях здійснення реформ в медичній галузі в Україні достатньо актуальним залишається питання надання якісних і доступних медичних послуг для всіх верств населення, незалежно від їх рівня грошових доходів. Зважаючи на те, що рівень фінансової спроможності населення є досить

невисоким, значна його частина по регіонах не має фінансової можливості отримати своєчасні і необхідні медичні послуги.

Передусім слід зауважити, що за останніх роки не усі заклади охорони здоров'я законтрактували договір з НСЗУ про надання багатьох видів медичних послуг, відтак це призводить до того, що пацієнти часто змушені доплачувати певні суми грошових коштів за деякі медичні послуги чи медичні процедури з «власних кишень» не тільки в приватних, а й в комунальних закладах охорони здоров'я.

Повномасштабне вторгнення на територію України російської федерації значною мірою вплинуло на систему охорони здоров'я, адже значна населення вимушено покидала свої домівки й на нових місцях всередині країни змушена була отримувати новий досвід перебування в міграції, а разом з тим і отримувати медичні послуги в іншому місці проживання.

За даними Центру Разумкова, яким на замовлення інтернет-видання «Дзеркало тижня» з 23 по 28 червня 2023 року було проведено опитування щодо ситуації в системі охорони здоров'я, можемо з'ясувати оцінку населенням рівня надання медичних послуг після повномасштабного вторгнення російських військ в Україну (табл.2.8).

Таблиця 2.8

**Оцінка респондентами ситуації в сфері охорони здоров'я після
повномасштабного воєнного вторгнення**

Результати відповідей	Відсоток відповідей
Не змінилася	48,3
Змінилася на гірше	25,6
Змінилася на краще	8,5
Важко відповісти	17,6

Джерело: [75-80].

Результати відповідей респондентів, показали, що біля половини серед них відповіли, що в системі охорони здоров'я не відбулося ніяких змін. Більше чверті відповіли, що ситуація змінилася в гіршу сторону. Це пов'язано із тим, що багато медичних закладів на південному сході України було зруйновано, тому одна частина працівників закладів охорони здоров'я стали вимушено переміщеними

особами і опинилася в західному регіоні України, а друга частина виїхала в країни Східної Європи, де більшість медичних працівників (як лікарі, так і медичні сестри) змогли знайти місце праці відповідно до здобутої в Україні кваліфікації.

Трохи більше 8% респондентів дали відповідь, що ситуація у сфері охорони здоров'я змінилася на краще. Така оцінка, очевидно, пов'язана із продовженням реформ та стабільним функціонуванням закладів охорони здоров'я. Частина опитаних громадян (17,8%) сказали, що їм важко дати відповідь на дане питання.

Окремої уваги заслуговує маркетинговий аналіз причин звернення населення до закладів охорони здоров'я після повномасштабного воєнного вторгнення (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Оцінка причин звернення респондентів до медичних закладів після повномасштабного воєнного вторгнення в 2023 році

Варіанти відповідей з умовою «(виберіть всі варіанти відповіді, що Вам підходять), % серед тих, хто потребував медичної допомоги»	Відсоток відповідей
Є хронічні захворювання	36,9
Загострилася хвороба або з'явилися нові захворювання	34,5
Для планового обстеження	24,5
Необхідність у терміновій (ургентній) медичній допомозі	18,5
Інші причини	13,6
Не зверталися до лікаря і не мали потреби в цьому	0,0
Важко відповісти, відмова відповідати	3,2

Джерело: [75-80].

Так, серед основних причин звернень до закладів охорони здоров'я більше третини респондентів (36,9%) назвали наявність хронічних захворювань. Це є цілком ймовірною причиною серед звернень кожного пацієнта, оскільки хронічні захворювання, які є в багатьох пацієнтів, потребують вчасного звернення до лікарів, щоб полегшити перебіг уже існуючих захворювань. В умовах війни в багатьох людей виникли нові захворювання і відповідно, де б вони не знаходилися, вони змушені були звертатися за медичними послугами в заклади охорони здоров'я для отримання медичних консультацій в лікарів

відповідного профілю та лікування в закладах охорони здоров'я. Їх питома вага серед респондентів становила 34,5%.

Близько четверті опитуваного населення (24,5%) повідомили, що проходили планове обстеження під час війни в закладах охорони здоров'я в Україні. Зазвичай, такі обстеження пов'язані із працевлаштуванням чи продовженням допуску до роботи в закладах і установах, рідше – за власною ініціативою.

Також 18,5 відсотків населення повідомили, що в них виникла потреба у терміновій (ургентній) медичній допомозі. Більше 13% респондентів не дали конкретних відповідей, з яких конкретних причин зверталися в заклади охорони здоров'я. І тільки 3,2% повідомили, що їм важко відповісти щодо причин звертання в медичні заклади або й взагалі відмовлялися відповідати на дане питання.

Резюмуючи дані здійсненого аналізу, на основі опитування респондентів, важливо відзначити, що, враховуючи повномасштабні воєнні дії на території України та формування значного відсотка внутрішньо переміщених осіб, рівень звернень за медичними послугами не зменшився, а навпаки, – зріс, оскільки в населення на основі стресових ситуацій не тільки загострилися хронічні хвороби, а й виниклі нові захворювання, що потребували звернень за медичними послугами до відповідних спеціалістів певного профілю.

Перебування пацієнтів на постійному зв'язку з сімейним лікарем є важливою та необхідною передумовою для проходження постійного планового обстеження в поліклініках і контролю за станом здоров'я пацієнтів передусім з метою виявлення різного роду захворювань на початковій стадії.

У цьому ж дослідженні здійснено маркетингову оцінку опитування пацієнтів щодо контакту і взаємодії населення із сімейним лікарем в умовах повномасштабної війни (табл.2.10). Серед респондентів, які брали участь в опитуванні, більше половини (59,8%) відповіли, що постійно перебували на зв'язку з лікарем і мали з ним постійний контакт. Це, зрозуміло, було важливим позитивним фактором, що давав пацієнтам можливість за кожної необхідної

потреби отримувати консультації в режимі «реального часу» чи онлайн-режимі, в тому числі перебуваючи на великій відстані від лікаря.

Таблиця 2.10

Маркетингова оцінка респондентів щодо контакту і взаємодії із сімейним лікарем, яке було проведено у 2023 році

(Одна відповідь, відсоток серед тих хто уклав декларацію з сімейним лікарем)	Відсоток відповідей
Так, мали весь цей час	59,8
Не намагалися контактувати із сімейним лікарем за весь цей час	28,1
Ні, уклали нову декларацію з лікарем після 24 лютого 2022 року	4,2
Ні, лікар в ЗСУ/ за кордоном /в іншій області, а іншого немає	2,9
Ні, неможливо додзвонитися, а контактів немає	2,7
Важко відповісти	2,2

Джерело: [75-80]

Цікавими виявилися відповіді третини респондентів (28,1%), які відповіли, що не намагалися налагодити контакти з сімейним лікарем за весь цей період. Відповідно дана категорія респондентів або не мала гострої потреби щодо консультації в сімейного лікаря, або ж не мали безпосереднього контакту, оскільки перебували на значній відстані від лікаря.

Майже в однаковій пропорції (близько 3 %) знаходилися ще дві категорії респондентів: перші – це ті, в яких сімейний лікар або знаходився за кордоном, або був мобілізований на службу в ЗСУ, або перебував в іншій області (2,9%), другі – це ті, які сказали, що при потребі медичної допомоги не можуть додзвонитися до свого сімейного лікаря, а інших контактів для відновлення з ним зв'язку не мають (2,7%).

Таким чином, проведене опитування щодо комунікації пацієнтів з сімейним лікарем засвідчило, що в умовах воєнного стану в Україні суттєво ускладнилися можливості контактів для отримання повноцінних консультацій та необхідної медичної допомоги.

Варто також звернути увагу й здійснити маркетингову оцінку результатів опитування щодо способів отримання пацієнтами повноцінної медичної допомоги в Україні (табл.2.11).

Оцінка щодо можливості отримання медичної допомоги в Україні після початку повномасштабної війни

(Оберіть усі варіанти відповіді, що Вам підходять)	% відповідей
На особистому прийомі	42,5
Не отримували, оскільки не було необхідності в медичній допомозі	41,8
По телефону або за допомогою інших засобів телекомунікаційного зв'язку	18,3
У лікарні стаціонарі	10,6
Не отримували через відсутність безкоштовної медичної допомоги і відсутність коштів на платні медичні послуги	2,2
Не отримували через недосяжність медичної допомоги	1,8
Інше	1,0
Важко відповісти, не відповіли	0,9

Джерело: [75-80]

Аналіз результатів опитування показує, що навіть в умовах війни все-таки більшість населення отримує медичні послуги, в яких має необхідність – як на особистому прийомі в лікаря, так і при необхідності перебуваючи в стаціонарі у багатьох закладах охорони здоров'я, що потребує перебування з сімейним лікарем на постійному зв'язку і постійного скерування щодо подальшого лікування пацієнтів в інших лікарів вторинної та третинної ланки. І це позитивно характеризує стан охорони здоров'я в Україні в таких складних умовах.

Важливим аспектом ефективного функціонування системи охорони здоров'я в Україні є надання якісної медичної допомоги для населення в закладах охорони здоров'я незалежно від форми їх власності. Зважаючи на те, що НСЗУ щороку надає закладам охорони здоров'я ряд безкоштовних медичних послуг, які заклади законтрактовують з НСЗУ, водночас важливим є питання про можливість отримання пацієнтами додатково оплачуваних послуг, які можуть надаватися населенню як в державних чи комунальних, так і в приватних закладах охорони здоров'я.

Адже коли постає вибір щодо отримання різного роду медичних послуг, тоді виникає дилема: вибрати «бюджетний» варіант із гарантованих медичних послуг, які надає один заклад охорони здоров'я, або ж отримати можливість добровільної доплати за одержані медичні послуги в будь-якому медичному

закладі. Останній варіант дає можливість пацієнтам оплачувати тільки різницю за одержані послуги кращої та вищої якості.

Розвиток цього сегменту додатково оплачуваних якісних медичних послуг залежить передусім від готовності різних категорій населення до їх прийняття. Це актуалізувало потребу маркетингового дослідження ринку медичного послуг. Так, результати соціологічного опитування щодо можливостей користування медичними послугами за умови доплати частини їх вартості, який здійснено Центром Разумкова в Україні в 2022–2023 роках (табл.2.12.)

Таблиця 2.12

Оцінка можливістю скористатися послугами приватного медичного закладу для населення за умови доплати частини вартості медичних послуг

Результати відповідей	Відсоток опитаних (%)
Так	61,5
Ні	24,1
Важко відповісти	14,4

Джерело: [75-80].

Результати опитування свідчать, що майже дві третини респондентів готові доплачувати частину вартості за одержані медичні послуги в приватному медичному закладі за умови, коли частину з них оплатить держава. Ця категорія пацієнтів у своїй мотивації враховує переваги надання більш якісних медичних послуг приватними закладами охорони здоров'я, які забезпечують більш якісну діагностику і надають більш комфортні умови перебування у лікарні.

Тільки четверть респондентів відповіли, що не готові доплачувати додатково за більш якісні медичні послуги. Вважаємо, що причиною даної відповіді є те, що ця категорія респондентів не має достатніх фінансових можливостей і мотивації витратити кошти на доплату за медичні послуги покращеної якості. І тільки 14,4% респондентів відповіли, що не можуть дати однозначну відповідь на дане питання. Припускаємо, що ця категорія респондентів не достатньо поінформована про фінансові аспекти таких послуг або не стикалася із проблемами вибору.

Таким чином, бачимо, що значна категорія респондентів виявила бажання отримувати медичні послуги покращеної якості за відповідну доплату за них у приватних закладах охорони здоров'я, що дає нам можливість стверджувати, що дане нововведення дало б можливість приватним закладам охорони здоров'я надавати більший спектр якісних медичних послуг для багатьох категорій пацієнтів, які хочуть і мають достатні фінансові можливості отримувати медичні послуги саме в таких закладах.

Важливим чинником, який характеризує рівень звертання населення до медичних закладів, зокрема до державних медичних закладів охорони здоров'я, є групування респондентів за рівнем їхнього матеріального становища. Яскраво ілюструє та показує взаємозв'язок рівня звертання до державних медичних та рівня матеріального забезпечення населення представлена нами таблиця 2.13.

Таблиця 2.13

Рівень звертання за медичною допомогою в державні заклади охорони здоров'я України протягом останніх півроку (дослідження 2021 р.)

	Так, один раз	Так, декілька разів	Ні, не звертався
Населення, яке проживає за межею бідності	25	23	52
Малозабезпечене населення	23	24	53
Населення середнього рівня достатку	23	24	53
Високий рівень забезпеченості населення	23	22	55

Коментуючи отримані відповіді респондентів, можна зробити висновок, що більша частина респондентів, які брали участь в опитуванні, цілком не можуть собі дозволити через фінансові труднощі відвідувати навіть державні заклади охорони здоров'я в Україні, у яких можуть бути затверджені дещо нижчі преїскуранти цін на певні види медичних послуг. Населення, яке знаходиться за межею бідності, певним чином ігнорує проходження медичного огляду та діагностики для діагностики видів захворювань, оскільки не вважає, що турбаза про власне здоров'я є першочерговою та критично-необхідною при важкій фінансово-економічній ситуації.

Знаходження населення у фінансовому аспекті нижче межі бідності, загалом ставить під загрозу розповсюдження багатьох видів захворювань, які передаються повітряно-крапельним шляхом, а профілактика і щеплення населення проти яких здійснюються на дуже низькому рівні. Це в першу чергу ставить під загрозу розповсюдження таких видів захворювання як туберкульоз, який є «хворобою бідних», та ряду інших видів захворювань, з якими найчастіше стикається населення, яке знаходиться поза межею бідності, оскільки потребує нормального збалансованого та поживного харчування та своєчасного лікування.

Інша категорія респондентів, яка брала участь в опитуванні віднесла себе до малозабезпеченої верстви населення. Так, 24% населення відповіли, що декілька разів відвідували державні медичні заклади за останніх півроку, що відповідно становить майже чверть від усіх опитаних респондентів. Інші 23% населення відповіли, що тільки один раз відвідували державні медичні заклади. Тільки 53% населення згідно опитування відповіли, що взагалі не відвідували державні медичні заклади охорони здоров'я за останні півроку.

Характерним є те, що ідентичні результати відповідей дали респонденти, які вважають, що згідно показників матеріального становища вони все-таки можуть віднести себе до середнього класу в суспільстві, хоча результати відповідей є ідентичними до респондентів, які себе вважають за рівнем матеріального становища малозабезпеченими.

Очевидним є те, що до даної групи респондентів входить прошарок населення, який відповідно до власних фінансових можливостей і пріоритетів надає перевагу у проходженні консультацій, діагностики, лікування чи реабілітації у приватних закладах охорони здоров'я. Відповідно й тому такий великий відсоток респондентів із даного прошарку населення відповіли, що взагалі не відвідували державні медичні заклади, що означає при потребі в медичних послугах вони були поза їхнім об'єктом уваги, а зверталася у приватні медичні заклади європейського рівня, які відповідали б сучасним світовим тенденціям розвитку медицини.

На такі запити відносно невеликого прошарку населення відповідають створені приватні медичні клініки, які розташовані у великих українських містах, а саме в Києві, у Львові, в Харкові, Одесі, Дніпрі та в ряді інших українських міст, у яких як ми зазначали вище, приватні заклади охорони здоров'я займають близько 50% від усіх існуючих закладів охорони здоров'я. Разом з тим, багато громадян з даного прошарку населення мають медичне страхування, що дозволяє їм отримувати медичні послуги в приватних закладах охорони здоров'я при потребі і проходити відповідні планові обстеження декілька разів в році.

Таким чином, бачимо ситуацію, при якій, згідно відповідей респондентів, значна кількість населення не може собі дозволити відвідувати навіть державні заклади охорони здоров'я, не кажучи вже про приватні.

Важливим аспектом аналізу рівня надання медичних послуг лікарями є оцінка рівня професіоналізму та компетентності лікарів, які надають населенню медичну допомогу. Населення, звертаючись за медичною допомогою в заклади охорони здоров'я, проявляє здатність оцінювати рівень професійної компетентності лікарів, що, в свою чергу, дозволяє отримати відповіді щодо результативності отриманої медичної допомоги.

Важливим критерієм, який дає оцінку щодо рівня професіоналізму та компетентності лікарів – це можливість об'єктивно оцінити настрої і думки респондентів, і, відповідно, на основі їх відповідей здійснити певні висновки і узагальнення. Нами здійснено опитування респондентів щодо рівня професіоналізму та компетентності лікарів у 2018-2021 роках (таблиця 2.14).

Таблиця 2.14

Динаміка оцінки населенням рівня професіоналізму і компетентності лікарів

Результати відповідей	Роки			
	Червень 2018 р.	Жовтень 2018р.	Червень 2020 р	Березень 2021р.
Дуже високий	6	4	6	10
Скоріше високий	33	27	28	36
Важко відповісти	8	18	14	12
Скоріше низький	40	37	36	29
Дуже низький	14	14	16	13

Відповідно до проведених опитувань серед респондентів рівень професіоналізму і професійної компетентності лікарів у червні в 2018 році був оцінений як «дуже високий» та «скоріше високий» майже 40% респондентів.

Цікавими є відповіді респондентів у наступних періодах: у жовтні 2018 та червні 2020 року рівень оцінки професіоналізму і компетентності лікарів як «дуже високий» та «скоріше високий» назвали тільки трішки більше третини від усіх опитаних респондентів – 31% і 34% респондентів відповідно. І тільки в 2021 році майже 50% респондентів оцінили рівень професійності та компетентності лікарів як «дуже високий» та «скоріше високий». Це в свою чергу дає можливість вести мову про визнання населенням достатнього рівня професіоналізму та професійної компетентності вітчизняних лікарів.

Разом з тим, деяка частина населення, вважає, що на дане питання «важко відповісти» щодо рівня і професійної компетентності лікарів в Україні і свідченням цього є те, що якщо в червні 2018 року частка респондентів становила 8%, то у жовтні 2018 року 18%, у червні 2020 року – 14% і у березні 2021 року - 12%.

Проте в шостій частині респондентів бачимо глибокий прояв недовіри до професіоналізму й компетентності лікарів в Україні, що відповідно проявляється в оцінці їх професійних якостей респондентами. В першу чергу, суспільні настрої пов'язані з тим, що на думку респондентів лікарі, які навчалися в медичних закладах України не завжди отримували відповідний рівень знань і навичок, які б в майбутньому формувало їх професійну компетентність, а разом з тим корупційна складова в університетах медичного профілю не завжди формувала високий рівень підготовки студентів, які обрали даний фах, а саме здобуття належного рівні навичок професійності та компетентності у студентів- медиків.

Відповідно дані негативні настрої і відобразилися в результатах опитуваннях респондентів. Таким чином, бачимо, що рівень сумніву населення у професіоналізмі лікарів є стабільно високим, проте має тенденцію до поліпшення.

Важливим чинником серед основних аспектів надання медичної допомоги є доступність медичних послуг та їх оцінка за основними критеріями.

Незважаючи на певні напрацювання українських вчених в даному напрямку, можемо констатувати про деяку відсутність за останній п'ятирічний період, який припадає на початок реформування медичних послуг наукових доробків, у яких би здійснений маркетинговий аналіз щодо основних рівнів доступності медичних послуг первинної ланки медичної допомоги в у умовах реформування системи охорони здоров'я.

Зокрема, щодо критеріїв доступності медичних послуг, які надавалися лікарями первинної медичної допомоги, нами здійснено аналіз за трьома основними їх видами: якість надання медичних послуг для населення, фінансова доступність медичних послуг та територіальна або часова доступність медичних послуг (таблиця 2.15). І хоча дослідження проводились нами ще на початку реформи охорони здоров'я в Україні, все ж відповіді респондентів у динаміці дають змогу зрозуміти, як змінювалась доступність послуг первинної медичної допомоги по мірі реформування галузі.

Таблиця 2.15

**Оцінка респондентами зміни основних чинників доступності послуг
первинної медичної допомоги (сімейним лікарем або дільничним
терапевтом чи педіатром)**

Показники	Роки			
	2017	2018	2019	2020
Якість медичної допомоги				
Покращилася	7,4	5,4	14,3	10,9
Погіршилася	20,5	10,6	16,0	13,4
Не змінилася	72,2	84,0	69,7	75,6
Фінансова доступність				
Покращилася	1,9	1,8	5,8	3,7
Погіршилася	49,6	20,6	26,4	20,5
Не змінилася	48,4	77,5	67,8	75,8
Територіальна або часова доступність				
Покращилася	Н.д.	Н.д.	6,6	4,3
Погіршилася	Н.д.	Н.д.	12,6	12,1
Не змінилася	Н.д.	Н.д.	80,8	83,6

Джерело: систематизовано автором за [75-80]

Близько дві третини респондентів дали відповідь, що якість наданих медичних послуг у сімейного лікаря не змінилася. Тобто дані факти, на думку респондентів, свідчать про те, що рівень якості надання медичних послуг для них є такий як і був рік назад, тобто із початком ведення в дію в медичних закладах реформ в первинній ланці.

Важливим є також той факт, що рівень покращення медичних послуг, які надають лікарі первинної медичної допомоги згідно відповідей респондентів становив у 2017 році – 7,4%, у 2018 році – 5,4%, у 2019 році – 14,3% і у 2020 році – 10,9% опитаних респондентів. Спостерігаємо, що з року в рік за останні роки зростає кількість позитивних відповідей серед респондентів, які вважають, що рівень якості надання медичних послуг в сімейного лікаря покращилася. Однак стійкої тенденції до поліпшення не сформувалось, причиною чого може бути пандемія коронавірусу, яка різко збільшила потребу в первинній медичній допомозі та її якості.

Разом з тим, є досить великий відсоток респондентів, які дали відповідь, що вони відчули погіршення якості надання медичних послуг. Так, у 2017 році даний відсоток респондентів становив – 20,5%, у 2018 році – 10,6%, у 2019 році – 16%, у 2020 році – 13,4%. На погляд багатьох пацієнтів, процес підписання декларацій із сімейним лікарем, не завжди приносить позитивний ефект, а саме не підвищує якість медичних послуг, а носить здебільшого декларативний характер.

Більше дві третіх населення відповіли, що не відчули ніяких змін. Як бачимо з таблиці 2.14, у 2017 році даний показник становив 72,2%, у 2018 році – 84,0%, у 2019 році – 69,7% та у 2020 році – 75,6%. П'ята частина респондентів оцінила зміни, які відбулися в первинній ланці надання медичної допомоги як негативні.

Як відомо, під час реформування трансформувалися зі звичайних поліклінік у центри надання первинної медичної допомоги – у великих містах, де до складу даних ЦНПМД входять амбулаторії загальної практики сімейної медицини, які у своєму розпорядженні згідно комплектації медичних кадрів мають мати достатню кількість як лікарів, так і середнього медичного персоналу

й мають забезпечувати на достатньому рівні доступ до своєчасної медичної допомоги для населення.

Амбулаторії загальної практики сімейної медицини здебільшого розташовані у приміських зонах або у селах, і вони входять до складу районних центрів первинної медико-санітарної допомоги, у яких проживає велика кількість населення, де місцеве населення при виниклій потребі завжди може отримати невідкладну первинну медичну допомогу у медичного спеціаліста.

Щодо основних аспектів покращення / погіршення рівня доступності медичної допомоги то нами проведено порівняльний аналіз щодо якості отриманої медичної допомоги (таблиця 2.16).

Таблиця 2.16

**Аспекти поліпшення доступності медичної допомоги, яка надавалася
лікарями первинної медичної допомоги**

		Роки	
		2019	2020
Якість медичної допомоги	Погіршилося		
	Інше	0,4	X
	Умови, в яких надається медична допомога (ремонт, чистота приміщень, у тому числі санвузлів)	28,1	22,0
	Ефективність (результативність) лікування	55,7	56,1
	Професіоналізм лікарів	46,8	44,0
	Ставлення до пацієнтів з боку лікарів, медичного персоналу	35,1	45,6
	Покращилося		
	Умови, в яких надається медична допомога (ремонт, чистота приміщень, у тому числі санвузлів)	27,3	34,1
	Ефективність (результативність) лікування	21,1	26,2
	Професіоналізм лікарів	19,5	27,2
	Ставлення до пацієнтів з боку лікарів, медичного персоналу	73,3	69,4
Фінансова доступність медичних послуг	Погіршилося		
	Можливість придбати чи отримати ліки відповідно до призначення лікаря	X	40,6
	Спроможність отримання лікування, включаючи консультацію, діагностичні та лабораторні обстеження, лікувальні процедури	X	47,3
	Наявність обладнання в закладі й можливість отримати медичні послуги з його використанням	X	20,2
	Покращилося		
	Можливість придбати чи отримати ліки відповідно до призначення лікаря	X	61,5
	Спроможність отримання лікування, включаючи консультацію, діагностичні та лабораторні обстеження, лікувальні процедури	X	58,5

	Наявність обладнання в закладі й можливість отримати медичні послуги з його використанням	X	32,7
Територіальна або часова доступність медичних послуг	Погіршилося		
	Можливість вибору лікаря	X	24,5
	Тривалість очікування лікаря	X	49,0
	Графік прийому лікаря	X	41,0
	Можливість запису заздалегідь на прийом до лікаря	X	46,9
	Територіальна зручність розміщення медичного закладу	X	47,2
	Покращилося		
	Можливість вибору лікаря	X	51,2
	Тривалість очікування лікаря	X	27,6
	Графік прийому лікаря	X	26,6
	Можливість запису заздалегідь на прийом до лікаря	X	60,5
	Територіальна зручність розміщення медичного закладу та сполучення з ним	X	18,1

Джерело: [75-80]

Первинна медична допомога надається сімейним лікарем або педіатром, і тому респонденти змогли оцінити її якість за 12 місяців 2019 року, оскільки втілення медичної реформи у вищезгаданому році дало можливість пацієнтам на собі оцінити всі її позитивні і негативні моменти. У 2019 році 21,1% пацієнтів вважають, що ефективність (результативність) лікування покращилася, й це може свідчити про те, що певна частина респондентів схвально відгукується про наслідки медичної реформи. У 2020 році частка респондентів, яка відповіла, що ефективність лікування зросла, становила 26,2%.

Разом з тим, у 2019 році 55,7% пацієнтів, вважають, що серед основних видів погіршення якості надання медичної допомоги є погіршення ефективності лікування пацієнтів. Дану ж позицію респонденти висловили у 2020 році й уже 56,1% відповіли, що ефективність лікування погіршилася.

Це, на нашу думку, є наслідком того, що багато змін у 2019 році тільки були введені в дію, і пацієнтам важко адаптуватися до виниклих нововведень, оскільки для людей старшого віку певні формальні процедури, які пов'язані з реєстрацією декларації з сімейним лікарем чи терапевтом і електронний запис до інших вузькопрофільних лікарів, а також черга, є не завжди прийнятними для багатьох людей.

Вагомим аспектом, який формує уявлення про якість надання медичних послуг є ставлення до пацієнтів з боку лікарів та медичного персоналу.

Позитивним ефектом є те, що три четверті серед опитаних респондентів (73,3%) у 2019 році дала відповідь, що ставлення до них зі сторони лікарів покращилося, проте уже у 2020 році дану відповідь щодо покращення ставлення медичних працівників дало тільки 63,3% респондентів. Безумовно, дана відповідь є певним прогресом у відносинах між лікарем і пацієнтом, оскільки це сприяє формуванню між ними як ефективної довіри, так і якісної двосторонньої взаємодії, що в свою чергу допомагає пацієнтові отримати відчуття здатності повноцінного учасника, який бере участь в лікувальному процесі.

В даному питанні велика роль відводиться лікарям, які мають відчувати індивідуальні особливості кожного пацієнта, і допомогти пацієнтові певними методиками позбутися стресової поведінки у комунікації з лікарем, які виникають під час першого контакту й цим забезпечити ефективність лікування для кожного окремого пацієнта. Вважаємо, що цікавими є відповіді на питання респондентів щодо професіоналізму лікарів. Близько 46,8% респондентів відповіли, що за останній період професіоналізм лікарів погіршився, тільки 19,5% відповіли, що професіоналізм лікарів покращився.

І остання характеристика якості надання медичних послуг – це умови в яких надається медична допомога. Так, в цьому напрямку думки респондентів розділилися навпіл, оскільки близько 28% опитаних серед респондентів відповіли, що умови перебування пацієнтів погіршилися. Також інших 27% опитаних респондентів дали відповідь, що рівень умов в яких надається медична допомога суттєво покращилися. Дана теза щодо покращення умов перебування пацієнтів у закладах охорони здоров'я має право на існування, оскільки більшість медичних закладів за період реформ, реорганізували з державних у КНП (комунальне неприбуткове підприємство), вони перейшли на госпрозрахунок і одержали можливість розпоряджатися власним прибутком й використовувати його в різноманітних цілях.

Важливим показником доступності медичних послуг є рівень їх фінансової доступності, який характеризує рівень фінансової спроможності пацієнтів отримати медичну допомогу. Згідно проведеного обстеження, 61,5% респондентів дали відповідь, що відбулися позитивні зміни пов'язані з

позитивним аспектом у фінансовій доступності, а саме з можливістю придбання безкоштовних ліків, які надавалися згідно з програмою «Доступні ліки» відповідно до призначення лікаря. Таким чином, респонденти, які побували в якості респондентів відчували суттєве покращення

Наступним аспектом, який на думку респондентів сприяв поліпшенню фінансової доступності медичних послуг є те, що на думку респондентів (58,5%) є покращення спроможності населення отримати лікування, включаючи консультацію, діагностичні та лабораторні обстеження, лікувальні процедури.

Це в першу чергу говорить про те, що отримання консультацій в лікарів первинної медичної допомоги з яким пацієнт уклав декларацію, а саме багато видів послуг: в сімейного лікаря або в терапевта – лікування та надання консультацій для дорослого населення, а також в педіатра – аналогічні послуги, для дітей віком до 18 років є абсолютно безкоштовними.

Таким чином, більшість населення змогли отримати відповідний спектр послуг в сімейного лікаря, що й посприяло тому, що їхня відповідь базувалася на тому, що за звітний рік більшість із респондентів змогли отримати відповідні послуги у лікарів загальної практики.

Останнім аспектом, який розглядається респондентами, є покращення фінансової доступності до медичного обладнання в закладах охорони здоров'я, й можливість отримати медичні послуги з його використанням. Більше третини респондентів висловилися, що у них покращилася фінансова доступність пройти обстеження на обладнанні, які є у ЦНПМД, що відповідно вони відчували можливість пройти повноцінне обстеження.

Серед головних критеріїв доступності медичних послуг, що належать до послуг первинної медичної допомоги є рівень територіальної доступності медичних послуг. Згідно відповідей респондентів одним з головних аспектів фінансової доступності медичних послуг є можливість запису заздалегідь на прийом до лікаря на потрібний час, який відповідно є зручний для пацієнта. Відповідно близько 60,5% респондентів відповіли, що у 2020 році саме в цьому напрямку відбулося покращення часової доступності медичних послуг для населення. Це створило певні зручності коли до сімейного лікаря чи терапевта є

можливість оформити запис на певний день та певну годину, що суттєво економить час для населення.

Другим аспектом, який покращився у закладах первинної медичної допомоги є можливість пацієнтам вибрати сімейного лікаря, і відповідно цією можливістю скористалося 74% населення, які уклали декларацію з сімейним лікарем, терапевтом чи педіатром. В результаті бачимо, що 51,2% респондентів відповіли, що рівень територіальної та часової доступності покращився.

Третім аспектом територіальної доступності респонденти назвали покращення в тому, що відповідно змінилася в позитивну сторону тривалість очікування лікаря та графік прийому лікаря пацієнтами (27,6% і 26,6%).

І, нарешті, останній аспект, який характеризує позитивні зрушення в територіальній доступності медичних послуг за відгуками респондентів є територіальна зручність щодо розміщення медичного закладу та сполучення з ним. Згідно відповідей тільки 18% респондентів вважають, що за 12 місяців 2020 року відбулося покращення територіальної доступності медичних послуг. Це свідчить про те, що більшість респондентів не відчули покращення щодо збільшення рівня доступності до закладів охорони здоров'я первинної ланки, що яскраво демонструють вищезгадані факти.

Таким чином, бачимо ситуацію, що більшість респондентів відчули певні зміни покращення у якості надання медичних послуг, і даним змінам сприяли ряд як об'єктивних, так суб'єктивних факторів. До даних факторів слід віднести можливість медичних закладів законтрактовувати медичні послуги, які надає НСЗУ, щоб отримати кошти з бюджету, а також готовність керівників медичних закладів встановлювати оптимальні тарифи на медичні послуги і тим самим сприяти підвищенню якості їх надання і збільшуючи рівень фінансової доступності для населення.

Реформа вторинної (і третинної) ланки медичних послуг сприяла зміні методики фінансування безкоштовних пакетів медичних послуг, де кожен заклад охорони здоров'я (поліклініка чи лікарня) опирався на перелік відповідних медичних послуг, які надавав пацієнтам в попередні роки, зокрема до початку реформування системи охорони здоров'я.

Важливим, є рівень оцінки основних видів доступності населення до медичних послуг, які надаються пацієнтам вузькими медичними спеціалістами у поліклініці або в лікарні в стаціонарному відділенні (табл. 2.17).

Таблиця 2.17

**Динаміка основних видів доступності медичних послуг для населення
у вузьких спеціалістів в поліклініці та в лікарні (у %)**

	Види доступності медичних послуг	Роки	Зміни відбулися в сторону		
			Покращення надання медичних послуг	Погіршення надання медичних послуг	Не змінилося надання медичних послуг
Вузькі спеціалісти в поліклініці	Якість надання медичних послуг	2019	6,9	17,2	75,9
		2020	4,7	14,2	81,1
	Фінансова доступність медичних послуг	2019	3,3	27,3	69,4
		2020	2,2	20,8	77,0
	Територіальна або часова доступність медичних послуг	2019	3,4	14,4	82,2
		2020	2,6	13,7	83,7
Вузькі спеціалісти в лікарні (лікування в стаціонарному відділенні)	Якість надання медичних послуг	2019	6,9	17,4	75,6
		2020	4,1	14,0	81,8
	Фінансова доступність медичних послуг	2019	3,1	29,3	67,7
		2020	1,6	20,7	77,7
	Територіальна або часова доступність медичних послуг	2019	2,6	11,7	85,7
		2020	1,3	9,9	88,8

Джерело: [38, 39]

Як відомо, серед основних змін, які відбулися у медичній системі – це розтягнення в «часовому відрізку» реформування первинної і вторинної ланки, що створило дисбаланс у заробітній платі між лікарями первинної ланки та вторинної і третинної ланки. Так, у 2019 році зважаючи на однаковий стаж і категорію лікаря, лікарі вторинної ланки отримували в п'ять разів менший рівень заробітної плати – і це незважаючи на значний обсяг і навантаження, яке було покладено на них як фахівців. Дані дисбаланси у рівні оплати праці, створювали невдоволення серед лікарів вузького профілю, а також і в середнього медичного персоналу, які очікували також позитивних змін від здійснених реформ. Це вплинуло і на показники доступності медичних послуг.

Як видно із табл. 2.16, частка респондентів, які дали відповідь, що рівень якості надання медичних послуг, які надають вузькі спеціалісти в поліклініці покращився в 2019 році становив 6,9%, а у 2020 році – відповідно частка респондентів, які позитивно відповіли на дане питання знизилася до 4,7%. Велика частина респондентів дала відповідь, що рівень якості медичних послуг у вузьких спеціалістів в поліклініці погіршився, і даний показник у 2019 році становив 17,2%, а у 2020 році 14,2%. Основна частина респондентів дала відповідь, що якість послуг не змінилася за звітній період тобто за період, який в них брали опитування і у 2019 році частка серед респондентів становила 75,9%, а у 2020 році – 81,1%. Тим самим населення дало об’єктивно оцінку щодо змін в якості надання медичних послуг, які воно відчуло маючи нагоду побувати в якості пацієнтів до вузькопрофільних спеціалістів в поліклініці.

Щодо фінансової доступності медичних послуг то в даному випадку значно менший рівень відповіді серед населення, яке вважає, що даний показник при відвідуванні до вузькопрофільного лікаря за останні роки покращився. Свідченням даного факту є показники, а саме у 2019 році даний показник серед респондентів становив – 3,3%, а у 2020 році – 2,2%.

Відносно негативну оцінку дали респонденти щодо рівня погіршення фінансової доступності медичних послуг. Серед тих респондентів, які відповіли, що серед усіх змін відбулися зміни погіршення фінансової доступності у 2019 році становили – 27,3% респондентів, у 2020 році – 20,8%. Цікавим фактом є те, що серед усієї кількості респондентів, які відповідали на дане питання тільки 69,4% і 77,0% відповіли, що якість фінансової доступності медичних послуг не змінилася.

Зазначені факти щодо даного виду доступності медичних послуг в певній мірі демонструють рівень фінансових можливостей населення отримати медичну допомогу, яка є платною і вимагає додаткових витрат, а особливо коли направлення пацієнт отримав від сімейного до вузькопрофільного медичного спеціаліста, де відповідно згідно протоколу лікування лікар змушений виписати лікарські засоби, які пацієнт через брак фінансових ресурсів не має змоги придбати.

Наступним видом доступності медичних послуг є територіальна або часова доступність, яка як відомо в певній мірі демонструє можливість пацієнта швидко та своєчасно добратися в поліклініку на обстеження до лікарів вузького профілю і отримати у них своєчасну та необхідну медичну допомогу.

Згідно оцінки респондентів, які дали відповідь, покращення доступності медичних послуг у 2019 році становило – 3,4% від усіх респондентів, а у 2020 році – 2,6% респондентів. Інші ж респонденти відповіли, що відбулося погіршення якості надання медичних послуг, і їх частка у 2019 році становила 14,4%, а у 2020 році 13,7%. Основна частина респондентів відповіла, що рівень територіальної або часової доступності пацієнтів не змінився. Так, у 2019 році частка даних респондентів становила 82,2%, а у 2020 році – 83,7%. Тобто таким чином, бачимо ситуацію при якій думки респондентів сходяться на тій позиції, що загалом немає значних змін щодо територіальної доступності до поліклініки, оскільки як пацієнти великих міст, так і малих міст і сіл при виниклій потребі в медичній допомозі.

Щодо змін доступності медичних послуг для людей, які перебували на лікуванні в стаціонарному відділенні лікарняного закладі (госпіталі) то слід звернути увагу на той факт, що більшість респондентів не є задоволені якістю медичної допомоги, яка надавалася закладами охорони здоров'я для пацієнтів, що знаходилися на лікуванні в стаціонарі. Свідченням цього є те, що більшість респондентів відповіли, що покращення у 2019 році відчули лише 6,9% серед усіх опитаних, у 2020 році частка респондентів становила 4,1%, що у відсотковому відношенні становить помітне зменшення частки респондентів, які вважали, що відбулося зміни в системі охорони здоров'я пов'язані з покращенням якості надання медичних послуг.

Цікава тенденція є характерною в тому, що шоста частина респондентів дала відповідь, що якість наданих медичних послуг в лікувальних закладах у стаціонарних відділеннях погіршилась. Так, у 2019 році 17,4% серед опитаних респондентів дали відповідь щодо змін в сторону погіршення якості надання медичних послуг закладами охорони здоров'я для пацієнтів у лікарні, які були госпіталізовані в стаціонарі, а у 2020 році даний показник знизився до 14,0%.

При цьому зросла кількість серед респондентів осіб, які відповіли, що якість наданих медичних послуг не змінилася, і у відсотковому співвідношенні частка респондентів становила у 2019 році – 75,6%, а у 2020 році – 81,8%.

Важливим фактором є те, що третя частина серед усіх респондентів вважає, що рівень фінансової доступності у лікарнях (у яких є стаціонарне лікування) погіршилася і у 2019 році частка даних респондентів становила 29,3%. Дещо менша частка респондентів уже в звітному 2020 році дала позитивну відповідь щодо погіршення фінансової доступності медичних послуг в лікарні цей показник становив 20,7%.

Цей факт щодо погіршення фінансової доступності медичних послуг є цілком очевидним, свідченням є те, що більшість населення відчуло непомірне зростання цін на лікарські засоби (більшість з яких зазвичай не входять в програму «Доступні ліки»), і за власний кошт змушені оплачувати вартість лікування, яке з кожним роком через зростання цін на медикаменти, особливо імпорتنі, дорожчає.

Тому виявлена закономірність щодо зменшення фінансової доступності медичних послуг в лікарні для пацієнтів, які є скеровані сімейним лікарем з різних причин на одержання амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги чи госпіталізації до лікарняного закладу є абсолютно виправданою, оскільки населення відчуває помітне збільшення у грошовому виразі вартості лікування у медичних закладах. Ці обставини не дають можливості отримати невідкладну медичну допомогу при гострій потребі, оскільки респонденти не завжди через фінансові труднощі мають можливість її своєчасно отримати.

Щодо змін рівня територіальної або часової доступності то дуже незначна частка респондентів відмітила, що рівень територіальної доступності медичних послуг покращився за останні два роки. У 2019 році частка даних відповідей становила 2,6% від усієї кількості опитаних респондентів, у 2020 році відповідно зменшилася до 1,3%.

Таким чином, бачимо, що реформування в медичній сфері внесло певні зміни щодо оцінювання респондентами змін, які відбулися за останні роки, а втілення реформ, загалом дає уявлення про недоліки, які потрібно вирішувати на

муніципальному та загальнодержавному рівні. Що ж до основних аспектів доступності медичних послуг, яка надавалися вузькопрофільними лікарями в поліклініці та в лікарні, то вони подані в табл. 2.18.

Таблиця 2.18

Поліпшення /погіршення доступності вузькопрофільних медичних послуг в поліклініці та в лікарні (в стаціонарі) у 2020 році(у відсотках)

	Вузькопрофільні спеціалісти в поліклініці		Вузькопрофільні спеціалісти в лікарні	
	Покращення	Погіршення	Покращення	Погіршення
Якість медичних послуг				
Ставлення до пацієнтів з боку лікарів, медичного персоналу	50,6	44,6	50,6	44,6
Професіоналізм лікарів	31,9	52,7	31,9	52,7
Ефективність (результативність) лікування	38,6	64,0	38,6	64,0
Умови, в яких надається медична допомога (ремонт, чистота приміщень, у тому числі санвузлів)	34,7	23,5	34,7	23,5
Фінансова доступність медичних послуг				
Можливість придбати чи отримати ліки відповідно до призначення лікаря	35,9	60,8	45,9	59,9
Спроможність отримання лікування, включаючи консультацію, діагностичні та лабораторні обстеження, лікувальні процедури	65,7	63,8	60,3	64,3
Наявність обладнання в закладі й можливість отримати медичні послуги з його використанням	34,1	35,2	34,7	38,9
Територіальна або часова доступність медичних послуг				
Можливість вибору лікаря	48,0	26,7	46,0	21,7
Тривалість очікування лікаря	25,7	47,4	33,5	39,3
Графік прийому лікаря	34,1	37,1	31,3	33,2
Можливість запису заздалегідь на прийом до лікаря на потрібний час	57,7	47,7	45,5	37,7
Територіальна зручність розміщення медичного закладу та сполучення з ним	21,4	50,1	25,4	55,6

Джерело: [38, 39]

Опитування показало, що респонденти якісний показник доступності медичних послуг оцінили майже однаково як вузькопрофільних лікарів у поліклініках, так лікарів, які надають допомогу у лікуванні населенню у медичних госпіталах. Важливим, що думки 50,6% респондентів сходяться в

тому, що серед умов покращення якості надання медичних послуг в поліклініках і в госпіталях є показник покращення ставлення до пацієнтів з боку лікарів та медичного персоналу як спеціалістів вузького профілю в поліклініці, так і в лікарнях

Наступним аспектом, який згідно тверджень респондентів за останні 12 місяців 2020 року сприяв покращенню доступності медичних послуг – це умови, в яких надається медична допомога (ремонт, чистота приміщень, у тому числі санвузлів). Більше третини серед опитаних респондентів – (34,7%) дала відповідь, що рівень умов перебування для пацієнтів у поліклініках та медичних закладах у яких населення лікується в стаціонарних відділеннях покращився за останні 12 місяців 2020 року.

Проте існує значна частка серед респондентів, які дала відповідь, що зміни відбулися в сторону погіршення якості медичних послуг. В першу чергу до основних причин через які відбулися погіршення якості наданих медичних послуг – погіршення ефективності (результативності) лікування в закладах охорони здоров'я. Так, біля дві третіх респондентів відповіли, що у 2020 році відбулося погіршення ефективності (результативності) лікування як в поліклініці, так і в госпіталях. І більше 50% серед усіх респондентів сказали про погіршення рівня професіоналізму лікарів, що є своєрідним свідченням про певний негативний їхній власний досвід або друзів чи колег, який вони отримали під час перебування в медичному закладі.

Наступним аспектом, який на думку респондентів сприяв погіршенню отримання якісної медичної допомоги – є ставлення лікарів та медичного персоналу до пацієнтів. Відповідно 44,6% респондентів вважає, що надання якісної медичної допомоги погіршилася, і відповідно, це стосується, на думку респондентів, через неналежне ставлення лікарів до пацієнтів.

І останнім аспектом, на який респонденти у відповідях акцентували свою увагу – це умови перебування пацієнтів в закладах охорони здоров'я. П'ята частина респондентів висловилося, що умови перебування пацієнтів в закладах охорони здоров'я погіршилися як у поліклініках, так і в лікарнях.

Важливим чинником є фінансова доступність медичних послуг для пацієнтів. Вона є важливою складовою щодо отримання певних видів послуг, які не завжди є доступними багатьом верствам населення через низький рівень доходів і в останні десятиліття пацієнти потрапляючи на обстеження чи госпіталізацію в заклади охорони здоров'я витрачали значні кошти на власне обстеження та лікування з власної кишені.

Відповідно до основних аспектів щодо певних змін покращення медичних послуг думки багатьох респондентів сходяться на тому, що до них відноситься спроможність пацієнтів в поліклініці отримання лікування, включаючи консультацію, діагностичні та лабораторні обстеження, лікувальні процедури.

На дане питання позитивну відповідь дали 65,7% респондентів, які відповідно відчували певні зміни щодо покращення для населення отримання відповідних видів медичних послуг у певних поліклініках, а які мають у своєму арсеналі лікарів певної кваліфікації, а також мають законтрактовані з НСЗУ певні пакети безкоштовних медичних послуг.

Також 60,3% респондентів відповіли, що відбулося і певне покращення фінансової доступності медичних послуг, яке базується на наданні вузькопрофільними лікарями медичних послуг – консультацій лікаря та здійснення діагностичних та лабораторних обстежень. Не менш значна частина респондентів висловилися, що відбулося погіршення фінансової доступності медичних послуг. В результаті 63,8% та 64,3% відсотки респондентів дали відповідь щодо погіршення фінансової доступності даних медичних послуг у поліклініці та в лікарні.

Наступним аспектом щодо фінансової доступності надання медичних послуг в поліклініках є можливість придбати чи отримати ліки. Так, відповідно, частка респондентів, які відповіли позитивно, що відбулося покращення становить 35,9% щодо можливості отримання ліків у поліклініках, 45,9% респондентів відповіли про покращення ситуації з отриманням ліків у лікарнях, які здійснюють лікування пацієнтів у стаціонарних відділеннях. Значно більша частка респондентів дала відповідь, що за останні роки відбулося погіршення рівня фінансової доступності для населення і зменшилися фінансові можливості

щоб отримати чи придбати відповідно до призначеного лікування медичним спеціалістом відповідні ліки та препарати.

Питання придбання ліків в останні роки завжди стоїть гостро на порядку денному для пацієнтів і для членів їх родин, коли лікування багатьма медикаментами є надзвичайно дорогим, і його вартість з кожним роком зростає. Тому для соціально вразливих верств населення, яке знаходиться за межею малозабезпеченості, питання щодо придбання ліків і медичних препаратів є надзвичайно гострими і актуальними, які потребують свого вирішення як на рівні об'єднаної територіальної громади, так і на обласному рівні.

Як відомо, щоб отримати повноцінні результати обстеження необхідна сучасна і високоточна апаратура для проведення діагностики багатьох видів захворювань. Відповідно, багато закладів охорони здоров'я скориставшись нагодою від отриманих коштів змогли на отримані кошти закупити необхідне обладнання для проведення різноаспектної діагностики пацієнтів.

Тому коли заклади охорони здоров'я здійснюють законтрактування медичних послуг із НСЗУ, вони повинні мати у своєму розпорядженні як фахівців відповідного медичного профілю, так і наявне відповідне медичне обладнання, яке ЗОЗ за одержані від НСЗУ кошти мають можливість придбати, і здійснювати для пацієнтів безкоштовні медичні обстеження для пацієнтів, які входять в пакет безкоштовних медичних послуг. Відповідно у пацієнтів є вибір у який медичний заклад брати електронне направлення від сімейного лікаря щоб пройти необхідні види діагностичних процедур та обстежень.

У 2020 році 34,1% респондентів відповіли, що в поліклініках відбулося покращення фінансової доступності щодо можливості здійснити обстеження на наявному обладнанні, яке є в наявності в поліклініках, 34,7% респондентів відповіли, що відбулося покращення щодо фінансової доступності щодо можливості отримати медичні послуги з використанням сучасного обладнання, яке є в лікарнях. Проте, існують і протилежні точки зору серед респондентів, де 35,2% і 28,9% відповідно відсотки серед опитаного населення вважають, що в поліклініках, і в лікарнях відбулося погіршення ситуації щодо фінансової доступності проходження необхідного обстеження на наявному медичному

обладнанні. Таким чином, бачимо, що респонденти низько оцінюють рівень фінансової доступності, яка є в поліклініках та в лікарні, що є своєрідним індикатором необхідності впровадження певних змін для населення, яке б забезпечило можливість доступу до необхідної медичної допомоги.

I, нарешті, останній аспект, який характеризує рівень доступності медичних послуг, є територіальна або часова доступність медичних послуг. Серед багатьох аспектів, які характеризують рівень територіальної доступності медичних послуг 57,7% респондентів назвали, що відбулося покращення в можливості попереднього запису на прийом до лікаря в поліклініці, а 45,5% респондентів оцінили позитивно, що відбулося покращення щодо можливості в сучасний період здійснення попереднього запису до лікаря в лікарні. Даний механізм попереднього запису дозволяє пацієнтам спланувати заздалегідь свій візит до лікаря, не очікувати в довготривалих чергах, а також бути впевненому, що саме в обраний час лікар зможе надати йому відповідну консультацію. Так, через систему електронних записів medics.ua, helsinki.me та ряду інших пацієнтам є можливість швидко і оперативно при потребі здійснити реєстрацію і записатися до потрібного лікаря. Це суттєво економить час на інші потреби як пацієнту, так лікареві.

Другим аспектом на якому респонденти акцентували свою увагу є те, що у них з'явилася можливість обрати власного лікаря. Частка респондентів, які відповіли, що це стало покращенням територіальної доступності становила відповідно 48,0% та 46%. Більше третини респондентів (34,1% та 31,3%) оцінили, що відбулося покращення щодо графіку прийому лікарів як тих, які працюють в поліклініках, так і тих, які працюють в лікарні. Як нами було уже згадано вище, це сталося завдяки тому, що запрацював в медичній системі механізм електронної реєстрації пацієнтів до лікарів. Але негативну відповідь дали 37,1% та 33,1% респонденти, які вважають, що відбулося погіршення графіку прийому громадян в поліклініці та в лікарні, що, вважаємо, насамперед пов'язано з тим, що багато пацієнтів були звикли до електронної реєстрації через електронні ресурси, а також те, що графіки прийому громадян в лікарів іноді зміщуються, що в деяких випадках спотворює реальний час. Чверть респондентів

відповіла (25,4% та 33,4%), що у 2020 році покращилася ситуація із тривалістю очікування медичних спеціалістів в поліклініках та в лікарнях, а майже половина респондентів - (47,4% та 39,3%) дала відповідь, що ситуація – погіршилася.

І, нарешті, останній аспект, який характеризував рівень доступності медичних послуг – це територіальна зручність розміщення медичного закладу та сполучення з ним. Так, негативним аспектом є те, що за оцінкою багатьох респондентів (50,1% та 55,6%) відбулося погіршення територіальної доступності до поліклінік та лікарень. Багато цих факторів пов'язано з тим, що закриття фельдшерсько-акушерських пунктів змушує мешканців віддалених територій звертатися за медичною допомогою в поліклініки чи лікарні, які розташовані на значній відстані, що є незручним для мешканців багатьох невеликих сіл чи містечок.

Таким чином, бачимо, що оцінка населенням змін рівня доступності медичних послуг є важливим індикатором тих явищ, що населення може отримати доступ до ефективного і своєчасного лікування, що сприятиме їхній задоволеності від отриманих медичних послуг. Зважаючи на це, вважаємо, що аналіз основних рівнів доступності медичних послуг вторинної та високоспеціалізованої ланки медичної допомоги показав, що населення не завжди має доступність до багатьох видів медичних послуг, особливо це стосується фінансових та територіальних аспектів доступності медичних послуг

2.3. Маркетингово-статистичний аналіз поведінкових переваг населення на ринку медичних послуг

Аналіз даних соціологічного опитування нами був оброблений по різних типах територій: по великих містах, малих містах та по сільських територіях. Це відповідно дало змогу порівняти рівень доступності медичних послуг як в державних та комунальних, так і в приватних закладах охорони здоров'я в даних населених пунктів.

Перше запитання, яке ми поставили перед собою стосувалося того, в якій мірі різняться грошові доходи людей, які відвідували приватні медичні заклади та людей, які дали негативну відповідь на це питання.

В даному випадку нами використовувалася вибірка людей, які відповідали так чи ні при відвідуванні державних та приватних медичних закладів по всій Україні та в розрізі окремо у великих містах, малих містах та в сільських територіях.

Розпочнемо з розгляду опитувань респондентів за віком (таблиця 2.19).

Таблиця 2.19

Розподіл респондентів за віком та типом територій та віком в Україні у 2021 році

Вікова категорія респондентів	Типи населених пунктів							
	Великі міста		Малі міста		Сільська територія		По Україні	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
до 18 років	874	18,4	783	18,6	1081	16,1	2763	17,6
18 - 35 років	900	19,0	601	14,3	792	11,8	2306	14,7
36 - 55 років	1330	28,0	1127	26,8	2078	31,0	4553	29,0
56 - 59 років	203	4,3	250	5,9	512	7,6	967	6,2
60 років і старше	1438	30,3	1450	34,4	2238	33,4	5133	32,6
Всього	4745	100,0	4211	100,0	6701	100,0	15722	100,0

Джерело: розрахунки автора на основі [12-25]

При цьому всі вони були поділені на 4 групи за видом територій: великі міста, малі міста, сільські території та Україна в цілому. Що стосується вікових груп, то у відповідності до проведеного дослідження виділяються наступні групи: до 18 років, 18-35 років, 36-55 років, 56-59 років та 60 років і старше.

Загальна кількість респондентів дорівнювала 15722 осіб, з них у великих містах проживало 4745 осіб, у малих містах – 4211 особи, а на сільських територіях – 6701 осіб.

Відносно розподілу за віком, то в групі до 18 років у великих містах проживало 874 осіб або 18,4% від загальної кількості мешканців, у малих містах – 783 особи або 18,6%, на сільських територіях – 1081 осіб або 16,1%.

У віковій групі 18-35 років загальна кількість респондентів у великих містах дорівнювала 900 осіб або 19,% від загальної кількості опитаних, у малих

містах – 601 особа або 14,%, на сільських територіях – 792 осіб або 11,8% від загальної кількості респондентів. В цілому по Україні число респондентів в даній групі дорівнює 2306 осіб або 14,7% від загальної кількості.

Найбільшою була група респондентів у віковій групі 36-55 років. У великих містах вона налічувала 1330 осіб або 28,0%, у малих містах – 1127 осіб або 26,8%, на сільській території – 2078 осіб або 31,0% від загальної кількості. В цілому по Україні ця група налічувала 4533 респонденти або 29,0%.

У віковій групі 56-59 років кількість респондентів була найменшою. Вона дорівнювала у великих містах 203 осіб або 4,3%, у малих містах – 250 осіб або 5,9%, на сільській території – 512 осіб або 7,6%, в цілому по Україні – 967 осіб або 6,2% від загальної кількості.

Нарешті, в останній віковій групі (60 років і старші) були люди пенсійного віку. Ця група налічувала у великих містах 1438 осіб або 30,3%, у малих містах – 1450 осіб або 34,4%, на сільських територіях – 2238 особи або 33,4% від загальної кількості. В цілому по Україні в даній групі кількість респондентів дорівнювала 5133 осіб або 32,6% від загальної кількості.

Таким чином, маємо розподіл респондентів доволі нерівномірний по групах, однак в будь-якому випадку їх чисельність є достатньою для того, щоб отримати надійні статистичні результати. (додаток В).

Нами проведено попередні дослідження відповідей респондентів відносно якості медичних послуг.

Кожен з респондентів відповідав на цілу низку питань щодо використання тих чи інших медичних послуг та за рівнем звертанням по медичні послуги як до державних установ, так і до приватних закладів охорони здоров'я. Відповідні результати наведені нами в (табл. 2.20.)

Всі респонденти також були поділені на групи в залежності від типу територій на що хочеться звернути увагу з точки зору аналізу отриманих результатів.

По-перше мешканці великих міст мали більші можливості щодо отримання медичних послуг. Так, на відповідь на питання чи зверталися Ви в поліклініку крім стоматолога мало позитивну відповідь 38,8% мешканців великих міст,

29,5% малих міст та лише 26,7% мешканців сільських територій при середньому значенні по Україні 31,7%.

Таблиця 2.20

**Рівень та причини звертання в заклади охорони здоров'я населення
України у 2021 році**

Відповіді	Великі міста	Малі міста	Сільська територія	По Україні
Відсоток звертання респондентів за медичною допомогою				
В поліклініку (крім стоматолога)	38,8	29,5	26,7	31,7
В поліклініку до сімейного лікаря	74,4	72,5	64,7	69,9
До стоматолога в державній медичній установі	8,5	8,0	6,0	7,4
До приватного стоматолога	10,8	6,3	5,9	7,4
До швидкої медичної допомоги	2,6	2,0	2,1	2,1
До платної медичної установи або приватного практикуючого лікаря (крім стоматолога)	7,7	3,3	5,3	4,5
З якої причини Ви звертались за медичною допомогою в останнє?				
у зв'язку з нещасним випадком або травмою	0,6	0,5	0,4	0,5
у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям	51,2	47,2	48,2	47,1
у зв'язку з необхідністю профілактичного огляду	24,6	23,7	16,3	23,0
у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів	2,6	3,3	4,0	3,1
у зв'язку з адміністративною причиною (отримати лист-довідку т.п.)	5,5	3,6	1,8	3,5

Джерело: розрахунки автора на основі [12-25]

Відповідаючи на питання: «Чи зверталися Ви в поліклініку до сімейного лікаря позитивно відповідали 74,4% мешканці великих міст, 72,5% мешканці малих міст, 64,7% мешканці сільських територій. В середньому по Україні позитивну відповідь давали 69,9% респондентів.

На питання: чи зверталися Ви до стоматолога в державній медичній установі, позитивно відповіли 10,8% мешканців великих міст, 6,3% мешканці малих міст та 5,9% мешканців сільських територій. В середньому по Україні позитивну відповідь надали на питання 7,4% респондентів.

На питання щодо візиту до приватного стоматолога позитивну відповідь дали 10,0% респондентів у великих містах, 7,3% респондентів у малих містах, 5,5% на сільській території та 7,3% в середньому по Україні.

Відносно звернення до платної медичної установи або платного практикуючого лікаря (крім стоматолога) позитивно відповіли 7,7% респондентів у великих містах, 3,3% у малих містах та 5,3% на сільській території. Середня величина даного показника по Україні дорівнювала 4,5% респондентів.

Слід відзначити, що відповідь на питання про звернення до швидкої медичної допомоги зазначена нами тенденція не повторювалася. Зокрема у великих містах позитивну відповідь дали 2,6% респондентів, у малих містах – 2,0%, а на сільській території – 2,1%. Середня величина по Україні з позитивними відповідями дорівнювала 2,1%.

Слід відзначити, що відповідь щодо звертання до народного цілителя (гомеопата, екстрасенса) виявилася доволі цікавою. Найменша кількість респондентів, які дали позитивну відповідь, дорівнювала 0,2% у великих містах, у малих містах – 0,3%, а найбільша питома вага припадає на сільські території, де цей показник становив 0,4%.

У даному випадку важко сказати, яким чином це корелює з попередніми відповідями, але цілком можлива ситуація, коли недостатній рівень медичних послуг змушує людей звертатись до так званих «народних методів лікування».

При відповіді на питання, з якої причини зверталися за медичною допомогою востаннє, найбільш частішою була відповідь респондентів, яка пов'язувала звертання із хворобою або проблемою зі здоров'ям. Серед мешканців великих міст питома вага тих, хто саме з даної причини звертався до медичних закладів, дорівнювала 51,2%, мешканців малих міст – 47,2%, мешканців на сільській території – 48,2%. В середньому по Україні з даної причини зверталися 47,1% респондентів.

Другим значущим фактором була необхідність проведення медичного профілактичного огляду. У даному випадку відсоток респондентів, які зверталися з даної причини до медичних закладів, був відносно стабільним і дорівнював 24,6% у великих містах, 23,7% у малих містах та 16,3% на сільській території, при середньому значенні по Україні 23,0%.

Нечасто, але також зверталися до медичних закладів респонденти у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів. З даної причини у великих містах зверталися 2,6% респондентів, у малих містах – 3,3%, на сільських територіях – 4,0%.

Нарешті, найрідше люди зверталися до медичних закладів з причини нещасного випадку або травми. Це траплялося у 0,6% респондентів у великих та малих містах та 0,4% мешканців сільських територій.

Таким чином, маємо розгалужену статистику причин звернення або незвернення до медичних закладів та загальну ситуацію розуміння того як це відбувається на різних рівнях.

Також однією з причин звертання до медичних закладів була необхідність отримати у населення адміністративні документи (сертифікати, листи-довідки та інше). В середньому по Україні з даної причини зверталися до медичних закладів 3,5% при чому найбільший даний відсоток був у великих містах – 5,5%, тоді як у малих містах – 3,6%, на сільських територіях він дорівнював 1,8%.

Також нами, було здійснено розподіл респондентів за віком у взаємозв'язку з відповідями на питання пов'язаних з наданням медичних послуг. Було вирішено даний аналіз здійснити також за видами даних територій та в цілому по Україні. Почнемо розгляд даної ситуації в цілому по Україні (таблиця 2.21).

Респонденти при відповіді на питання відносно звернення в поліклініку (крім стоматолога) відповідали позитивно на 47,1% у віці до 18 років, 29,2% у віці 18-35 років, 28,7% у віці 36-55 років, а у віці 60 і більше років – 27,6%.

При відповіді на питання при звертання в поліклініку і до сімейного лікаря, респонденти у віці до 18 років позитивно відповідали 86,1% респондентів, у віці 18-35 років – 60,0% випадків, у віці 36-55 років – у 67,6% випадків. Відповідь на питання щодо звертання до стоматолога в державні медичні установи в державні медичні установи позитивно відповіли 9,3% респондентів у віці до 18 років; 7,6% – у віці 18-35 років, 8,0% – у віці 36-55 років, 6,4% – у віці 60 років і старші.

**Рівень та причини звертання в заклади охорони здоров'я населення
України в залежності від вікової категорії респондентів у 2021 році**

	Вікова категорія респондентів				
	до 18 років	18 - 35 років	36 - 55 років	56 - 59 років	60 років і старше
Відсоток звертання респондентів за медичною допомогою					
В поліклініку (крім стоматолога)	47,1	29,2	28,7	29,4	27,6
В поліклініку до сімейного лікаря	86,1	60,0	62,0	67,6	73,1
До стоматолога в державній медичній установі	9,3	7,6	7,0	8,0	6,4
До приватного стоматолога	7,1	11,3	9,5	7,1	4,1
До швидкої медичної допомоги	1,2	1,2	1,1	1,8	4,0
До платної медичної установи або приватного практикуючого лікаря (крім стоматолога)	3,8	4,8	4,0	6,2	4,9
З якої причини Ви звертались за медичною допомогою в останнє?					
у зв'язку з нещасним випадком або травмою	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям	33,1	35,9	42,1	53,8	62,7
у зв'язку з необхідністю профілактичного огляду	58,3	26,0	21,2	14,8	5,9
у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів	0,1	0,7	1,3	3,4	7,5
у зв'язку з адміністративною причиною (отримати лист-довідку т.п.)	4,7	6,2	4,2	2,5	1,1

Джерело: розрахунки автора на основі [12-25]

Відповідаючи на питання щодо візиту до приватного стоматолога, позитивно відповідали в групі респондентів віком до 18 років 7,1%, у групі віком 18-35 років – 11,3%, у віковій групі 36-55 років – 9,5%, а в групі 60 і більше років – лише 4,1%. Відносно відповіді на питання щодо звертання до швидкої медичної допомоги, то в даному випадку позитивно відповідали у групі респондентів з віком до 18 років – 1,2%, у групі 18-35 років – 1,2%, а в групі 60 і більше років – 4,0%. Відповідаючи на питання щодо звертання до платної медичної установи або приватного лікаря, то позитивно відповідали у групі респондентів до 18 років 3,3%, у віковій групі 36-55 років – 4,2%, а у групі 60 і більше років – 4,1%.

Відповідаючи на питання, з якої причини зверталися за медичною послугою востаннє, респонденти зазначали, що це траплялося у зв'язку із

хворобою або проблемами зі здоров'ям та у зв'язку із необхідністю профілактичного огляду. Але, знову ж таки, залежно від віку респондентів кількість відповідей була різною. Відповідаючи на перше питання у віковій групі до 18 років позитивну відповідь дали 33,1% респондентів, у групі віком 36-55 років – 42,1%, а в групі 60 і більше років – 62,7%. Відносно другого питання щодо необхідності проведення профілактичного огляду позитивна відповідь у групі до 18 років дорівнювала 58,3% респондентів, у групі 36-55 років – 21,2%, а в групі 60 і більше років – 5,9%.

Щодо відповіді на питання про необхідність поновлення рецептів також ситуація була суттєво залежною від віку респондентів. Так, у групі віком до 18 років позитивно відповідали на дане питання 0,1% респондентів, у віковій групі 36-55 років – 1,3%, а в групі 60 і більше років – 7,5%. Також є подібна залежність, але зворотного характеру при відповіді на питання щодо звертання до медичного закладу у зв'язку із адміністративною причиною. В даному випадку група віком до 18 років позитивно відповідала на дане питання 4,7% респондентів, у віковій групі 36-55 років – 4,2%, а в групі 60 і більше років – тільки 1,1%.

Таким чином, ми маємо низку залежностей, які напряду пов'язані з віком респондентів. Ці факти необхідно враховувати при виробленні маркетингової політики щодо позиціонування відповідних медичних послуг і товарів охорони здоров'я на даному ринку.

Також було прийнято рішення розглянути дану ситуацію в розрізі різних типів територій. Почнемо розгляд з великих міст (таблиця 2.22). В даному випадку тенденція досить подібна до тих, що мають місце в цілому по Україні.

Відзначимо наступні моменти, відносно питання звертання в поліклініку (крім стоматолога) респонденти у віці до 18 років позитивно відповідали у 51,9% випадків, а у віковій категорії 60 і більше років – 36,1%. Тобто простежується чітка тенденція до падіння рівня відвідування поліклінік відповідно із збільшенням віку респондентів.

**Рівень та причини звертання в заклади охорони здоров'я населення
України у великих містах в залежності від вікової категорії респондентів у
2020 році**

	Вікова категорія респондентів				
	до 18 років	18 - 35 років	36 - 55 років	56 - 59 років	60 років і старше
Відсоток звертання респондентів за медичною допомогою					
В поліклініку (крім стоматолога)	51,9	32,9	36,7	41,4	36,1
В поліклініку до сімейного лікаря	83,6	66,7	69,6	76,8	77,8
До стоматолога в державній медичній установі	9,9	7,7	8,4	9,4	8,3
До приватного стоматолога	8,5	16,0	12,8	11,3	6,9
До швидкої медичної допомоги	1,7	1,3	1,4	3,0	5,0
До платної медичної установи або приватного практикуючого лікаря (крім стоматолога)	6,8	9,0	7,1	11,8	7,4
З якої причини Ви звертались за медичною допомогою в останнє?					
у зв'язку з нещасним випадком або травмою	0,5	0,7	0,6	1,0	0,5
у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям	41,9	40,0	47,2	56,7	66,9
у зв'язку з необхідністю профілактичного огляду	50,7	27,4	24,1	21,7	7,8
у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів	0,0	0,9	0,7	2,5	6,9
у зв'язку з адміністративною причиною (отримати документ, сертифікат, лист-довідку і т.ін.)	5,0	9,6	6,8	3,0	2,4

Джерело: розрахунки автора на основі [12-25]

При відповіді на питання щодо відвідування сімейного лікаря найбільш часто позитивну відповідь давали молоді люди віком до 18 років (83,6%), найменша кількість позитивних відповідей помітна у респондентів у віці 18-35 років (66,7%). Слід також відзначити, що відносно на стабільному рівні трималася відповідь щодо відвідування стоматолога в державній медичній

установі. Тут показник позитивних відповідей коливався від 9,9% у респондентів з віком до 18 років до 7,7% у віці 18-35 років. Щодо відповіді на питання щодо відвідування приватного стоматолога, то найбільша кількість позитивних відповідей помітна у віковій групі респондентів 18-35 років (16,0%), в групі 56-59 років (11,3%) та 36-55 років (12,8%). Найменша кількість позитивних відповідей була у молодих людей віком до 18 років (8,5%) та у віці 60 і більше років (6,9%).

Що стосується відповіді на питання про звернення до швидкою медичної допомоги, то найбільша кількість позитивних відповідей була у респондентів у віці 56-59 років (3,0%) та у віці 60 і більше років (5,0%), а найменша кількість позитивних відповідей була у людей до 18 років (1,7%) та 18-35 років (1,3%).

Відповідь на питання щодо звертання до платної медичної установи або платного практикуючого лікаря мала відносно стабільний рівень позитивних відповідей серед усіх вікових категорій. Відзначимо, що найбільша питома вага позитивних відповідей була у групі респондентів віком 56-59 років (11,8%) та в групі віком 18-35 років (9,0%).

Відповідаючи на питання про причину звернення за медичною допомогою востаннє, найбільш частими факторами, як уже відзначалося, була хвороба та проблеми зі здоров'ям та необхідність проведення профілактичного огляду. У зв'язку із першою причиною найбільш часто звертались до медичних установ люди у віці 60 і більше років (66,9%) та 56-59 років (56,7%), а найменш часто зверталися люди віком до 18-35 років (40,0%). Що стосується другої причини, щодо необхідності проведення профілактичного огляду, то найбільш часто в даному випадку зверталися люди віком до 18 років (50,7%) та 18-35 років (27,4%). Найменш часто з цієї причини зверталися люди у віковій категорії 60 і більше років (7,8%).

Інші причини були дуже несуттєві. Відзначимо лише, що у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів зверталися респонденти у віці 60 і більше років – 6,9%, а з причин адміністративного характеру респонденти у віці до 18-35 років – 9,6% позитивних відповідей.

Розглянемо подібну ситуацію у малих містах України (таблиця 2.23). Знову хочеться відзначити, що ситуація була подібна до тенденцій в цілому по Україні з окремими особливостями та нюансами.

Таблиця 2.23

**Рівень та причини звертання в заклади охорони здоров'я населення
України у малих містах в залежності від вікової категорії респондентів у
2021 році**

	Вікова категорія респондентів				
	до 18 років	18 - 35 років	36 - 55 років	56 - 59 років	60 років і старше
Відсоток звертання респондентів за медичною допомогою					
В поліклініку (крім стоматолога)	42,6	24,5	28,2	24,4	26,3
В поліклініку до сімейного лікаря	88,1	60,5	63,1	71,2	76,5
До стоматолога в державній медичній установі	8,8	8,1	7,5	10,4	7,4
До приватного стоматолога	6,8	7,5	8,7	6,0	3,6
До швидкої медичної допомоги	0,9	0,8	0,5	0,4	4,6
До платної медичної установи або приватного практикуючого лікаря (крім стоматолога)	1,9	1,8	2,9	5,2	4,7
З якої причини Ви звертались за медичною допомогою в останнє?					
у зв'язку з нещасним випадком або травмою	0,4	0,0	0,8	0,0	0,7
у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям	32,0	35,5	40,6	59,2	63,4
у зв'язку з необхідністю профілактичного огляду	57,1	27,7	22,9	12,8	6,5
у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів	0,1	0,5	1,0	2,4	8,2
у зв'язку з адміністративною причиною (отримати документ, сертифікат, лист-довідку і т.ін.)	6,8	3,3	4,6	5,2	0,8

Джерело: розрахунки автора на основі [12-25]

Зазначимо, що наступність даних нюансів у відповідях на питання щодо звертання до поліклініки: найбільш часто позитивно відповідали респонденти у віці до 18 років (42,6%), а найменш часто зверталися люди у віці 56-59 і більше років (24,4%).

Серед відповідей щодо питання відвідування сімейного лікаря найбільша кількість позитивних була у групі респондентів віком до 18 років (88,1%), а найменша – у категорії респондентів віком 18-35 років (60,5%). Відповідаючи на питання щодо відвідування стоматолога у державній медичній установі, найбільшу кількість позитивних відповідей надали респонденти у віковій категорії до 18 років (8,8%), а найменшу – у віці 60 і більше років (3,6%). Відносно відвідування приватного стоматолога найбільша кількість позитивних відповідей була у категорії респондентів віком 36-55 років (8,7%), а найменша – у категорії 60 і більше років (3,6%). Найбільш часто за послугами швидкої медичної допомоги зверталися люди старшого віку 60 і більше років (4,6%), а найрідше – люди віком 18-35 років (0,8%).

Аналізуючи відповідь на питання щодо звертання до платних медичних установ або платного практикуючого лікаря, виявлено, що ця послуга не була поширена серед населення. Величина позитивних відповідей була виявлена у 4,7% респондентів віком 60 і більше років.

Характеризуючи групи питань щодо причин звертання населення в медичні установи, то знову з великим відривом є причини, пов'язані з хворобою та необхідністю проведення профілактичного огляду. В даному випадку перша з цих причин мала найбільше позитивних відповідей у віковій категорії 60 і більше років (63,4%), а в другому випадку – у віковій категорії віком до 18 років (57,1%). З виділених причин звертання населення до медичних закладів слід відзначити таку, як необхідність поновлення рецептів. Вона була важлива для категорії респондентів віком 60 і більше років (8,2%). Необхідність отримання медичної допомоги з адміністративних причин була найбільш важливою для респондентів віком до 18 років (6,8%).

Нарешті, третій тип територій, який нами окремо аналізувався, – це сільські території (таблиця 2.24). Знову ж таки підкреслимо, що в даній групі всі тенденції, які нами відзначалися при попередньому аналізі, також мають місце, але зі своїми особливостями.

**Рівень та причини звертання в заклади охорони здоров'я населення
України на сільських територіях в залежності від вікової категорії
респондентів у 2021 році**

	Вікова категорія респондентів				
	до 18 років	18 - 35 років	36 - 55 років	56 - 59 років	60 років і старше
Відсоток звертання респондентів за медичною допомогою					
В поліклініку (крім стоматолога)	46,5	28,8	23,9	27,1	22,9
В поліклініку до сімейного лікаря	87,0	51,9	56,6	62,0	67,9
До стоматолога в державній медичній установі	9,2	7,1	5,8	6,0	4,6
До приватного стоматолога	6,1	9,0	7,7	6,0	2,5
До швидкої медичної допомоги	1,0	1,4	1,3	1,9	2,9
До платної медичної установи або приватного практикуючого лікаря (крім стоматолога)	2,7	2,4	2,6	4,5	3,4
З якої причини Ви звертались за медичною допомогою в останнє?					
у зв'язку з нещасним випадком або травмою	0,4	0,6	0,3	0,6	0,4
у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям	27,2	31,7	39,7	49,9	59,5
у зв'язку з необхідністю профілактичного огляду	64,9	23,2	18,5	13,1	4,2
у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів	0,2	0,6	1,8	4,3	7,3
у зв'язку з адміністративною причиною (отримати документ, сертифікат, лист-довідку і т.ін.)	3,0	4,3	2,3	1,0	0,5

Джерело: розрахунки автора на основі [12-25]

Так, про необхідність звернення в поліклініку позитивно відповідали респонденти віком до 18 років – 46,5%, і це був найбільший показник позитивних відповідей; найменшим цей показник був у віковій категорії 60 і більше років – 22,9%. Найбільша кількість позитивних відповідей на питання щодо звертання до сімейного лікаря була в категорії респондентів віком до 18 років (87,0%), а найменша – у категорії віком 18-35 років (51,9%). Щодо відповідей на питання про звертання до стоматолога в державній установі, то найбільша кількість позитивних відповідей припадала на респондентів віком до 18 років (9,2%), а найменша – серед категорії віком 60 і більше років (4,6%). Слід відзначити, що питання відносно звертання до приватного стоматолога набрало найбільшу

кількість позитивних відповідей у представників вікової категорії 18-35 років (9,0%), а найменше – у категорії віком 60 і більше років (4,6%). Рівень звертань до швидкої медичної допомоги виявився найбільшим як у попередніх випадках у респондентів віком 60 і більше років (2,9%), найменше – у віковій категорії до 18 років (1,0%).

Щодо звертання до платної медичної установи або платного практикуючого лікаря, то кількість респондентів, які позитивно відповідали на дане питання, була не дуже суттєвою: найбільшою вона була у двох групах – 60 і більше років та 56-59 років – відповідно по 3,4% та 4,5%; найменша ж величина була у віковій групі до 18 років та 18-35 років – по 2,7% та 2,4%.

Аналіз групи відповідей щодо причин звертання населення до медичної установи востаннє засвідчив, що найбільш частою була причина хвороба та проблема зі здоров'ям, а також необхідність профілактичного огляду. Перша причина була найбільш важливою для вікової категорії 60 і більше років (59,5%), а друга – для вікової категорії до 18 років (64,9%). Також відзначимо, що інші фактори щодо звертання за медичними послугами до закладів охорони здоров'я були несуттєвими. Так, необхідність поновлення рецептів мала найбільше значення для вікової категорії 60 і більше років (7,3% позитивних відповідей), а необхідність з адміністративних причин (отримання відповідних документів і сертифікатів) – для вікової категорії до 18-35 років (4,3%).

Таким чином, загальні тенденції щодо причин звертання до медичних закладів та основних проблем, які були нами проаналізовані, в принципі були подібні для усіх типів територій, але їх особливості також мають місце. Саме проведений нами аналіз концентрує на цьому увагу і дозволяє побачити їх на різних типах територій: уся Україна, великі міста, малі міста та сільські території. Також нами була здійснена оцінка впливу медичних факторів на потребу в медичних послугах. При цьому серед п'яти категорій нами було обрані дві категорії : 35-55 років та 60 років і більше.

Нами також здійснювався аналіз розподілу домогосподарств за видами доходів населення та за типами територій (таблиця 2.25.).

В даному випадку обиралися доходи за основним видом діяльності, які включали в себе дохід від зайнятості за основним місцем роботи та заробітну плату в натуральній формі.

Даний вид доходу є основним для переважної більшості населення.

Таблиця 2.25

Групування респондентів за рівнем грошових доходів відносно типів територій в Україні

Групування населення за рівнем доходів	Типи територій							
	Великі міста		Малі міста		Сільські території		Україна	
	грн.	%	грн.	%	грн.	%	грн.	%
до 5000	2539	40,5	2494	46,4	4353	54,6	9386	47,8
5000,1-20000	146	2,3	162	3,0	329	4,1	637	3,2
20000,1-35000	167	2,7	160	3,0	342	4,3	669	3,4
35000,1-50000	270	4,3	293	5,5	496	6,2	1059	5,4
50000,1-65000	1797	28,7	1368	25,5	1547	19,4	4712	24,0
65000,1-80000	329	5,2	264	4,9	351	4,4	944	4,8
80000,1-95000	264	4,2	199	3,7	227	2,8	690	3,5
95000,1-110000	222	3,5	151	2,8	144	1,8	517	2,6
більш 110000	534	8,5	280	5,2	189	2,4	1003	5,1
Всього	6268	100,0	5371	100	7978	100	19617	100

Джерело: розрахунки автора на основі [12-25]

Виявилося, що найбільша питома вага доходу до 5 тис. гривень, що може бути пояснене тим, що в дану групу попадають респонденти-пенсіонери або тимчасово безробітні, а також студенти. В окремих випадках можлива ситуація коли респонденти не бажали вказувати свій реальний рівень доходів. Дана група займала майже 50% від всієї досліджуваної сукупності: 54,6% на сільських територія, а у великих містах – 40,5%. Що ж стосується великих міст, то вони займали середнє положення – 46,4%.

Наступною найбільшою групою була група респондентів за рівнем доходів 50 000,1-60000,0 гривень на рік. Ця група займала 28,1% у великих містах, 25,5% у малих містах та 19,4% на сільських територіях. Слід відмітити, що наступні групи займали незначну питому вагу за рівнем доходів.

Остання група з найбільшим рівнем доходу понад 110000 гривень була найбільшою у великих містах і дорівнювала 8,5% від всієї сукупності, у малих містах вона дорівнювала 5,2%, а на сільських територіях – лише 2,4%.

Таким чином, за розподілом респондентів по групах, ми можемо зробити висновок, що найбільша питома вага респондентів з найвищим рівнем доходів була у великих містах, а найменша - на сільських територіях. В той же самий час, що стосується груп з найменшим рівнем доходів їх найбільша питома вага була на сільській території, а найменша у великих містах. Малі міста в даному розподілі займали проміжне положення.

Таким чином, за наведеними даними ми можемо зробити висновок, що мешканці сільських територій мають обмежені можливості у порівнянні з двома іншими типами територій, що ставить питання як це може вплинути на якість медичних послуг.

Відповідно на це питання нами було здійснено дослідження оцінки впливу рівня доходів населення на використання тих чи інших медичних послуг та частоти звертання населення до медичних закладів.

Розглянемо дану ситуацію в розрізі населення, яке проживає на певних типах території та медичних послуг, які були відмічені респондентами при проведенні соціологічних досліджень.

Нами було здійснено аналіз результатів відповідей респондентів відносно як частоти звертань за медичними послугами, так і причин звертань.

На перше питання щодо звертання в поліклініку респонденти з рівнем доходів до 5000 гривень відповідали «ні» у 78,1% випадків, а «так» - відповідно 21,9%. Респонденти з рівнем доходів 35000,1 – 50000 гривень відповідали «ні» у 64,1% випадків, «так» – у 35,9% випадків. Нарешті, в останній групі з найбільшим рівнем доходу відповіді «так» давали 32,1% респондентів, а відповідь «ні» – 67,9% респондентів. Таким чином, ми маємо невелику тенденцію, пов'язану з більш частим звертанням в поліклініку людей з більш високим рівнем доходів.

**Рівень та причини звертання в заклади охорони здоров'я населення
України в залежності від грошових доходів респондентів у 2021 році**

	Грошові доходи респондентів								
	до 5000	5000,1-20000	20000,1-35000	35000,1-50000	50000,1-65000	65000,1-80000	80000,1-95000	95000,1-110000	більш 110000
Відсоток звертання респондентів за медичною допомогою									
В поліклініку (крім стоматолога)	33,5	21,2	19,2	31,4	31,0	29,8	32,7	29,9	31,6
В поліклініку до сімейного лікаря	74,8	57,0	53,7	61,5	65,6	64,8	69,6	62,0	64,8
До стоматолога в державній медичній установі	7,0	8,8	7,9	7,1	7,7	8,0	7,1	7,9	7,3
До приватного стоматолога	5,5	5,9	6,2	7,9	10,9	9,9	11,2	11,1	13,3
До швидкої медичної допомоги	2,9	2,3	1,5	1,2	1,0	1,2	0,2	1,1	0,7
До платної медичної установи або приватного практикуючого лікаря (крім стоматолога)	33,5	21,2	19,2	31,4	31,0	29,8	32,7	29,9	31,6
З якої причини Ви звертались за медичною допомогою в останнє?									
у зв'язку з нещасним випадком або травмою	0,4	1,5	0,2	0,4	0,6	0,7	0,5	0,3	0,6
у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям	51,3	44,2	41,2	42,3	41,7	42,9	43,8	40,4	39,6
у зв'язку з необхідністю профілактичного огляду	23,1	11,7	13,9	22,7	24,7	22,6	25,1	25,6	25,8
у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів	4,7	2,3	1,5	1,8	0,9	1,3	0,9	0,8	0,4
у зв'язку з адміністративною причиною (отримати лист-довідку т.п.)	2,4	2,9	2,8	2,6	5,5	4,9	5,6	4,8	7,1

Джерело: розрахунки автора на основі [12-25]

На друге питання, чи зверталися ви в поліклініку до сімейного лікаря серед респондентів з доходами до 5000 гривень відповідь «ні» надали 49,8%

респондентів, а відповідь «так» – 50,2%. Серед респондентів з доходами 35000,1 – 50000 гривень відповідь «ні» надали 38,6% респондентів, а відповідь «так» – 61,4%. В останній групі з найбільшим рівнем доходу відповідь «ні» надали 42,1% респондентів, а відповідь «так» – 57,9%. Тобто ми маємо ситуацію, подібну до відповіді на попереднє питання.

Відповідаючи на питання щодо звертання до стоматолога у державній медичній установі ситуація виявилася іншою: відповідь у групі респондентів з доходом до 5000 гривень відповідь «ні» надали 93%, у групі з доходом 35000,1 – 50000 гривень – 91,1%, а в групі з рівнем доходу 110000 гривень і більше – 91,6%. В даному випадку маємо переважну більшість відповідей «ні», незважаючи на рівень доходів респондентів.

Однак по-іншому ситуація виглядала відносно відповіді на питання щодо звертання до приватного стоматолога. В групі респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень відповідь «ні» надали 96,3% респондентів, у групі з доходами 35000,1 – 50000 гривень – 91,9%, а в групі з доходами понад 110000 гривень – 85,5%. Тобто маємо доволі чіткий тренд на зменшення кількості відповідей «ні» зі зростанням рівня доходу.

При відповіді на питання щодо звертання до швидкої медичної допомоги ситуація виглядала майже однозначно, незалежно від рівня доходів. Відповідь «ні» надавали майже 100% респондентів.

Відповідь на питання, чи зверталися ви до приватної медичної установи або приватного практикуючого лікаря, серед респондентів з доходами до 5000 гривень відповідь «ні» надали 78,1%, а з доходами 35000,1 – 50000 гривень – 64,1%, а з доходами більше 110000 гривень – 67,9%.

Також опитування було пов'язане з питанням, з якої причини ви зверталися за медичною допомогою востаннє. В даному випадку на питання, що це відбувалося у зв'язку з нещасним випадком або травмою, майже 100% відповідали «ні», в той же самий час на питання, що це відбувалося у зв'язку із хворобою або проблемою з здоров'ям відповідали «так» 44,7% респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень, 41,8% – з рівнем доходу 35000,1 – 50000 гривень. 40,4% – із рівнем доходу більше 110000 гривень у рік. Таким чином, даний

відсоток звертань респондентів до медичного закладу у зв'язку з хворобою та проблемами зі здоров'ям суттєво не залежав від рівня їх доходів.

На питання щодо звертання респондентів до закладу охорони здоров'я у зв'язку із профілактичним оглядом відповідь «так» у респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень дорівнює 8,6%, з рівнем доходу 35000,1 – 50000 гривень – 25,9%, з рівнем доходу більше 110000 гривень – 29,4%. Таким чином, причина звертання до медичних закладів прямим чином пов'язана з рівнем дотримуваних доходів.

На питання щодо звертання до медичних закладів у зв'язку із необхідністю поновлення рецептів та з адміністративних причин, то майже 100% респондентів відповідали «ні».

Стосовно великих міст ситуація в цілому була подібна до України, що є цілком логічним (табл.. 2.27).

Так, на питання, чи зверталися ви в поліклініку (крім стоматолога), позитивно відповідали у групі респондентів з рівнем доходів до 5000 гривень 41,9%, з рівнем доходу 35000,1 – 50000 гривень – 40,0%, а з рівнем доходу понад 110000 гривень – 33,0% респондентів.

На питання, чи звертали я ви до сімейного лікаря, відповідь «так» давали 78,7% респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень, 72,4% – з рівнем доходу 35000,1 – 50000 гривень, 67,5% – з рівнем більше 110000 гривень.

На питання щодо звертання до стоматолога в державній медичній установі позитивну відповідь у групі респондентів з рівнем доходів до 5000 гривень давала 8,6 респондентів, у групі з рівнем доходів 35000, 1 – 50000 гривень – 12,4%, в групі з рівнем доходів понад 110000 гривень – 8,6% респондентів.

На питання, чи зверталися ви до приватного стоматолога, відповідь «так» надали 8,2% респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень, 10,5% – з рівнем доходу 35000,1 – 50000 гривень, 16,8% – з рівнем доходу більше 110000 гривень.

На питання, чи зверталися ви до швидкої медичної допомоги, відповідь «так» надали 3,8% респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень, 2,9% – з рівнем доходу 35000,1 – 50000 гривень, 0,9% – з рівнем доходу більше 110000 гривень.

**Рівень та причини звертання в заклади охорони здоров'я населення
України у великих містах в залежності від рівня доходів респондентів у
2021 році**

	Гроові доходи респондентів								
	до 5000	5000,1-20000	20000,1-35000	35000,1-50000	50000,1-65000	65000,1-80000	80000,1-95000	95000,1-110000	більш 110000
Відсоток звертання респондентів за медичною допомогою									
В поліклініку (крім стоматолога)	41,9	34,0	26,3	40,0	36,0	36,5	38,2	32,7	33,0
В поліклініку до сімейного лікаря	78,7	67,9	66,1	72,4	70,5	72,0	75,0	67,7	67,5
До стоматолога в державній медичній установі	8,6	15,1	8,5	12,4	8,0	6,8	7,1	7,3	8,6
До приватного стоматолога	8,2	4,7	12,7	10,5	14,3	12,5	16,4	10,4	16,8
До швидкої медичної допомоги	3,8	2,8	0,8	2,9	1,3	1,8	0,7	1,5	0,9
До платної медичної установи або приватного практикуючого лікаря (крім стоматолога)	41,9	34,0	26,3	40,0	36,0	36,5	38,2	32,7	33,0
З якої причини Ви звертались за медичною допомогою в останнє?									
у зв'язку з нещасним випадком або травмою	0,4	0,9	0,0	0,0	0,8	1,5	0,4	0,4	0,6
у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям	55,3	54,7	51,7	50,5	46,4	49,0	51,4	41,9	43,7
у зв'язку з необхідністю профілактичного огляду	25,3	16,0	15,3	25,7	24,4	24,8	23,6	26,2	23,9
у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів	4,4	1,9	2,5	1,0	0,7	0,8	0,7	1,2	0,4
у зв'язку з адміністративною причиною (отримати лист-довідку т.п.)	3,6	5,7	5,9	3,8	7,6	6,5	7,9	8,1	8,6

Джерело: розрахунки автора на основі [12-25]

На питання, чи зверталися ви до приватної медичної установи чи до приватного практикуючого лікаря, відповідь «так» надали 41,9% респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень, 40,0% – з рівнем доходу 35000,1 – 50000 гривень, 33,0% – з рівнем доходу понад 110000 гривень.

Також група питань стосувалася причин звертання за медичною допомогою до закладів охорони здоров'я. На питання щодо причини звертання у зв'язку з нещасним випадком або травмою кількість респондентів, які відповідали «так», була дуже незначною і коливалася на рівні від 0% до 1,5 %. Причина звертання у зв'язку з хворобою або проблемою зі здоров'ям у респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень вказали 55,3%, з рівнем доходу 35000,1 – 50000 гривень – 50,5%, а з рівнем доходу більше 110000 гривень – 43,7%.

Причина звертання, пов'язана з необхідністю здійснення профілактичного огляду, вказували 25,3% з рівнем доходу до 5000 гривень, 25,7% – з рівнем доходу 35000,1 – 50000 гривень, 23,9% респондентів при рівні доходу більше 110000 гривень.

Також респонденти відповідали на питання щодо причин звертання до медичних закладів, пов'язані з необхідністю поновлення рецептів та з адміністративних причин. У даному випадку кількість респондентів, к відповідали «так» була дуже незначною і коливалася на межі статистичної похибки.

Наступна група респондентів були мешканцями малих міст. В даному випадку також розглянемо статистику їх відповідей щодо надання медичних послуг.

Перше питання також стосувалося звертання мешканців даної території в поліклініку. В даному випадку відповідь «так» дали 31,2% респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень, 35,9% – з рівнем доходу 35000,1 – 50000 гривень, 28,5% – з рівнем доходу більше 110000 гривень. Нарешті третьою територією, яка була нами відособлена в процесі дисертаційного дослідження були мешканці сільських територій.

**Рівень та причини звертання в заклади охорони здоров'я населення
України у малих містах в залежності від грошових доходів респондентів у
2021 році**

	Грошові доходи								
	до 5000	5000,1-20000	20000,1-35000	35000,1-50000	50000,1-65000	65000,1-80000	80000,1-95000	95000,1-110000	більш 110000
Відсоток звертання респондентів за медичною допомогою									
В поліклініку (крім стоматолога)	31,2	19,2	20,2	35,9	28,1	25,6	30,9	26,0	28,5
В поліклініку до сімейного лікаря	78,6	70,7	62,5	71,8	64,0	61,4	71,2	54,8	63,7
До стоматолога в державній медичній установі	7,4	7,1	13,5	8,5	8,3	9,9	9,9	7,3	6,7
До приватного стоматолога	4,7	9,1	3,8	6,8	8,8	7,4	6,0	13,0	10,6
До швидкої медичної допомоги	2,9	5,1	1,0	0,0	0,7	1,1	0,0	0,0	0,3
До платної медичної установи або приватного практикуючого лікаря (крім стоматолога)	31,2	19,2	20,2	35,9	28,1	25,6	30,9	26,0	28,5
З якої причини Ви звертались за медичною допомогою в останнє?									
у зв'язку з нещасним випадком або травмою	0,5	2,0	0,0	0,0	0,6	0,3	0,9	0,0	0,8
у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям	52,6	44,4	47,1	47,0	38,9	40,1	38,2	37,3	35,8
у зв'язку з необхідністю профілактичного огляду	22,9	20,2	14,4	27,4	25,5	20,7	29,2	25,4	28,5
у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів	5,3	4,0	1,9	0,9	0,6	0,6	1,3	0,0	0,5
у зв'язку з адміністративною причиною (отримати лист-довідку т.п.)	2,8	2,0	3,8	3,4	5,0	5,1	5,2	3,4	6,2

Джерело: розрахунки автора на основі [12-25]

Нами також був здійснений аналіз їх відповідей щодо поставлених запитань.

Таблиця 2.29

**Рівень та причини звертання в заклади охорони здоров'я в Україні на
сільських територіях в залежності від залежності від грошових доходів
респондентів в сільських територіях у 2021 році**

	Грошові доходи								
	до 5000	5000,1- 20000	20000,1- 35000	35000,1- 50000	50000,1- 65000	65000,1- 80000	80000,1- 95000	95000,1- 110000	більш 110000
Відсоток звертання респондентів за медичною допомогою									
В поліклініку (крім стоматолога)	29,9	16,9	15,4	26,1	28,0	27,6	28,9	30,1	31,9
В поліклініку до сімейного лікаря	70,2	47,8	44,1	52,2	61,6	61,2	63,1	61,2	60,0
До стоматолога в державній медичній установі	5,9	7,0	5,3	4,5	6,9	7,5	4,9	9,2	5,0
До приватного стоматолога	4,4	5,1	4,0	7,5	8,7	9,5	10,1	10,2	7,8
До швидкої медичної допомоги	2,4	1,1	2,0	1,1	0,9	0,8	0,0	1,5	0,8
До платної медичної установи або приватного практикуючого лікаря (крім стоматолога)	29,9	16,9	15,4	26,1	28,0	27,6	28,9	30,1	31,9
З якої причини Ви звертались за медичною допомогою в останнє?									
у зв'язку з нещасним випадком або травмою	0,3	1,5	0,4	0,7	0,4	0,4	0,3	0,5	0,6
у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям	48,3	40,1	33,6	36,6	38,6	39,8	40,8	40,8	34,4
у зв'язку з необхідністю профілактичного огляду	21,6	7,0	13,0	19,8	24,5	22,6	23,3	25,7	27,5
у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів	4,7	1,8	0,8	2,6	1,4	2,1	0,7	1,0	0,6
у зв'язку з адміністративною причиною (отримати лист-довідку т.п.)	1,4	2,2	0,8	1,5	3,4	3,1	3,8	1,9	4,7

Джерело: розрахунки автора на основі [12-25]

У респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень відповідь «так» щодо звертання в поліклініку надали 29,9% респондентів, з рівнем доходу 35000,1 - 50000 гривень – 26,1% респондентів, а з рівнем доходу понад 110000 гривень – 31,9% респондентів. На питання щодо звертання в поліклініку до сімейних лікарів позитивну відповідь у респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень надали 70,2% респондентів, з рівнем доходу 35000,1-50000 гривень – 52,2% відсотки, а з рівнем доходу понад 110000 гривень – 60,0% респондентів. На питання щодо звертання до стоматолога в державну установу позитивну відповідь надали 5,9% респондентів, з рівнем доходу 35000,1-50000 гривень - 4,5%, а з рівнем доходу понад 110000 гривень – 5,0% респондентів.

На питання щодо звертання до приватного стоматолога позитивну відповідь надали 4,4 відсотки респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень, 7,5% респондентів з рівнем доходу 35000,1-50000 гривень і 7,8% респондентів з рівнем доходу понад 110000 гривень. Відповідаючи на запитання щодо звертання до платної медичної установи позитивно відповідали серед населення 29,9% респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень, 26,1% респондентів з рівнем доходу 35000,1-50000 гривень, а з рівнем доходу понад 110000 гривень – 31,9% респондентів. Що стосується відповіді, яка стосувалася звертання населення до швидкої медичної допомоги то кількість позитивних відповідей була на межі статистичної похибки.

Наступна ситуація була пов'язана з причиною звертання за медичною допомогою у мешканців сільських територій. Як і в попередніх випадках, найбільша кількість позитивних відповідей була у респондентів, які у якості причин звертання до закладів охорони здоров'я називали хворобу та проблеми зі здоров'ям. Так, в групі респондентів з рівнем доходів до 5000 гривень позитивну відповідь на дане питання давали 48,3% респондентів, у групі респондентів з рівнем доходів 35000,1-50000 гривень – 36,6 % респондентів, а з рівнем доходу більше 110000 гривень - 34,4% респондентів.

На другому місці була причина звертання за медичною допомогою у зв'язку з необхідністю проходження профілактичного огляду. В даному випадку серед респондентів з рівнем доходу до 5000 гривень позитивну відповідь давали

21,6% респондентів, за рівнем доходу 35000,1-50000 гривень – 19,8% респондентів, з рівнем доходу понад 110000 гривень – 27,5% респондентів. Відповідь на запитання щодо причин звертання респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з нещасним випадком, у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів та у зв'язку з адміністративними причинами була дуже несуттєвою та коливалася від 0 до кількох відсотків.

Проведений аналіз виявив значну диференціацію у поведінкових перевагах населення на ринку медичних послуг залежно від типу території проживання, віку та рівня доходів. Мешканці сільських територій та особи з нижчими доходами часто мають обмеженіші можливості доступу до певних видів медичних послуг, зокрема до приватних спеціалістів та профілактичних оглядів. Вікові характеристики також суттєво впливають на структуру попиту на медичні послуги та причини звернень.

Отримані дані є важливим підґрунтям для розробки цільових маркетингових програм, оптимізації роботи медичних закладів та поліпшення системи охорони здоров'я загалом. Необхідно враховувати виявлені особливості для підвищення ефективності комунікацій з різними групами споживачів, адаптації переліку та формату надання послуг, а також для планування заходів, спрямованих на покращення доступності медичної допомоги для всіх верств населення.

Висновки до другого розділу

1. Кінцевим критерієм ефективності системи охорони здоров'я та відповідно ринку медичних послуг є тривалість життя населення. Країни, які очолюють дані рейтинги є країнами з високим рівнем життя та відповідно з високим відсотком витрат на охорону здоров'я. Проведене дослідження дало можливість з'ясувати, що найбільша питома вага витрат на охорону здоров'я в структурі ВВП припадала на США- 17,8%; Німеччина – 12,8% та Франція – 12,4%, в Китаї даний показник дорівнював 5,3%, в Індії – 3%, в Україні у 2021 році питома вага витрат на охорону здоров'я була рівною 8%, що було більше ніж у

2017 році – 6,9%. Абсолютна величина витрат на охорону здоров'я у 2021 році дорівнює 311,6 млрд. грн..

2. Оцінка динаміки зміни мережі закладів охорони здоров'я та наявності кадрів дала можливість встановити, що існує чітка тенденція до їх скорочення. Кількість закладів охорони здоров'я скоротилося з 2763 од. у 2010 році до 1404 од. у 2022 році або майже у два рази. Кількість лікарів при цьому скоротилося з 224,9 тис. осіб до 163,0 тис. осіб відповідно. Також зменшилася відносна чисельність лікарів в розрахунку на 10 тис. населення: з 43,3 тис. осіб у 2010 році до 39,8 тис. осіб у 2022 році.

3. Аналіз розподілу декларацій населення за віковими категоріями дав можливість встановити, що найбільша питома вага була у віковій категорії 40-64 роки – 30,1% у 2022 році, вікова категорія 18-39 років – мала питому вагу 26,9%. Третьою за величиною питомою ваги була вікова категорія 60 + - 17,9%. Розподіл населення у відповідності з поданими закладами за спеціальностями лікарів дав можливість встановити, що у 2023 році на сімейних лікарів припадало 74,9%, на терапевтів – 14,8%, на педіатрів – 10,3%.

4. Аналіз доступності ринку медичних послуг засвідчив, що медична реформа, яка розпочалася у 2018 році дала можливість створювати конкурентні умови на даному ринку. Проведені дослідження дали можливість встановити, що фактор можливості зміни лікаря-терапевта відмічало 44% українців. Це був найбільш позитивний фактор відносно започаткованої реформи охорони здоров'я. Разом з тим, відмічається, що ситуація змінилася на краще тільки у 8,5% респондентів, тоді як на гірше – 25,6% респондентів.

5. Оцінка стану системи охорони здоров'я засвідчила, що головними причинами звертання до закладів охорони здоров'я у 2023 році були хронічні захворювання (39,6% респондентів), загострення хворіб або поява нових захворювань – 34,5% респондентів та планові обстеження – 24,5% респондентів. Відмічається, що переважна більшість респондентів серед тих, які уклали декларацію із сімейними лікарями (59,8% респондентів) мали можливість контактувати з обраним лікарем, тоді як негативну відповідь давали лише 28,1%. Також особливістю ринку медичних послуг є те, що 42,5% респондентів

відмічають, що вони обирають особистий прийом у лікаря в якості основного способу отримання медичної допомоги, тоді як спілкування по телефону обирають лише 18,3% респондентів. Проблему з отриманням медичних послуг у зв'язку з відсутністю безкоштовної медичної допомоги відмічають лише 2,2% респондентів.

6. Було встановлено, що 33,1% респондентів у 2021 році відмічали необхідність проведення додаткової оплати медичних послуг, які не були передбачені першочерговими умовами оплати (34,9% респондентів) мали негативну відповідь на дане питання. Переважна більшість опитаних респондентів у 2021 році в середньому витрачали від 200 до 500 грн. на оплату медичних послуг, величину витрат від 500 до 1000 гривень вказували 20,2% респондентів, а більше 2000 гривень – 6,2% респондентів. При оцінці даної ситуації за віком відмічається, що у віковій категорії більше 60 років найбільша частка респондентів порівняно з іншими віковими групами мала рівень витрат від 200 до 2000 гривень. Також є важливим фактором те, що у 2021 році переважна більшість респондентів (67,8%) виступала проти доцільності додаткової подяки лікарям. Дослідження рівня професіоналізму і компетентності лікарів у березні 2021 року виявило, що відповідь «дуже висока або скоріше висока» дають майже половина респондентів – відповідно 10% та 36% респондентів. В той же час рівень компетентності лікарів був «скоріше низький та дуже низький» відповідно таку відповідь 29% та 13%, що також є значним показником. Розподіл даних відповідей за віковою категорією засвідчив, що найбільш позитивно оцінювали роботу респонденти у віці до 39 років, в той же час як найбільш негативно оцінювали люди від 59 років і старше.

7. Аналіз рівня та причини звертань в заклади охорони здоров'я в Україні у 2021 році засвідчив, що переважна більшість населення (29,9%) зверталися саме до сімейного лікаря, в поліклініку (крім стоматолога) зверталися 31,7% респондентів. Серед причин звертання найбільш частіше виділяють хвороби та проблеми зі здоров'ям – 47,1% респондентів та необхідність проходження профілактичного огляду- 23%, а інші причини не були суттєвими. Якщо розглядати дану ситуацію у віковому поділі респондентів то найбільш часту

причину хвороб називали люди вікової категорії 60 років і старше, а причину профілактичного огляду – респонденти віком до 18 років (58,3%).

8. Аналіз даних респондентів засвідчив, що фактор віку має суттєвий вплив на причини звертання респондентів за медичною допомогою протягом останніх дванадцять місяців, до приватного стоматолога, до швидкої медичної допомоги, до платної медичної установи, у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям, у зв'язку з необхідністю проходження профілактичного огляду, у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів. В той же самий час не було встановлено суттєвого впливу вікового фактору щодо звертання в поліклініку (крім стоматолога), до стоматолога в державну медичну установу, у зв'язку з нещасним випадком або травмою та відвідуванням поліклініки.

9. Оцінка статистичної значимості впливу грошових доходів на причини звертання до закладів охорони здоров'я дозволило встановити, що даний фактор мав суттєвий вплив на звертання в поліклініку(крім стоматолога), до сімейного лікаря, до приватного стоматолога, за першою медичною допомогою, у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям, для проходження профілактичного огляду та у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів. В той же час він не був суттєвим фактором при звертанні до стоматолога в державні медичні установи. Подібний аналіз був зроблений в розрізі великих, малих міст та сільських територій. Отримані результати були притаманні різним типам територій, а саме: великим містам, малим містам та сільським територіям.

Результати досліджень даного розділу опубліковано в роботах [64, 65, 66,93, 211], вказаних в загальному списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 3

МАРКЕТИНГОВЕ ПРОГНОЗУВАННЯ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Обґрунтування прогностичних моделей оцінки рівня доступності медичних послуг

Специфіка маркетингового аналізу стану споживчого попиту на послуги полягає в тому, що вона має дати інформацію для прогнозування ринкових тенденцій і ставати основою ухвалення управлінських рішень щодо коригування діяльності суб'єкта ринку або ж подальшої реалізації обраної стратегії поведінки на ринку, якщо прогноз сприятливий для цього. Виходячи із висновків попереднього розділу і завдань нашого дослідження, важливим аспектом доступності медичних послуг є можливість придбання ліків і медичного приладдя індивідуального використання для домогосподарств за місцем проживання. Це має особливе значення для профілактики стану здоров'я і лікування в ситуаціях, коли перебіг хвороби не потребує стаціонарного або спеціалізованого лікування. Очевидно, що рівень задоволення цієї потреби залежить від місця проживання – у містах він буде більшим, в селах – меншим. Але ця очевидність є приблизною, тому в діяльності конкретного медичного закладу – залежно від його спеціалізації – необхідно скласти точніший прогноз рівня актуалізації цієї потреби – для ухвалення рішень про заходи для її задоволення.

При побудові прогностичної моделі місця проживання були поділені на три групи: великі міста, малі міста та сільська місцевість. Статистичною базою виступали річні звіти Державного комітету статистики України «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівнем доступності окремих видів медичної допомоги за 2009-2021 роки». На основі цих звітів нами було проведено аналіз динаміки потреби домогосподарств в медичній допомозі за 2009-2021 роки. І

хоча це ще передвоєнні роки і з того часу ситуація в країні змінилась через війну, для нашого дослідження важливо довести релевантність прогностичної моделі. Тобто, показати доцільність її застосування для ринку медичних послуг з урахуванням специфіки системи охорони здоров'я в Україні. Статистичні дані для побудови моделі наведено в табл.3.1.

Таблиця 3.1

Динаміка рівня актуалізації і задоволення потреб в медичній допомозі в залежності від розміру населених територій в Україні

	Усі домогосподарства		Великі міста		Малі міста		Села	
	Потребували	Не могли отримати	Потребували	Не могли отримати	Потребували	Не могли отримати	Потребували	Не могли отримати
2009	0,971	0,199	0,981	0,212	0,968	0,198	0,959	0,184
2010	0,973	0,146	0,980	0,165	0,980	0,142	0,959	0,122
2011	0,975	0,221	0,983	0,241	0,970	0,210	0,967	0,201
2012	0,976	0,163	0,986	0,177	0,971	0,167	0,960	0,138
2013	0,976	0,216	0,977	0,231	0,980	0,225	0,971	0,188
2014	0,981	0,202	0,986	0,215	0,977	0,190	0,975	0,193
2015	0,974	0,286	0,976	0,299	0,970	0,270	0,974	0,283
2016	0,979	0,227	0,989	0,237	0,975	0,222	0,972	0,218
2017	0,977	0,291	0,988	0,288	0,969	0,292	0,969	0,293
2018	0,986	0,207	0,995	0,199	0,988	0,211	0,973	0,213
2019	0,984	0,240	0,993	0,250	0,985	0,207	0,972	0,257
2020	0,985	0,189	0,987	0,183	0,979	0,178	0,988	0,207
2021	0,978	0,212	0,988	0,189	0,969	0,206	0,973	0,247

Джерело: [12-25]

Оцінка рівня актуалізації потреби здійснювалась за відносним принципом – як частка від цілого або у відсотках від всіх домогосподарств, які приймали участь в опитуванні. Статистика показує, що в Україні потреба в медичній допомозі в зазначений період була дуже високою. Вона коливалася по роках від 97,1% у 2009 році до 98,6% у 2018 році, тобто досягла майже 100%. І це не залежало від типу населених пунктів. Тобто можна стверджувати про майже 100% потребу в медичних послугах населення усіх регіонів. Інша справа як дана потреба в медичних послугах була задоволена.

Опитуванням встановлено (див. табл. 3.1), що найменший відсоток тих, хто потребував медичної допомоги, але не зміг її отримати в Україні у 2010 році був 14,6%, а найбільший у 2017 році – 29,1%. У 2021 році даний показник уже

дорівнював 21,2%, що свідчить про деяке покращення ситуації з рівнем доступності медичних послуг на протязі останніх передвоєнних років. Однак стійкої тенденції до покращення не було – якщо в 2020 р. незадоволена потреба складала 18,9%, то в 2021 р. – уже 21,2%.

Що стосується великих міст, то в даному випадку найменший відсоток тих хто не міг отримати медичної допомоги також був у 2010 році і становив 16,5%, а найбільшим він виявився у 2015 році – 29,9%. Після цього рівень доступності медичних послуг дещо зріс, внаслідок чого частка тих, хто не зміг її отримати у 2021 році, склала 18,9%.

У малих містах також найменша частка тих, хто не мав можливості отримати медичні послуги, припала на 2010 рік – 14,2% домогосподарств; найбільша її величина була у 2017 році – 29,2%. Така ж ситуація була і на сільських територіях. Частка домогосподарств на сільських територіях, які не змогли отримати медичні послуги дорівнювала у 2010 році – 12,2%, а найбільша його величина у 2017 році дорівнювала 29,3%.

Таким чином, ми маємо дві тенденції у малих містах і на сільській території. Починаючи з 2010 року по 2017 рік відсоток тих домогосподарств, хто не зміг отримати медичні послуги поступово зростав, а з 2018 року по 2021 рік поступово зменшувалися, а у великих містах ці два періоди об'єднувало у себе наступні роки: 2010-2015 роки та 2016-2021 роки.

Підсумовуючи вищеописане, ми можемо зробити висновок, що у великих містах покращувалась ситуація із доступністю медичних послуг для населення на два роки раніше, ніж у малих містах та на сільських територіях. При цьому нами прогнозувалася відповідь респондентів на питання відносно домогосподарств, які потребували медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя та на запитання чи хто-небудь з членів домогосподарств потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, але не зміг їх отримати.

В даному випадку статистична база по даним питанням містить дані за абсолютною чисельністю респондентів в розрізі місць проживання, але проблема полягала в тому, що чисельність домогосподарств, які відповідали на поставлені

запитання була різною. Відповідно аналізувати загальну чисельність респондентів не було жодного змісту. Тому нами було вирішено здійснити прогнозування якісних характеристик, а саме співвідношення респондентів, які відповідали на поставлені запитання до їх загальної чисельності.

Було здійснено вибірку відповідних даних за 2009-2021 роки в розрізі міст проживання. В якості методів прогнозування було обрано прогнозування часових рядів – метод ARIMA. Даний метод розшифровується як прогнозування авторегресії та проінтегрованого ковзного середнього. Програмування здійснювалося за допомогою програмного продукту STATISTIKA 12.0. При цьому однією з вимог програмування є аналіз динамічних рядів для виявлення тих даних, які за своїм характером наближаються до білого шуму. Дана вимога досягалася через трансформацію первинних даних шляхом вилучення з них тренду. На наступних етапах дані тренду поверталися нами в прогнозовані межі.

Використання даного методу прогнозування дозволяє спрогнозувати як найбільш вірогідний варіант можливого сценарного розвитку подій, як варіант песимістичний, так і варіант оптимістичний з вірогідністю розвитку 90 відсотки та рівнем значущості 0,05. Фактичні дані включають в себе 2009-2021 роки, а прогнозні роки – 2022-2025 роки.

Відповідно до отриманих нами розрахунків на 2022 рік прогнозувалось зниження потреби в медичних послугах з подальшим її зростанням та стабілізацією на 2023-2025 роки. Рівень надійності отриманих прогнозів був доволі високий $P=0,0011$, що свідчить про дуже низьку вірогідність того, що фактичний характер змін може бути іншим.

Графічне відображення отриманих результатів подано на рис.3.1 – щодо тих представників домогосподарств, які потребували медичної допомоги, і на рис.3.2 – щодо тих, хто не зміг її отримати.

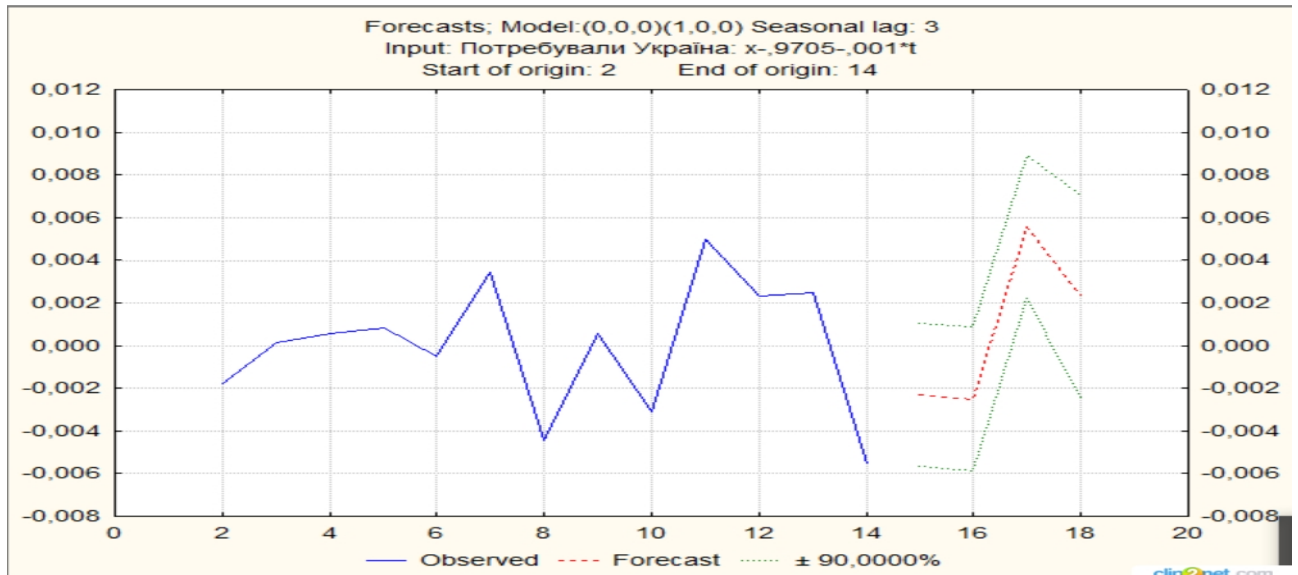


Рис. 3.1. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної кількості респондентів, які відчували потребу в медичних послугах в Україні у 2009-2025 роках.

Джерело: власні розрахунки автора

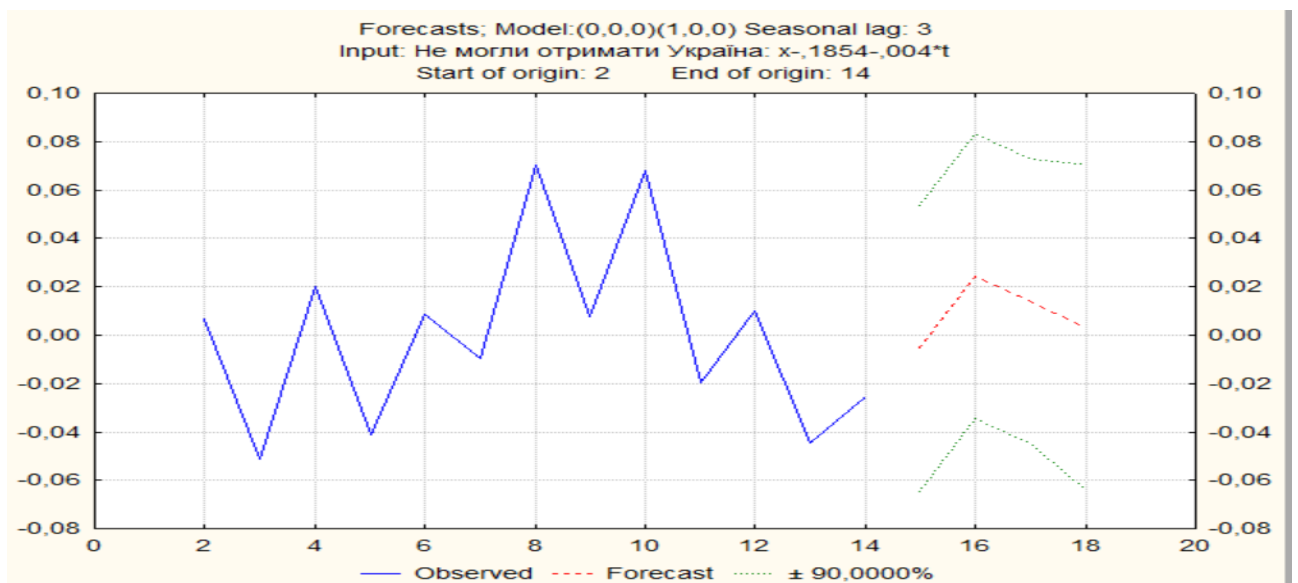


Рис. 3.2. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної чисельності домогосподарств, у яких хто-небудь з членів домогосподарств потребував медичну допомогу, але не зміг її отримати в Україні у 2009-2025 роках.

Джерело: власні розрахунки автора

За результатами розрахунків нами наведені вже як фактичні, так і прогнозні значення відносно зміни рівня потреби в медичних послугах, так і в можливості їх отримання з врахуванням зроблених прогнозів (табл. 3.2).

**Прогнозування рівня доступності послуг охорони здоров'я в Україні на
період 2022-2025 роки**

Роки	Частка опитаних, які вказали на доступність медичних послуг					
	Потребували послуг			Не могли отримати послугу		
2009	0,971			0,199		
2010	0,973			0,146		
2011	0,975			0,221		
2012	0,976			0,163		
2013	0,976			0,216		
2014	0,981			0,202		
2015	0,974			0,286		
2016	0,979			0,227		
2017	0,977			0,291		
2018	0,986			0,207		
2019	0,984			0,240		
2020	0,985			0,189		
2021	0,978			0,212		
сценарій 1	основний	песимістичний	оптимістичний	основний	песимістичний	оптимістичний
2022	0,9822	0,9788	0,9856	0,2383	0,1793	0,2972
2023	0,9830	0,9796	0,9864	0,2733	0,2144	0,3323
2024	0,9921	0,9887	0,9954	0,2678	0,2089	0,3268
2025	0,9898	0,9851	0,9946	0,2619	0,1946	0,3291

Джерело: власні розрахунки автора

Слід зразу відмітити, що в даному випадку ми маємо справу з коефіцієнтами, а не з відсотками, тому максимальне значення коефіцієнта 1. Саме до цієї величини наближається кількість тих респондентів серед обраних домогосподарств, що у них є потреба в отриманні медичної допомоги. Відносна частка респондентів, які не могли отримати медичні послуги, коливалася від 0,1455 у 2010 році до 0,2905 у 2017 році. Зроблені прогнози свідчать про те, що дана величина у 2025 році за основним сценарієм буде ще більшою і досягне значення 0,2619, хоча у варіанті з максимальними значеннями її величина може дорівнювати 0,3291.

Наступним кроком було прогнозування досліджуваних показників в розрізі територій: у великих містах, малих містах та сільських територіях. Так, на рис.3.3 візуалізовано результати прогнозування потреби в медичних послугах у великих містах на період 2022-2025 роки. Як можемо побачити по даним прогнозування, потреба в медичних послугах по великих містах збільшуватиметься по відношенню до останнього періоду; в оптимістичному

варіанті розвитку подій (на рисунку аналізуємо після вилученого тренду) вона повинна досягти максимуму за весь аналізований період (рисунок 3.3.). Надійність отриманих прогнозних результатів перевищує критичне значення і становить $P=0,157$.

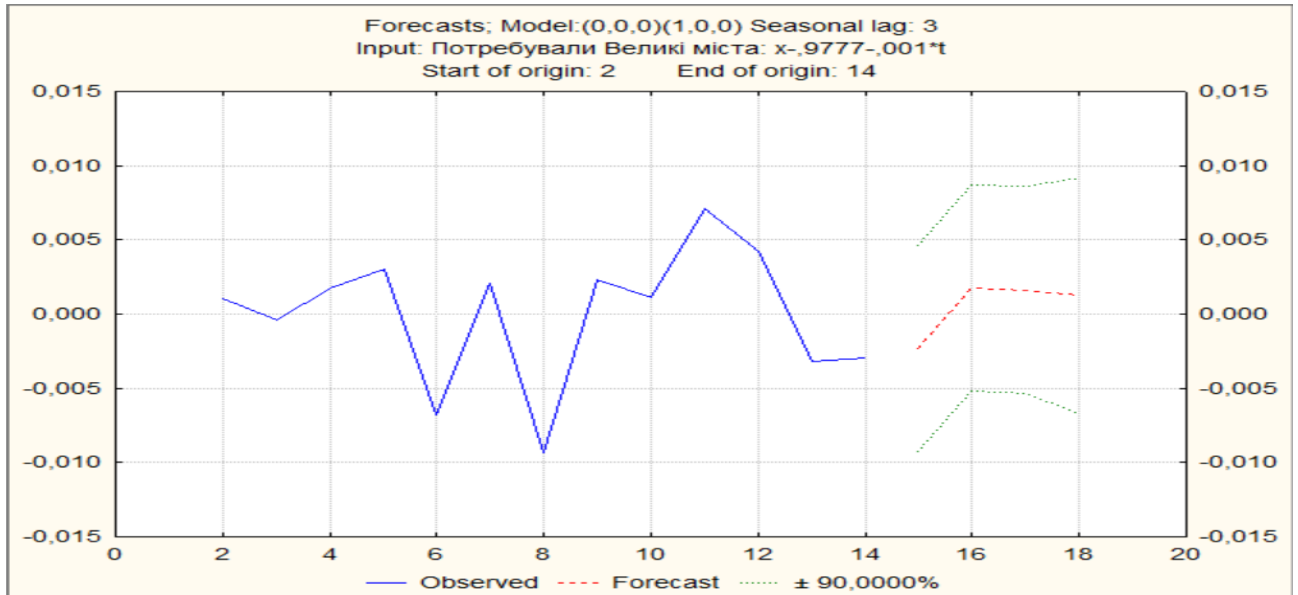


Рис. 3.3. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної кількості респондентів, які відчували потребу в медичних послугах у великих містах (2009-2025 рр)

Джерело: власні розрахунки автора

Що ж стосується ситуації у малих містах, то прогнозування рівня відносної потреби в медичних послугах мало невеликий рівень надійності ($P=0,228$). Причина в тому, що попередні дані не мали чіткої статистичної залежності. Однак разом з тим, ми вважаємо, їх вірогідність оцінюється як така, що можлива і вони можуть бути використані для реальної оцінки майбутніх подій та Виходячи з прогнозів, у 2022-2025 роках планується поступове зростання кількості населення у малих містах, яке буде потребувати отримання медичних послуг, однак їх питома вага дещо зменшиться. Графічне відображення результатів цього прогнозування наведено на рис. 3.4.

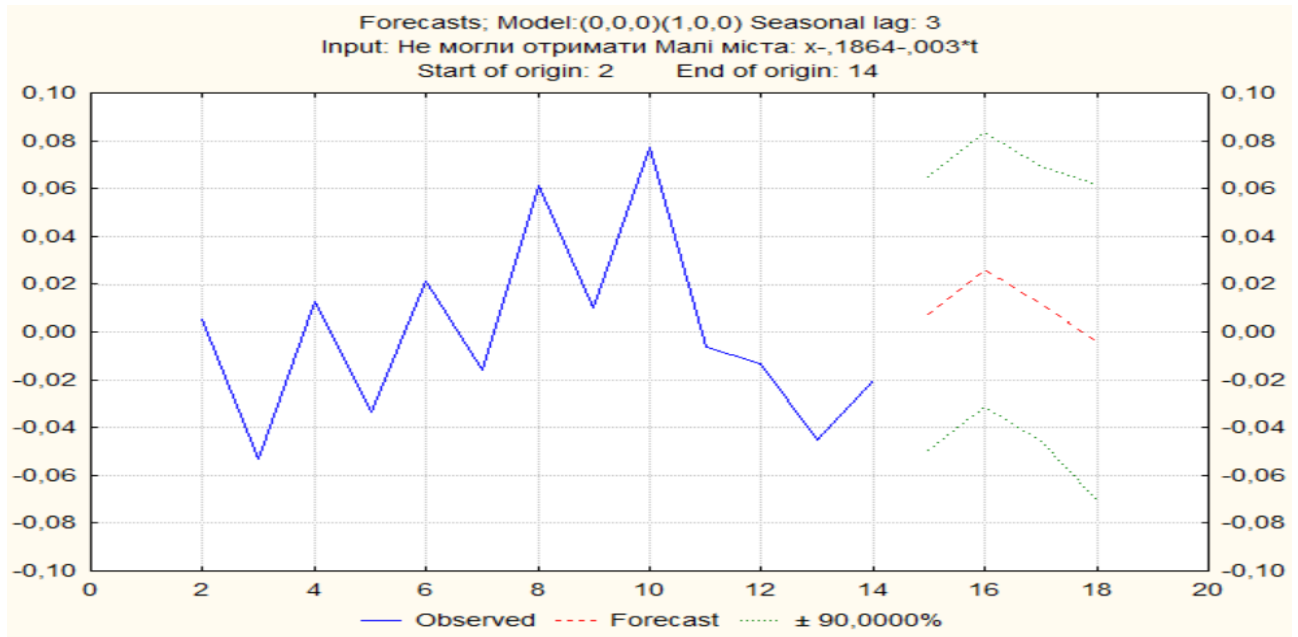


Рис. 3.4. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної чисельності домогосподарств у малих містах, де хто-небудь з членів домогосподарств потребував медичну допомогу, але не зміг її отримати (2009-2025 рр.)

Джерело: власні розрахунки автора

Отримані результати дали можливість стверджувати, що в 2022-2023 році мало відбутися зростання даного показника, а у 2024-2025 має відбутися його зниження, тобто мова має йти про покращення надання медичних послуг для населення, яке проживає у малих містах. Надійність даного результату є дуже високою ($P=0,060$), тобто вірогідність розвитку іншого сценарію становить 6%.

Наступним кроком було здійснено прогнозування відносної величини тих домогосподарств, які мали потребу в медичних послугах і проживали на сільській території в Україні. Тут прогнозується наступний хід подій: спочатку в 2022 році відбувається зростання, у 2023 році зниження, у 2024 році – зростання і у 2025 році зниження. Це вказує на нестабільність ситуації з доступністю медичних послуг для сільського населення, що може бути яскравим свідченням щодо покращення ситуації з отриманням медичних послуг для сільського населення (рис.3.5). Цей сценарій вказує на нестабільний характер попиту на медичні послуги та можливість їх отримання для населення, яке проживає на сільських територіях. Надійність прогнозу даного сценарію $P=0,310$.

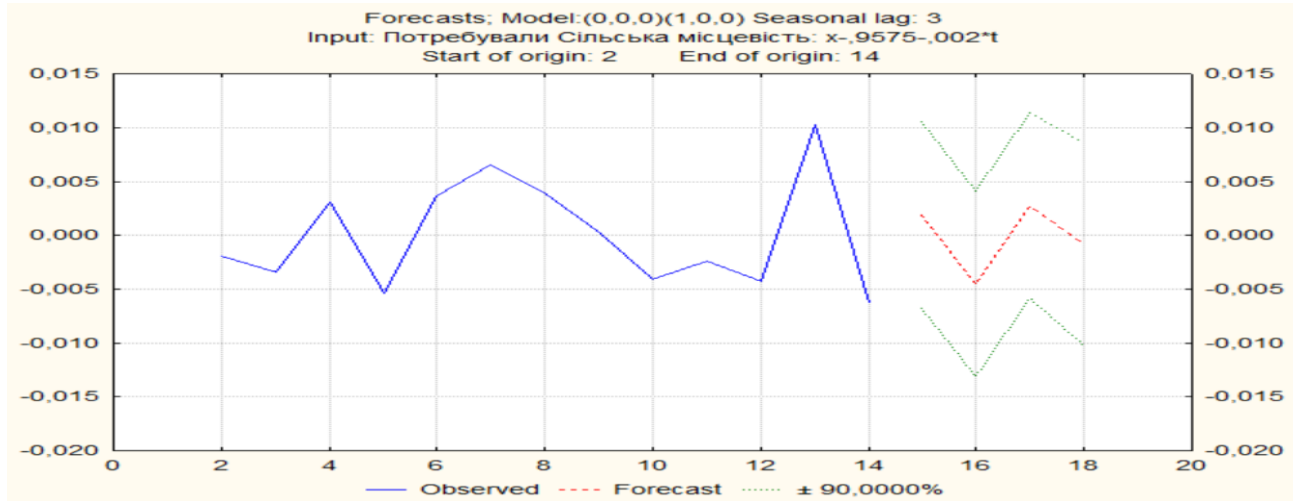


Рис. 3.5. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної кількості респондентів, які відчували потребу в медичних послугах у сільській місцевості у 2009-2025 роках.

Джерело: власні розрахунки автора

Що стосується прогнозування неможливості отримання медичних послуг на сільських територіях то в даному випадку прогноз також виявився нелінійним, однак високо достовірним. При цьому прогнозується у 2023 році незначне зростання даного показника з його подальшим зниженням у 2024-2025 роках (рис.3.6). Рівень надійності даного прогнозу є високим, P дорівнює 0,05.

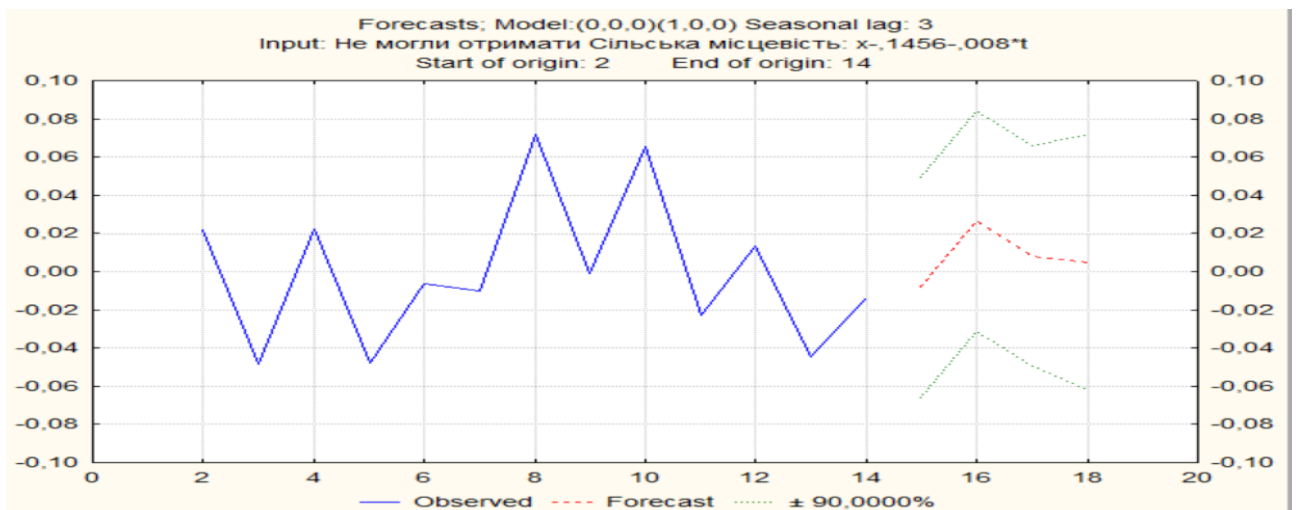


Рис. 3.6. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної чисельності домогосподарств, у яких хто-небудь з членів домогосподарств потребував медичну допомогу, але не зміг її отримати у сільській місцевості (2009-2025 pp)

Джерело: власні розрахунки автора

Повернення даних тренду в динамічний ряд відображено в табл. 3.3 і 3.4.

Таблиця 3.3

Прогнозування рівня доступності послуг охорони здоров'я в Україні у великих та малих містах на період 2022-2025 роки

Роки	Великі міста						Малі міста					
	Потребували			Не могли отримати			Потребували			Не могли отримати		
2009	0,9797			0,2106			0,9672			0,1949		
2010	0,9793			0,1638			0,9785			0,1392		
2011	0,9825			0,2396			0,9684			0,2080		
2012	0,9848			0,1758			0,9691			0,1649		
2013	0,9759			0,2300			0,9774			0,2228		
2014	0,9858			0,2140			0,9746			0,1886		
2015	0,9753			0,2977			0,9664			0,2687		
2016	0,9880			0,2356			0,9719			0,2204		
2017	0,9878			0,2864			0,9652			0,2905		
2018	0,9948			0,1973			0,9834			0,2099		
2019	0,9929			0,2483			0,9799			0,2060		
2020	0,9865			0,1816			0,9740			0,1770		
2021	0,9877			0,1872			0,9637			0,2053		
	основний	песимістичний	оптимістичний	основний	песимістичний	оптимістичний	основний	песимістичний	оптимістичний	основний	песимістичний	оптимістичний
2022	0,989	0,996	0,982	0,217	0,281	0,163	0,970	0,980	0,960	0,236	0,294	0,179
2023	0,994	1,001	0,987	0,249	0,312	0,194	0,973	0,983	0,962	0,258	0,315	0,200
2024	0,995	1,002	0,988	0,248	0,303	0,185	0,977	0,987	0,967	0,246	0,303	0,189
2025	0,996	1,004	0,988	0,236	0,301	0,166	0,975	0,986	0,963	0,233	0,299	0,167

Джерело: власні розрахунки автора

Таблиця 3.4

Прогнозування рівня доступності послуг охорони здоров'я в Україні у сільських територіях (2022-2025 рр)

Роки	Потребували			Не могли отримати		
2009	0,9575			0,1753		
2010	0,9581			0,1130		
2011	0,9666			0,1922		
2012	0,9601			0,1296		
2013	0,9711			0,1793		
2014	0,9761			0,1837		
2015	0,9754			0,2733		
2016	0,9738			0,2086		
2017	0,9714			0,2830		
2018	0,9751			0,2030		
2019	0,9752			0,2471		
2020	0,9917			0,1969		
2021	0,9772			0,2360		
	основний	песимістичний	оптимістичний	основний	песимістичний	оптимістичний
2022	0,9837	0,9923	0,9751	0,250	0,307	0,192
2023	0,9793	0,9879	0,9707	0,292	0,350	0,234
2024	0,9886	0,9972	0,9799	0,282	0,339	0,224
2025	0,9870	0,9964	0,9775	0,286	0,353	0,219

Джерело: власні розрахунки автора

Прогнозування показало, що потреба в медичних послугах по всіх трьох територіях є такою, яка наближається до 1, що є цілком зрозуміло, бо всі

домогосподарства так чи інакше звертаються за медичними послугами. В той же час, показник рівня домогосподарств, які не могли їх отримати мали доволі суттєве коливання по роках. Так, у великих містах він коливався від 0,1638 до 0,2864. Наші прогнози свідчать про те, що відносна величина тих хто не могли отримати медичні послуги зростатиме до 0,217 у 2022 році, у 2023 до 0,249, а у 2025 році зменшиться до 0,236 (при максимальному рівні вона могла зрости до величини 0,301). У малих містах відносна величина тих, хто не мав можливості отримати медичні послуги коливався від 0,1392 у 2010 році до 0,2905 у 2017 році. В даному випадку нами прогнозується поступове зростання частки тих, хто не мав можливості отримати медичні послуги з 0,236 у 2022 році до 0,246 у 2024 році з можливим варіантом зростання даного показника до 0,303. Рівень надійності отриманих даних був високий ($P=0,059774$).

Що ж стосується сільських територій то частка домогосподарств, які не мали можливості отримати медичні послуги зростає до рівня 0,250 у 2022 році та 0,286 у 2025 році. Також має місце варіант максимального зростання даної величини до рівня 0,353. Остання величина є найбільшою серед усіх прогнозованих величин і свідченням того, що у сільській місцевості мають місце проблеми з точки зору доступності медичних послуг.

Доступність медичних послуг значною мірою визначається фінансовим станом потенційних отримувачів. Тому наступним кроком нашого дослідження було визначення впливу рівня доходів домогосподарств, що проживають у вказаних раніше трьох видах населених пунктів, на ступінь задоволеності їх потреби в медичних послугах.

Виділялися наступні рівні домогосподарств з доходом на одну людину: 1 група – до 3000 гривень, 2 група - від 3000 до 4000 гривень, 3 група - від 4000 до 5000 гривень, 4 група - від 5000 до 6000 гривень, 5 група - від 6000 до 7000 гривень, 6 група - від 7000 до 8000 гривень, 7 група - від 8000 до 9000 гривень, 8 група - від 9000 до 10000 гривень, 9 група - від 10000 до 11000 гривень, 10 група - від 11000 до 12000 гривень, 11 група - від 12000 гривень і вище.

Прогнозування також здійснювалося за результатами відповідей членів домогосподарств про неможливість отримання медичних послуг.

Прогнозування рівня доступності медичних послуг для домогосподарств з середньомісячним рівнем грошового доходу від 3000 до 5000 гривень (2009-2025 роки)

Роки	До 3000		3000,1-4000		4000,1-5000	
2009	33		25,5		27,6	
2010	9,1		18,6		16,6	
2011	20		28,1		25,5	
2012	29,1		19,4		20,7	
2013	27,2		24,6		30,1	
2014	8		20,4		24,4	
2015	21,7		28,4		31,4	
2016	19,3		16,2		28,5	
2017	37,9		33,8		36,7	
2018	32,6		29,6		25,1	
2019	34,5		29,2		27,9	
2020	25,9		24,5		19,4	
2021	29,5		32,4		27,5	
	основний	оптимістичний	основний	оптимістичний	основний	оптимістичний
2022	32,3	62,9	29,2	55,0	26,7	52,6
2023	24,2	54,9	24,5	50,3	18,6	44,4
2024	27,6	58,2	32,4	58,2	26,3	52,2
2025	30,2	72,2	29,1	65,6	25,6	61,4

Джерело: власні розрахунки автора

Так, прогнозування здійснювалося в першій групі домогосподарств з середньомісячним рівнем доходу до 3000 гривень на одного члена домогосподарства (рис.3.7). Нами прогнозувалися, що у 2022 році величина тих, хто не зміг отримати медичні послуги, може дорівнювати 32,3%, у 2023 році – 24,2%, у 2025 році – 21,6%.

В разі негативного розвитку подій відсоток тих хто не зміг отримати медичні послуги дорівнював 72,2%. Вірогідність розвитку даних прогнозних подій дуже висока $P=0,001$.

Друга група респондентів – включала домогосподарства з рівнем доходу на одного члена 3000-4000 гривень (рис.3.8.).

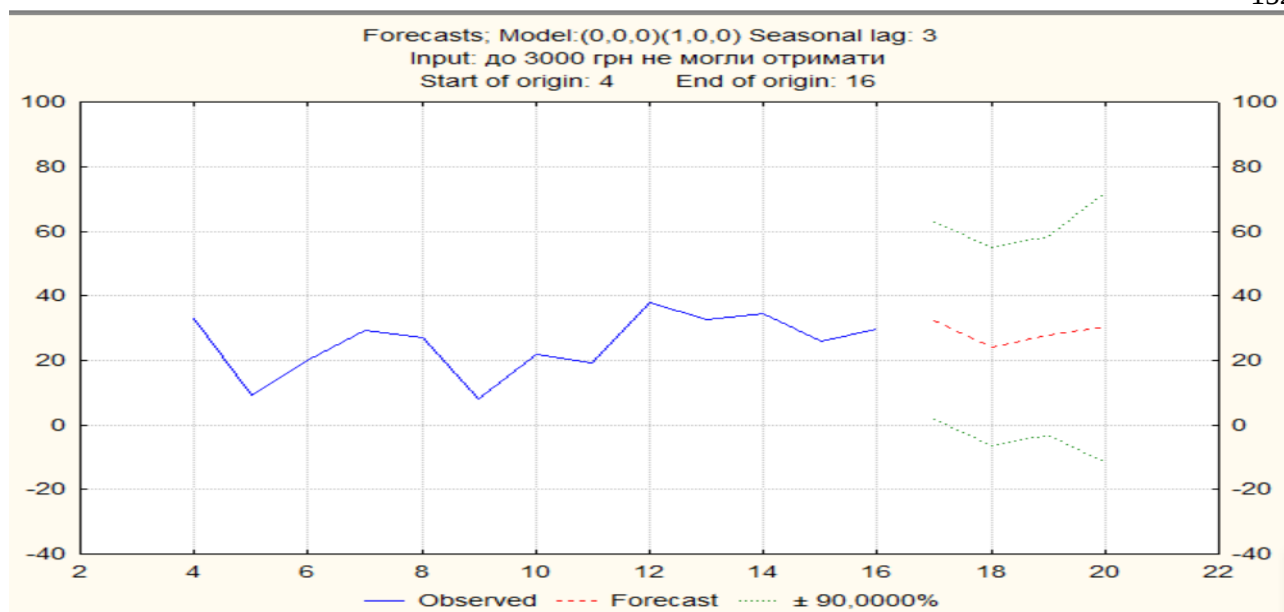


Рис. 3.7. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної чисельності домогосподарств, які не могли отримати медичні послуги з розміром грошового доходу на одного члена домогосподарства до 3000 гривень в 2009-2025 роках

Джерело: власні розрахунки автора

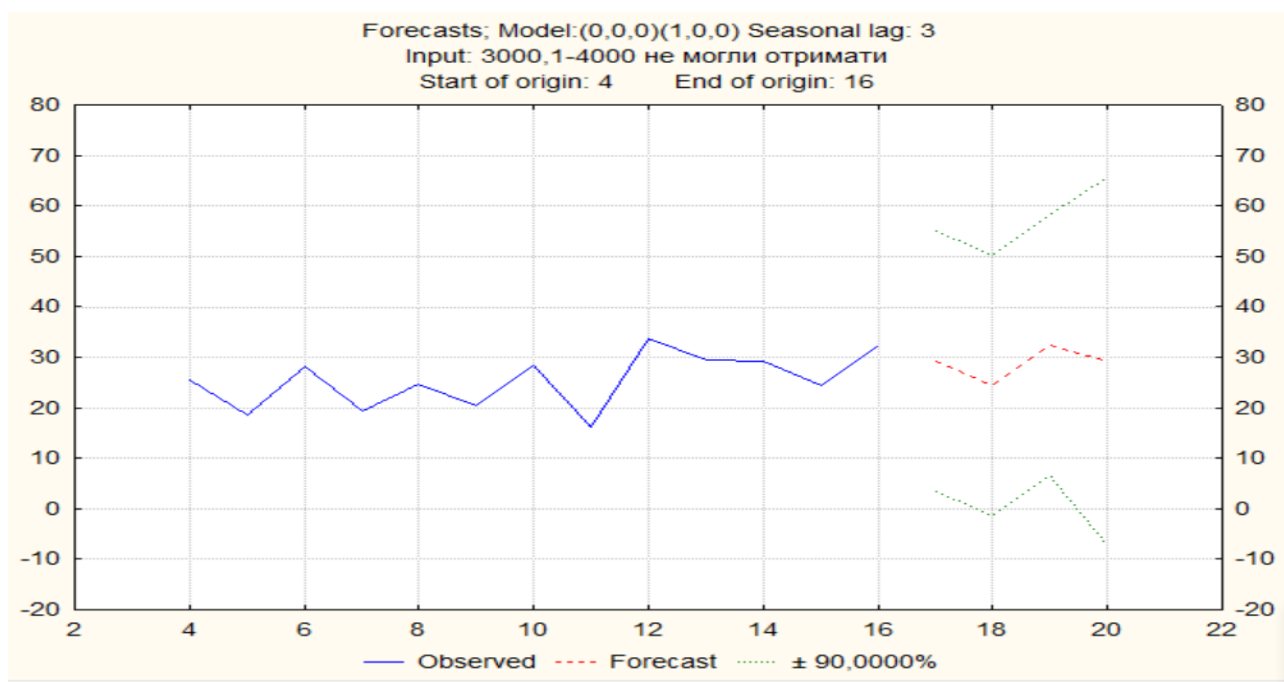


Рис. 3.8. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної кількості домогосподарств, які не могли отримати медичні послуги з розміром грошового доходу на одного члена домогосподарства від 3000 до 4000 гривень в 2009-2025 роках

Джерело: власні розрахунки автора

Нами спрогнозовано, що відсоток тих хто не зможе отримати медичну допомогу знижуватиметься з 29,2% у 2022 році до 24,5% у 2023 році та знову зростуть у 2025 році до 29,1%. В разі негативного сценарію розвитку подій він може досягти 55,5%. Вірогідність даного розвитку подій також дуже висока $P=0,0002$.

Наступна група домогосподарств включала в себе ті домогосподарства, які мали рівень доходу 4000-5000 гривень (рис. 3.9.)

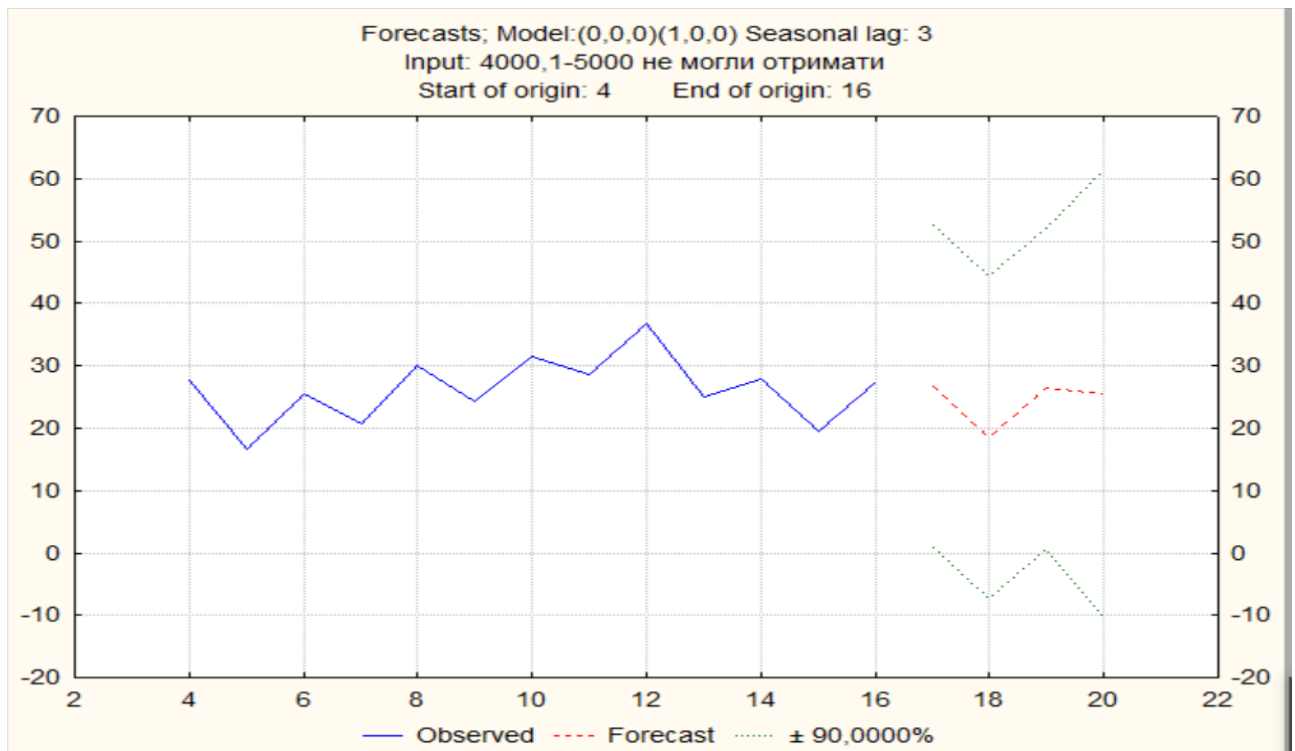


Рис. 3.9. Фактичні та прогнозовані дані щодо відносної кількості домогосподарств, які не могли отримати медичні послуги з розміром грошового доходу на одного члена від 4000 до 5000 гривень (2009-2025 рр.)

Джерело: власні розрахунки автора

В цій групі домогосподарств прогнозується, що відсоток тих, хто не зможе отримати медичну допомогу, зменшиться з 23,7% у 2021 році до 16,6% у 2022 році, а в 2025 році зросте до 17,9%.

В той же час при співпадінні груп негативних факторів відсоток тих домогосподарств, які не зможуть отримати медичну допомогу може зрости до 45,8%. Вірогідність даних сценаріїв є дуже високою $P=0,002$. Виходячи з цього бачимо, що головним трендом є прогнозне зниження відсотку тих, хто не мав

можливості отримати медичну допомогу. І це доволі позитивний тренд, який проявляється у сфері охорони здоров'я.

Таблиця 3.6

Прогнозування рівня доступності медичних послуг для домогосподарств з середньомісячним рівнем грошового доходу від 5000 до 9000 гривень в 2009-2025 роки

Роки	5000,1-6000		6000,1-7000		7000,1-8000		8000,1-9000	
2009	25,8		21,8		18,9		16,1	
2010	17,6		18		16,4		13,7	
2011	25,9		28,5		26,5		24,4	
2012	18,7		17,8		14,7		11,1	
2013	26,6		22,6		19,2		15,1	
2014	23,8		23,5		19,3		15,2	
2015	35,3		30,6		31,1		25,2	
2016	29,1		25,1		23,7		22,9	
2017	30,4		24,7		27		24,9	
2018	23		21,6		19,2		19,7	
2019	20,3		13,9		14,7		14,6	
2020	19,1		16,1		12,8		10,9	
2021	23,1		17,1		15,3		12	
	основний	оптимістичний	основний	оптимістичний	основний	оптимістичний	основний	оптимістичний
2022	18,6	43,9	12,2	11,9	33,4	35,7	11,9	33,4
2023	17,5	42,8	14,1	8,9	30,3	34,1	8,9	30,3
2024	21,1	46,4	15,0	9,8	31,2	36,2	9,8	31,2
2025	17,0	51,3	10,7	9,8	37,4	40,9	9,8	37,4

**Джерело: розрахунки автора*

Наступна група домогосподарств включає в себе ті з них, які мали вже середньомісячний дохід 5000 – 6000 гривень на одного члена сім'ї (рис. 3.10).

В даній груп прогнозується, що у 2022 році величина домогосподарств, які не зможуть отримати медичну допомогу, може досягнути 18,6%, у 2023 році – 17,5%, у 2025 році – 17,0%. Вірогідність цього сценарію дуже висока $P=0,0003$. В той же самий час в даній групі можливий варіант розвитку подій, при яких величина тих домогосподарств, що не мали б можливості отримання медичної допомоги, може досягти до 51,3% у 2025 р.

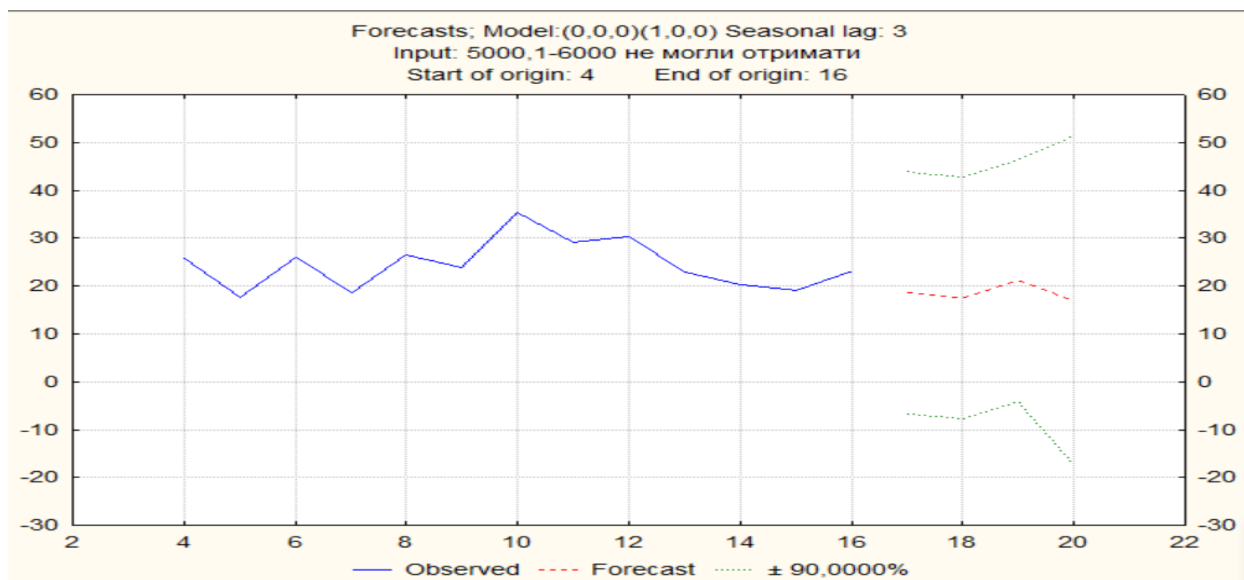


Рис. 3.10. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної кількості домогосподарств, які не могли отримати медичні послуги з розміром грошового доходу на одного члена від 5000 до 6000 гривень (2009-2025 рр.)

Джерело: власні розрахунки автора

Наступна група домогосподарств включала ті, що мають середньомісячний рівень від 6000 до 7000 гривень на одного (рис. 3.11).

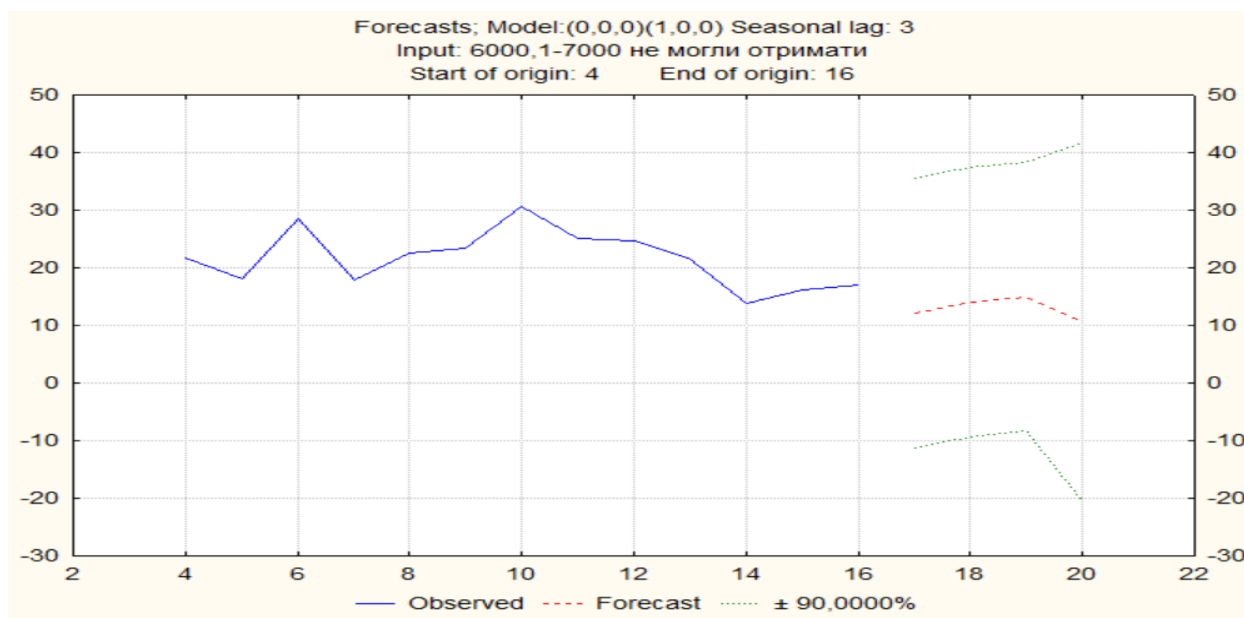


Рис. 3.11. Фактичні й прогнозні дані щодо відносної кількості домогосподарств, що не могли отримати медичні послуги з розміром грошового доходу на одного члена від 6000 до 7000 гривень (2009-2025 рр.)

Джерело: власні розрахунки автора

В даній групі прогнозується, що у 2022 році тих, хто не має можливості отримати медичну допомогу, може становити 12,2%, у 2023 році – 14,1%, у 2025 році – 10,7%. Водночас не відкидається варіант розвитку подій, за якого частка тих, хто не зможе отримати медичні послуги, може скласти 41,6%. Вірогідність даного розвитку подій також дуже висока $P=0,0004$.

В групі з рівнем доходу 7000 – 8000 гривень (рис. 3.12) прогнозується, що у 2022 році величина тих, хто б не зміг отримувати медичну допомогу, буде становити 12,3%, в подальшому вона буде зменшуватись до 10,7% у 2023 році та 10,4% у 2025 році. Також не відкидається варіант розвитку подій, при якому у 2023 році величина тих, хто не зможе отримати медичну допомогу, буде дорівнювати 40,9%. Вірогідність даного розвитку є високою $P=0,001$.

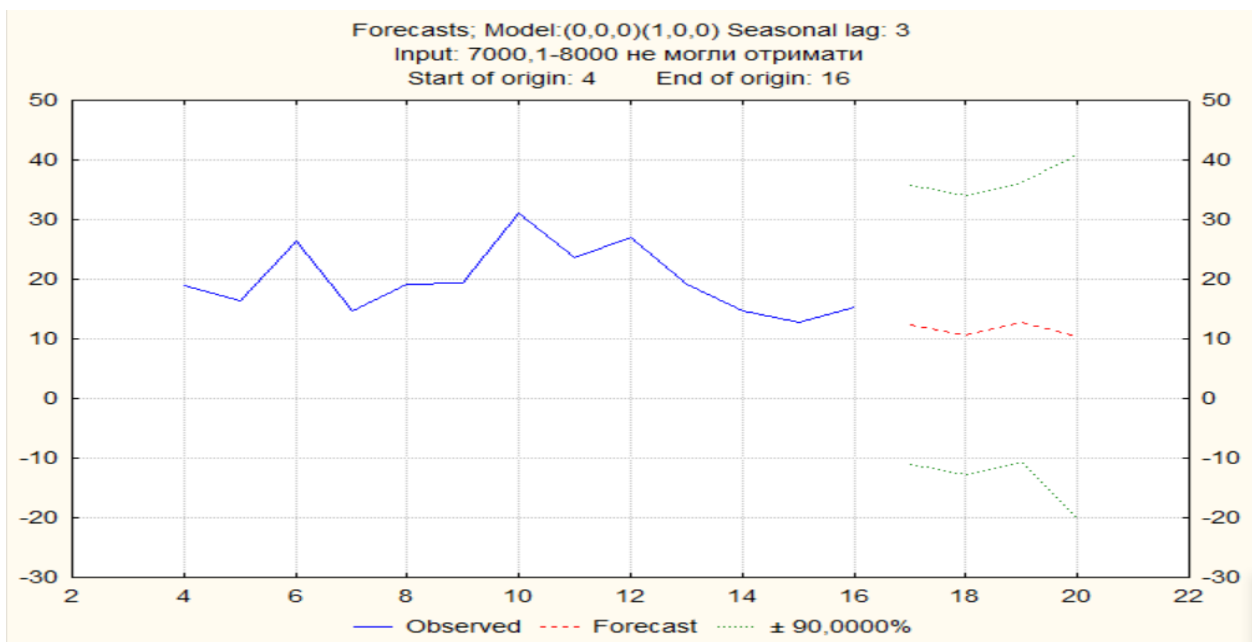


Рис. 3.12. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної кількості домогосподарств, які не могли отримати медичні послуги з розміром грошового доходу на одного члена від 7000 до 8000 гривень в 2009-2025 роках
Джерело: власні розрахунки автора

В групі домогосподарств з рівнем середньомісячного грошового доходу 8000 – 9000 гривень (рис. 3.13) прогнозується, що величина тих, хто б не зміг отримувати медичну допомогу, у 2022 році може дорівнювати 11,9%, у 2023 році – 8,9%, у 2025 році – 9,8%.

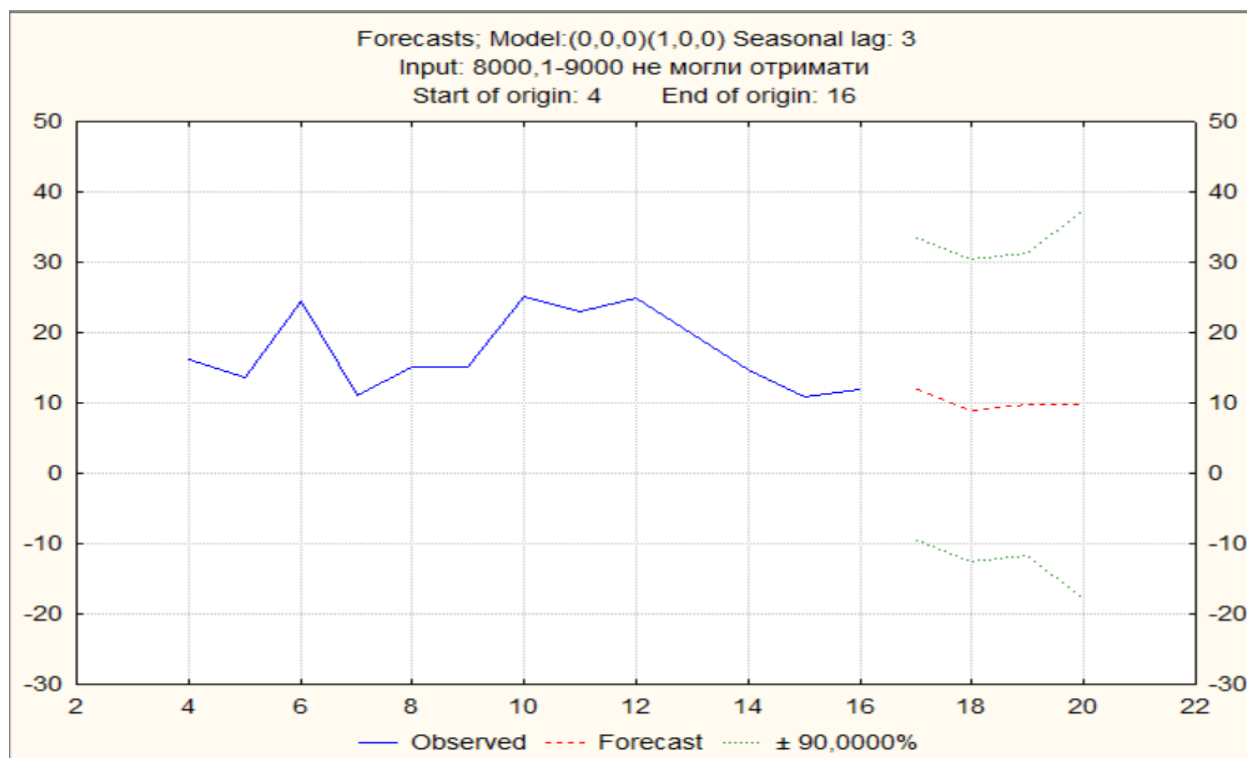


Рис. 3.13. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної чисельності домогосподарств, які не могли отримати медичні послуги з розміром грошового доходу на одного члена домогосподарства від 8000 до 9000 гривень в 2009-2025 роках

Джерело: власні розрахунки автора

У разі негативного сценарію розвитку подій величина тих, хто не зможе отримати медичні послуги, у 2023 році може досягнути 37,4%. Також слід відзначити, що в даних групах має місце чітка тенденція до падіння частки тих, хто не зміг би отримати медичну допомогу, при високому рівні вірогідності $P=0,002$.

Наступним кроком у дослідженні стало прогнозування рівня доступності медичних послуг в 2009-2025 роках для домогосподарств з середньомісячним рівнем грошового доходу від 9000 до більш 12000 гривень. Відповідні дані наведено в табл.3.7.

Прогнозування рівня доступності медичних послуг для домогосподарств з середньомісячним рівнем грошового доходу від 9000 до більш 12000 гривень в 2009-2025 роках

Роки	9000,1 -10000 гривень		10000,1 -11000 гривень		11000,1-12000		Більше 12000	
2009	15		10,8		11,9		6,3	
2010	9,2		9,2		12,2		7,9	
2011	19,4		19,7		15,5		13,4	
2012	11,5		10,7		10,6		6,1	
2013	14,8		8,4		16		8,9	
2014	12,6		14,7		14		10,5	
2015	24		22,1		17,8		18,5	
2016	21,8		21		22,6		11,5	
2017	19,6		23,3		20,8		15,7	
2018	20,7		16,4		18		13,1	
2019	13,9		5,3		9,6		9,8	
2020	9,7		5,5		7,8		6,5	
2021	9,0		10,0		4,3		8,3	
	основний	оптимістичний	основний	оптимістичний	основний	оптимістичний	основний	оптимістичний
2022	11,7	30,0	3,9	23,3	7,7	24,9	8,4	20,8
2023	8,2	26,4	4,0	23,4	6,3	23,5	5,5	18,0
2024	7,6	25,8	7,3	26,7	3,5	20,6	7,1	19,6
2025	9,8	33,7	2,9	26,9	6,2	28,3	7,1	23,5

Джерело: власні розрахунки автора

Дана тенденція продовжилася в домогосподарствах з рівнем доходів 9000–10000 гривень (рис. 3.14). В цій групі прогнозна величина тих, хто не зміг би отримати медичну допомогу у 2022 році могли би дорівнювати 11,7%, у 2023 році – 8,2%, а у 2025 році – 9,8%. У разі негативного сценарію величина тих, хто не зміг би отримати медичну допомогу, досягла б до 33,7%. При цьому маємо високу вірогідність настання даних подій $P=0,0009$.

В цій групі прогнозується, що у 2022 році частка тих, хто не мав можливості отримати медичну допомогу, буде дорівнювати 3,9%, у 2023 році – 4,0%, у 2025 році – 2,9%. За розвитку негативних тенденцій величина даного показника може зростати до 26,9%. Вірогідність розвитку даного сценарію є доволі високою $P=0,005$.

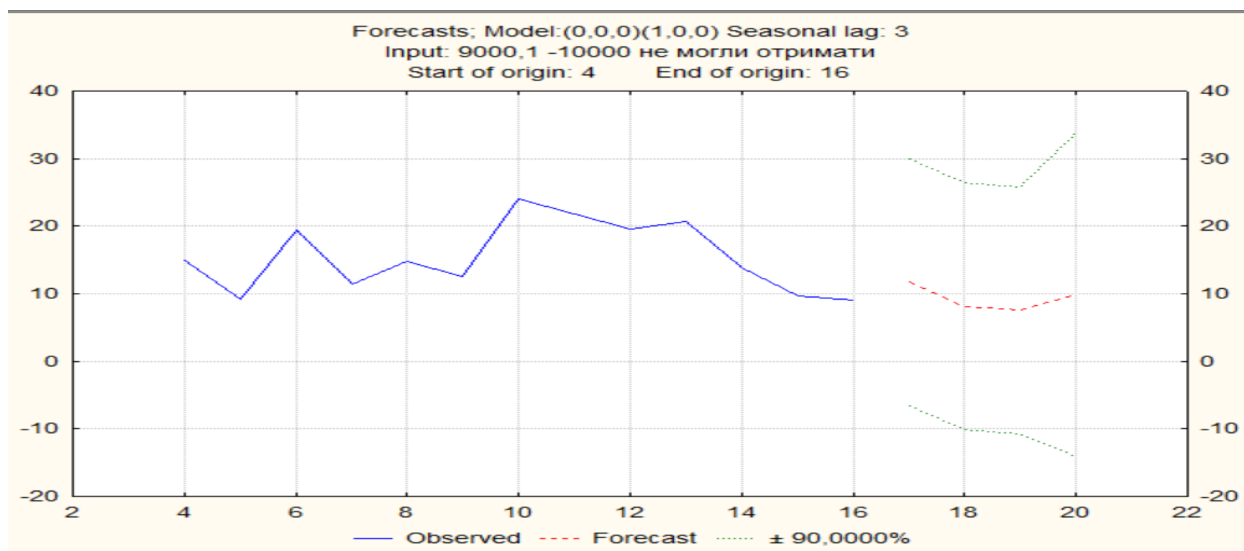


Рис. 3.14. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної кількості домогосподарств, які не могли отримати медичні послуги з розміром грошового доходу на одного члена від 9000 до 10000 грн (2009-2025 рр)

Джерело: власні розрахунки автора

Наступна група включала в себе домогосподарства з середньомісячним рівнем грошового доходу 10000-11000 грн на одного мешканця (рис. 3.15).

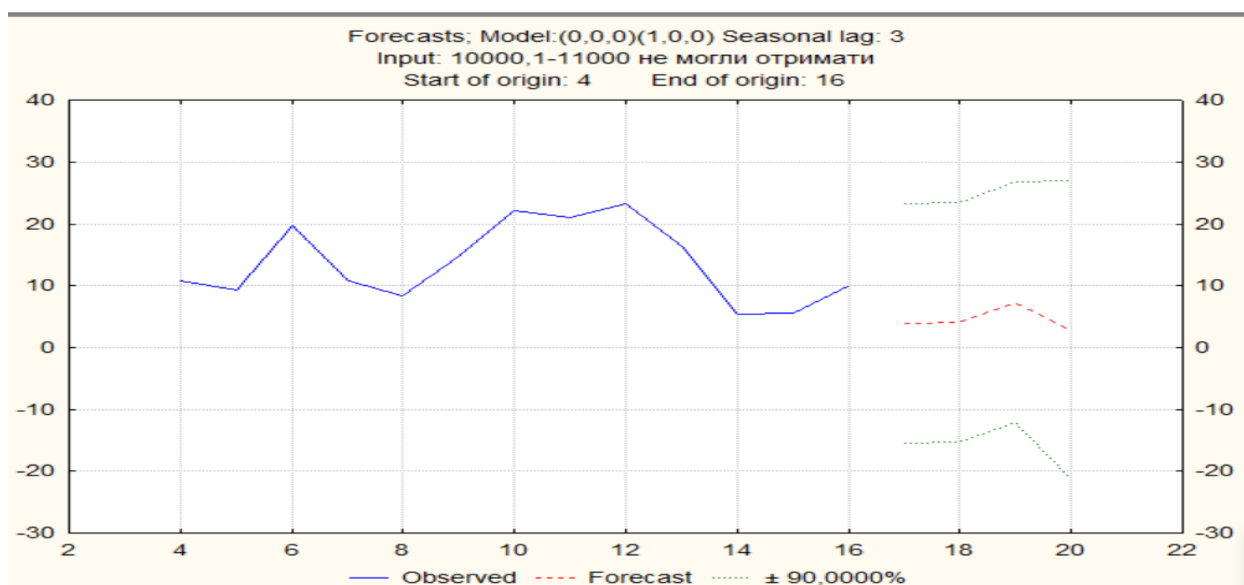


Рис. 3.15. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної кількості домогосподарств, які не могли отримати медичні послуги з розміром грошового доходу на одного члена від 10000 до 11000 грн (2009-2025 рр)

Джерело: власні розрахунки автора

Наступна група включала в себе домогосподарства з рівнем доходу 11000–12000 гривень (рис. 3.16).

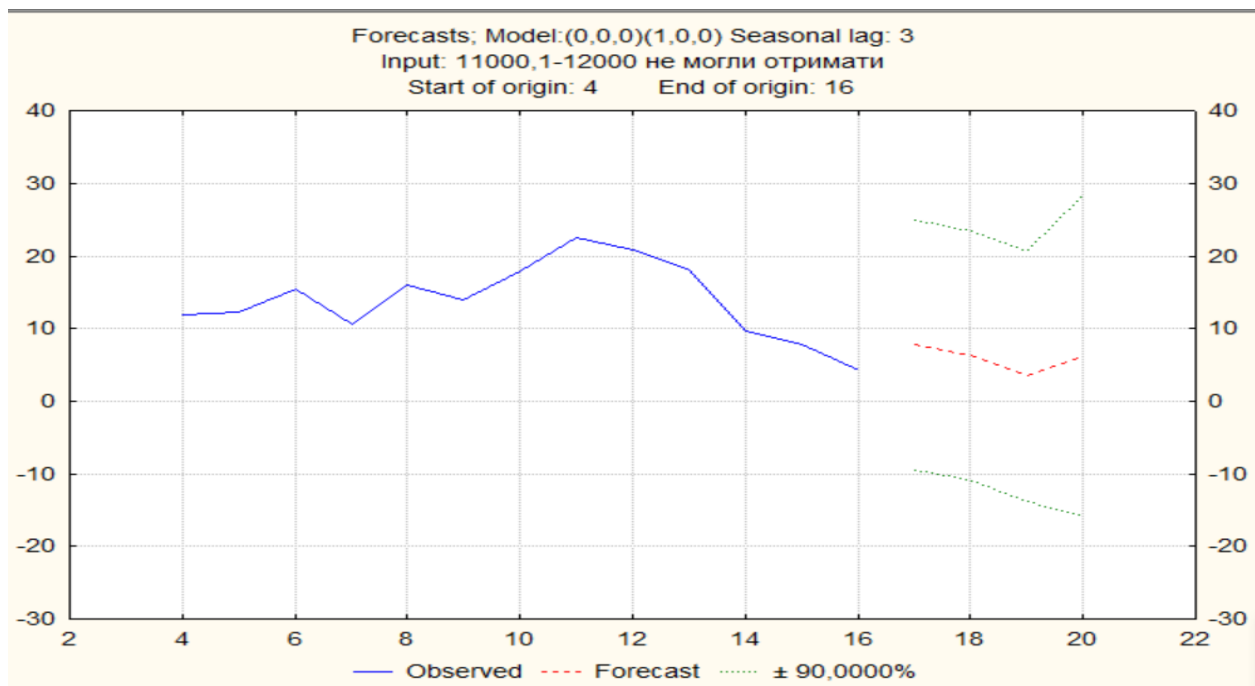


Рис. 3.16 Фактичні та прогнозні дані щодо відносної кількості домогосподарств, які не могли отримати медичні послуги з розміром грошового доходу на одного члена від 11000 до 12000 грн в 2009-2025 роках

Джерело: власні розрахунки автора

В даній групі частка тих, хто не зміг би отримати медичну допомогу, прогнозувалася на рівні 7,7% у 2022 році, 6,3% у 2023 році та 6,2% у 2025 році. Негативний сценарій розвитку ситуації передбачає зростання частки тих, хто не мав би можливості отримання медичної допомоги, до рівня 28,3%. Вірогідність даних сценаріїв також є дуже високою $P=0,001$.

Нарешті, остання група домогосподарств включала в себе домогосподарства з рівнем доходу більше 12000 гривень (рис. 3.17).

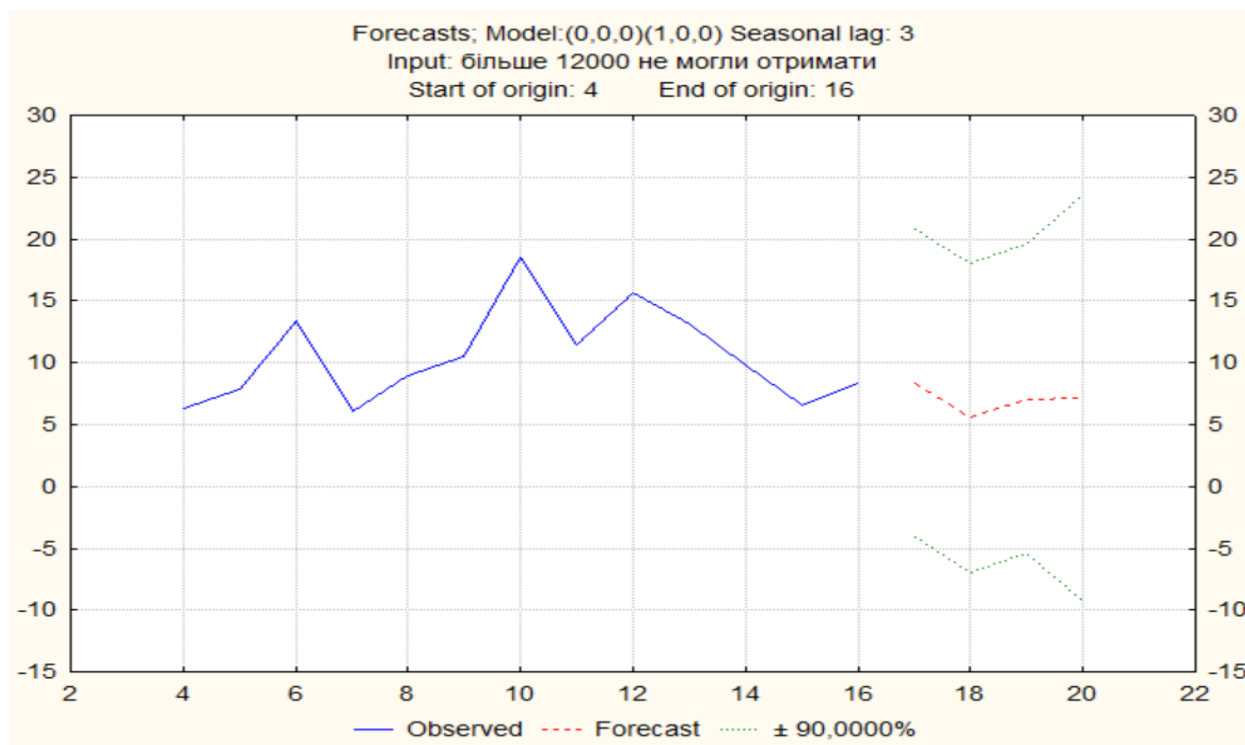


Рис. 3.17. Фактичні та прогнозні дані щодо відносної кількості домогосподарств, які не могли отримати медичні послуги з розміром грошового доходу на одного члена більше 12000 грн в 2009-2025 роках

Джерело: власні розрахунки автора

В даній групі прогнозуємо, що величина тих хто не зміг отримати медичну допомогу у 2022 році може досягнути значення 8,4%, у 2023 році кількість осіб серед респондентів буде становити 5,5%, а у 2025 році дана величина становитиме 7,1%. Негативний сценарій може підняти значення даного відсотка у 2025 році до величини 23,5%.

Таким чином, зроблені нами прогнози свідчать:

1) по-перше: відсоток тих хто не має можливості отримати медичну допомогу знаходиться в тісній залежності з рівнем доходів;

2) по-друге: серед домогосподарств, величина доходу яких перевищує 6000 гривень на одного мешканця має місце тенденція до зменшення кількості тих, які не мають можливості отримати медичні послуги.

В той же самий час у домогосподарствах з невеликим рівнем доходів вона є доволі різною та суттєвою, більшою за абсолютним значенням.

Таким чином, нам вдалося встановити, що рівень доходу в значній мірі визначає як тенденцію до подальшого розвитку подій з точки зору можливості отримання медичної допомоги, так і величину тих хто не мав можливості її отримати.

3.2. Моделювання попиту на медичні послуги для домогосподарств в Україні

Сучасна економічна наука одним із своїх напрямів розвитку вважає поглиблену математизацію проведених досліджень. Це дає можливість математично описати економічні явища таким чином, щоб на базі отриманих моделей:

- 1) здійснити кількісну оцінку досліджуваних процесів;
- 2) спрогнозувати подальший їх можливий розвиток.

Такі дослідження здійснюються в двох напрямках. Перший з них – аналіз економічних явищ в динаміці та їх прогнозування, другий – аналіз накопичених даних по сукупностях з їх оцінкою під різними кутами зору та побудовою відповідних залежностей.

Одним з головних методів в останньому варіанті є регресійний аналіз. Його перевагами можна вважати: відносну простоту, доступність різних програмних продуктів для його проведення, можливості оцінки надійності отриманих результатів, а також використання побудованих моделей з метою прогнозування встановлених закономірностей в майбутньому.

Регресійний аналіз включає в себе рівняння регресії, яке використовують для прогнозування очікуваних рівнів результативних ознак при встановлених значеннях факторних ознак. Порівнюючи очікувані рівні з фактично досягнутими, визначають резерви виробництва.

Важливим завданням кореляційного аналізу є визначення тісноти зв'язку між корелюючими величинами. Кількісним показником тісноти прямолінійного зв'язку результату з одним фактором є коефіцієнт парної кореляції, який обчислюють за формулою:

$$r = \frac{xy - x \cdot y}{\sigma_x \cdot \sigma_y},$$

де r – лінійний коефіцієнт кореляції; $\sigma_x = \sqrt{x^2 - \bar{x}^2}$ – середнє квадратичне відхилення факторної ознаки; $\sigma_y = \sqrt{y^2 - \bar{y}^2}$ – середнє квадратичне відхилення результативної ознаки.

На практиці даний вид залежності використовується багатьма дослідниками, зокрема закордонними, які для пояснення багатьох процесів і явищ у економіці застосовують даний вид регресійного аналізу у своїх економічних дослідженнях. Наприклад, це бачимо у роботах [201, 288] Сінгапурські вчені (Р. Лейв та Ю. Ву), британські дослідники (П. Ватсон та А. Петрі) та ряду іншими провідними зарубіжними вченими. Вважаємо, що в нашій роботі також доцільно використовувати такий аналіз – для отримання відповіді на питання – якою мірою населення схильне збільшувати витрати на медичні послуги водночас із зростанням рівнем своїх доходів? Дана проблема існує в багатьох країнах світу.

Для відповіді на це питання нами були використані офіційні дані з Державного комітету статистики України, а саме: «Анонімні мікродані за основними показниками щодо доходів, витрат та умов життя домогосподарств». В даному випадку використовувалися дані опитування з 7849 домогосподарств. Всі вони були також як і в попередніх випадках поділені за територіальною ознакою: великі міста, малі міста, сільські території. Для дослідження обрали показники рівня грошових доходів домогосподарств та рівня витрат на охорону здоров'я і медичні послуги. Аналіз здійснено за даними усіх домогосподарств України в розрізі типів населених пунктів: великі і малі міста, сільська територія. Вплив величини грошових доходів домогосподарств на рівень витрат на охорону здоров'я в домогосподарствах розраховано на основі анонімних анкетних даних.

На першому етапі було вирішено здійснити подібний аналіз з виділенням домогосподарств за регіональними принципами (таблиця 3.8).

Найбільший розмір грошових доходів припадає на одне домогосподарство в Києві (208745 грн), а найменший – в Житомирській області (110016 грн), в

Херсонській області (102123 грн), в Миколаївській області (102123 грн). В той же самий час витрати на медичні послуги найбільші були в місті Києві – 6686 грн, в Луганській області – 5667 грн та в Івано-Франківській області – 5985 грн. Найменші витрати на медичні послуги були в Хмельницькій області – 3945 грн, в Одеській області – 3208 грн, в Рівненській області – 3239 грн.

Таблиця 3.8

Розмір грошових доходів та витрат на охорону здоров'я домогосподарств в регіонах та різних територіях України у 2021 році

Регіон	Усі домогосподарства		Великі міста		Малі міста		Сільська територія	
	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги
Вінницька	123484	6307	151052	8109	108791	6965	109386	4980
Волинська	143075	5262	109071	3144	158837	5356	142107	5845
Дніпропетровська	124613	6103	141499	6945	111109	6543	111818	4985
Донецька	133138	3595	124614	6024	134906	2726	140724	2024
Житомирська	110016	5228	126318	7107	114162	5475	99221	4213
Закарпатська	137908	6234	128393	4230	146976	4416	135897	7695
Запорізька	108501	7304	110705	7231	110293	6142	105810	7925
Івано-Франківська	126317	5985	172986	8131	117289	4259	113162	6567
Київська (без м. Київ)	128843	4775	121394	2435	142021	6667	120648	3864
Кіровоградська	123510	4853	145092	7289	120553	4238	108972	3393
Луганська	109435	5667	122188	7118	111089	5695	97733	4769
Львівська	158989	5668	152792	6641	150528	6693	168042	4490
Миколаївська	112057	4514	131341	4561	106135	4130	97819	4794
Одеська	134538	3208	155155	3309	122383	4470	120618	2704
Полтавська	118233	4951	125871	5240	106824	7744	116660	3885
Рівненська	144599	3239	155897	3232	170332	3670	123557	2942
Сумська	115213	7158	125600	8134	101161	6709	112282	6355
Тернопільська	130069	6171	135092	9998	123347	3889	130353	5710
Харківська	105131	6086	120049	5034	107050	6455	94039	6651
Херсонська	102123	4702	96961	3148	98345	3929	108429	6334
Хмельницька	125586	3945	150320	8242	127214	2665	115825	2985
Черкаська	113468	4470	126114	5316	106851	3207	106629	4595
Чернівецька	129804	5249	137132	4802	134250	5633	120768	5436
Чернігівська	110591	5629	117736	6699	125782	6012	95234	4750
м. Київ	208745	6686	208745	6686	х	х	х	х

Джерело: власна розробка автора

Також було здійснено розрахунок тісноти зв'язку між досліджуваними показниками і виявилось, що він був майже відсутній. Величина коефіцієнта кореляції дорівнює 0,043. Це є свідченням того, що витрати на медичні послуги не є в пріоритеті серед першочергових витрат населення.

Також цікавим є результати грошових доходів і витрат у великих містах. Найменшими вони виявилися в Херсонській області – 96961 грн, в Запорізькій – 110705 грн та Волинській – 109071 грн. В той же самий час найбільші доходи були в Одеській області – 155155 грн, в місті Києві – 208745 грн та в Івано-Франківській області – 172986 грн.

Що стосується рівня витрат на медичні послуги серед даних типів населених пунктів, то найбільшими вони були в Івано-Франківській області – 8131 гривні, в Вінницькій області – 8109 гривні та Тернопільській області – 9998 гривень. Серед територій, де найменше витрачалися кошти на медичні послуги можна виділити Рівненську область – 3232 гривень, Херсонську область – 3148 гривень та Волинську область – 3144 гривень.

Проведений кореляційний аналіз дав можливість встановити, що тіснота зв'язку між доходами домогосподарств і їх витратами на медичні послуги дорівнювала 0,278. Це слабка тіснота зв'язку і менша ніж по Україні. Тобто у великих містах населення менш прихильне до збільшення витрат на охорону здоров'я при зростанні рівня доходів.

Що ж стосується малих міст, то в даному випадку найбільші доходи відмічалися у Рівненській області 170332 гривень, Волинська області – 158837 гривні та у Львівській області – 150528 гривень. В свою чергу, найменший рівень доходів згідно опитувань респондентів були в Харківській області – 107050 гривень, Херсонській області – 98345 гривні та Сумської області – 101161 гривень. Що ж стосується витрат на медичні послуги, то найбільшими вони були в Полтавській області області-7744 гривень, в Харківській області-6455 гривень та в Сумській 6709 гривень. Найменшими витратами були в Донецькій області – 2726 гривень, в Хмельницькій області – 2665 гривень та в Черкаській області – 3207 гривень.

Тобто ми маємо ситуацію, коли регіони з найбільшим рівнем доходу зовсім не співпадають з регіонами з найбільшим і найменшим рівнем витрат на медичні послуги. Проведений регресійний аналіз це підтвердив. Величина коефіцієнта кореляції виявилася від'ємною і дорівнювала -0,182. Мова фактично йде про те, що зростання рівня доходів від'ємно корелює з витратами на охорону здоров'я.

З нашої точки зору пояснення цього може бути в тому, що у малих населених пунктах слабо розвинена система сервісу надання медичних послуг, а також необізнаністю населення важливості даного роду проблем.

На сільських територіях найбільший рівень доходів мали домогосподарства Волинської області – 142107 гривні, Донецької область – 140724 гривень, Закарпатської область – 135897 гривень. В свою чергу найменший рівень доходу був у домогосподарствах Харківської області – 94039 гривні, Чернігівської області – 95234 гривні та в Житомирській області – 99221 гривні. Відносно витрат на медичні послуги то найбільшими вони були в наступній трійці областей – Закарпатській область – 7695 гривень, Запорізькій - 7925 гривень та Харківська – 6651 гривень. В свою чергу найменшими вони були в Рівненській області-2942 гривень, в Одеській області -2704 гривні та в Хмельницькій області – 2985 гривні.

Отже, ми маємо знову ситуацію при якій регіони з найбільшим рівнем доходів не співпадають з регіонами, де найбільша величина витрат на домогосподарство. Проведений регресійний аналіз підтвердив дану ситуацію. Показник парної кореляції між досліджуваними показниками був від’ємним і дорівнював -0,141. Таким чином, по малих містах і сільських територіях ми маємо подібну ситуацію, а саме – зростання доходів від’ємно корелює з рівнем витрат на охорону здоров’я.

В цілому можемо констатувати слабкий рівень зв’язку між доходами і витратами на охорону здоров’я, більш того у малих містах і на сільських територіях він мав від’ємний характер. З огляду на те, що переважна більшість населення має проблеми зі здоров’ям, дані результати є свідченням системних проблем в наданні медичних послуг в Україні. Переважна частина населення є мало поінформована в даній проблематиці або не має можливості через різні обставини інвестувати кошти в своє здоров’я.

На наступному етапі нами було проведено групування домогосподарств України за рівнем отримуваного доходу. При цьому всі домогосподарства було поділено на 11 груп (таблиця 3.9).

Так, в першу групу входили респонденти з рівнем доходу до 40000 гривень, а в останню групу – з рівнем доходу більше 240000 гривень, інші ж групи займали проміжне положення між цими граничними групами. Дане групування дозволяє прослідкувати в якій мірі населення здатне витратити свої кошти на медичні послуги.

Таблиця 3.9

Вплив величини доходів домогосподарств на рівень споживання медичних послуг в Україні у 2021 році

Групи домогосподарств в за рівнем доходу	Усі домогосподарства		Великі міста		Малі міста		Сільська територія	
	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги
До 40000,0	31781	1748	32126	1650	32347	1948	31287	1674
40000,1-60000	49915	3259	50251	3241	49682	3158	49864	3339
60000,1-80000	69763	4055	69755	4238	69580	3733	69868	4114
80000,1-100000	89760	4419	89600	3871	90282	4731	89533	4609
100000,1-120000	109296	5832	108894	6634	109761	5015	109334	5693
120000,1-140000	129684	5787	129624	5745	129955	5652	129591	5968
140000,1-160000	149766	6180	149689	7633	149238	6097	150261	5081
160000,1-180000	169629	6934	170161	9310	170167	7030	168843	4927
180000,1-200000	189773	6947	189168	6840	190385	6931	189842	7124
200000,1-240000	217878	7764	218128	8529	216475	7307	218729	7199
Більше 240000	321941	9050	337917	9417	312276	8591	307126	8905

Джерело: власна розробка автора

Почнемо з розгляду ситуації в цілому по Україні. В даному випадку у домогосподарствах з рівнем доходу до 40000 гривень величина витрат на медичні послуги дорівнювала 1748 гривень, у домогосподарствах з рівнем доходу 120001-140000 гривень вона вже дорівнювала 5787 гривень, а в групі з рівнем доходів більше 240000 – 9050 гривень.

Таким чином, ми маємо більш ніж десятикратне зростання доходів по групах, а рівень витрат на медичні послуги зріс лише у 5,17 рази. Тобто, гранична схильність населення до витрат по даній категорії суттєво зменшувалася водночас зі зростанням рівня доходу, хоча і була суттєвою. Дана залежність чітко констатується на рис.3.18. Отримане рівняння свідчить про те, що в середньому

зростання доходів домогосподарств на 1000 гривень призводить до зростання витрат на медичні послуги на 19 гривень.

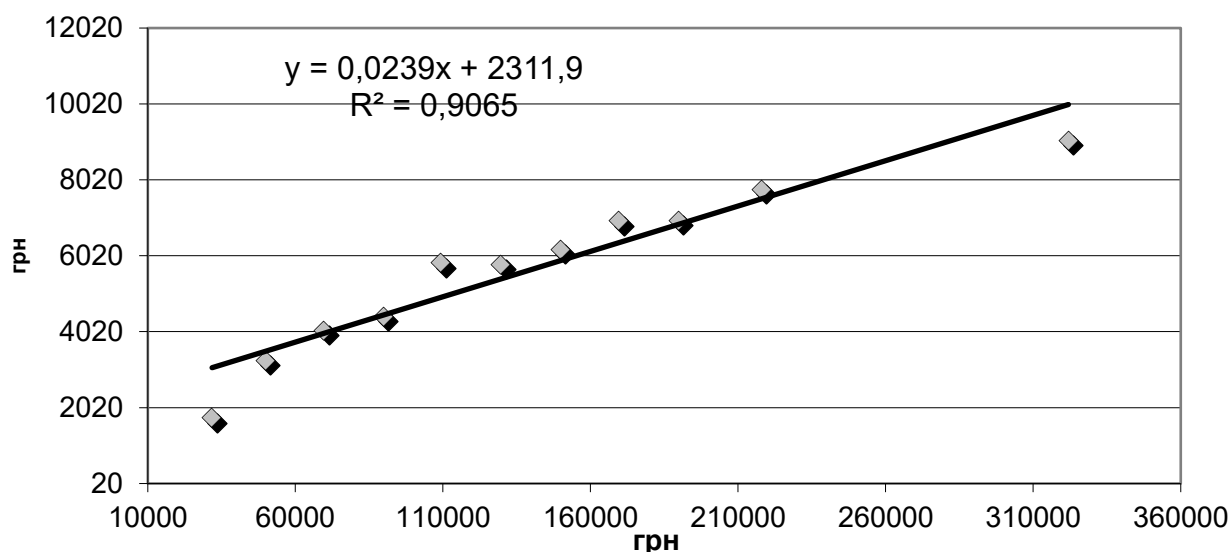


Рис. 3.18. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств в Україні у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Відносно великих міст, то в даному випадку подібна залежність також має місце. В групі домогосподарств з рівнем доходу до 40000 гривень величина витрат на медичні послуги дорівнювала 1650 гривень, в групі з рівнем витрат 120001-140000 гривень – 6634 гривні, а в групі з рівнем доходу більше 240000 гривень – 9417 гривень. В цілому дана залежність відображена на рис.3.19.

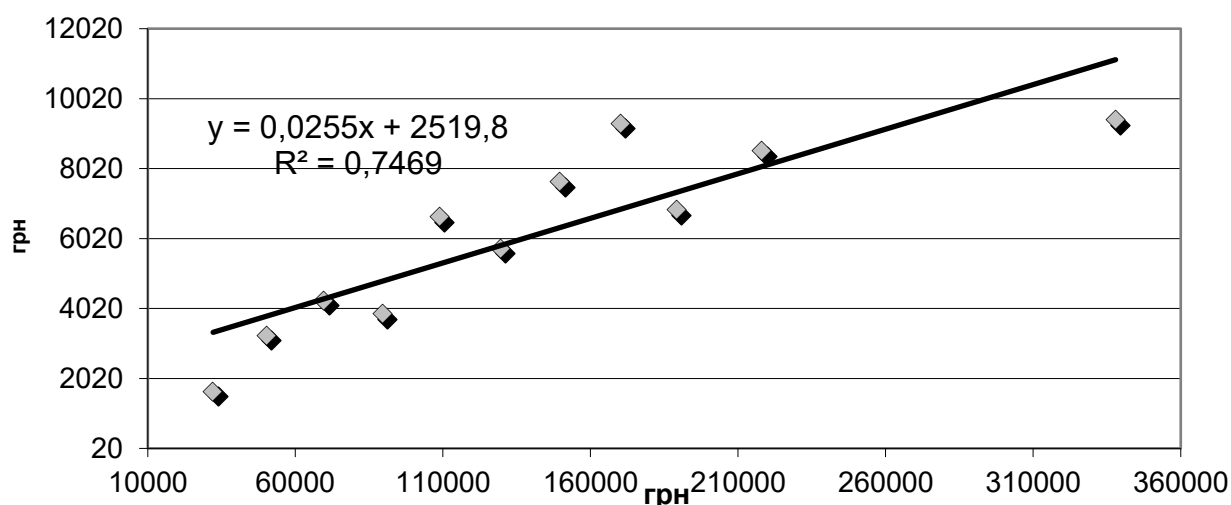


Рис. 3.19. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств у великих містах в Україні у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

В даному випадку в першу чергу слід звернути увагу на суттєвий коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,747$ (рис.3.19.). Тобто за інших рівних умов ми маємо зв'язок по згрупованих даних між рівнем витрат населення на медичні послуги та його доходами. Рівняння регресії засвідчує, що кожне зростання доходу на 1000 гривень призведе в середньому до рівня зростання витрат на медичні послуги на 25, 5 гривні.

Що ж стосується малих міст, то в даному випадку в групі домогосподарств з рівнем доходу до 40000 гривень величина витрат на медичні послуги дорівнює 1948 гривень. В групі з рівнем доходів 120001-140000 гривень – 5652 гривень, а в останній групі з найбільшим рівнем доходів – 8591 гривень. В даному випадку знову ми маємо високий рівень зв'язку досліджуваних показників $R^2 = 0,918$ (рис.3. 20).

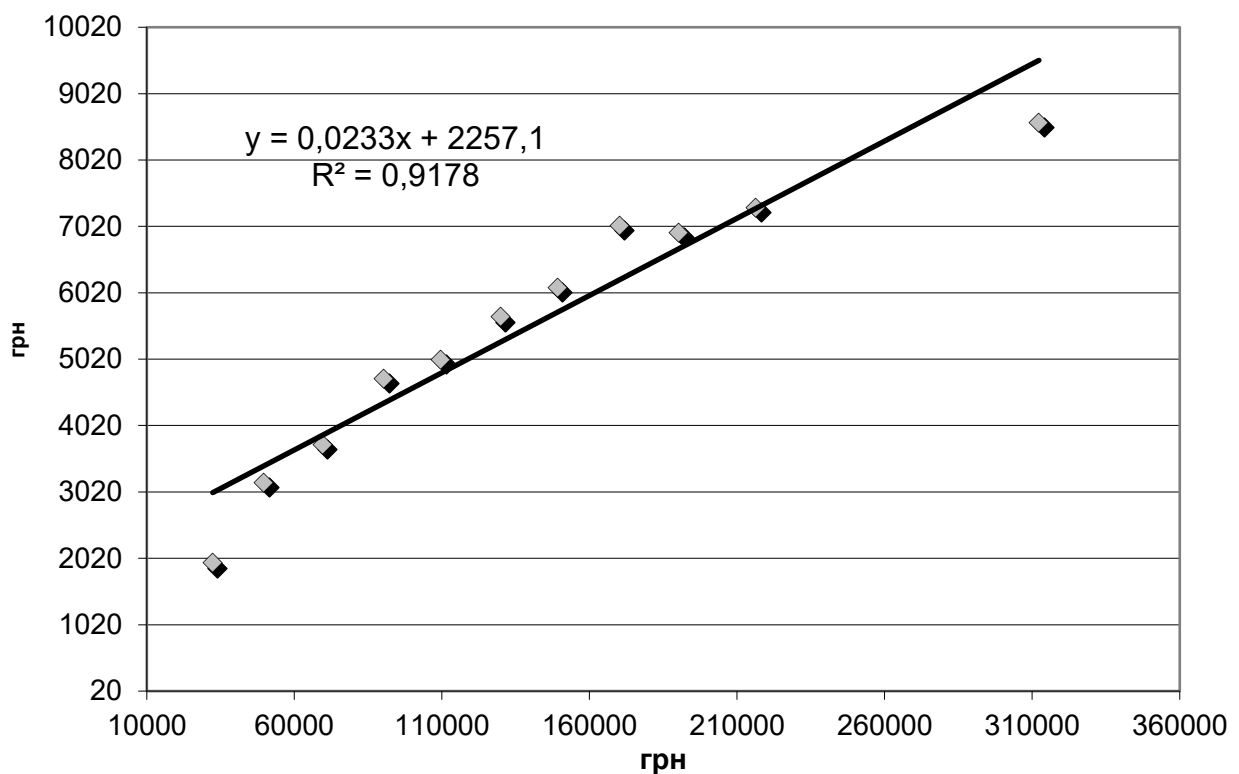


Рис. 3.20. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств у малих містах в Україні у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Нами встановлена залежність, яка засвідчує про те, що зростання рівня доходу на 1000 гривень призводить в середньому до зростання витрат на медичні послуги на 23,3 гривні.

На сільських територіях у домогосподарствах з рівнем доходу до 40000 гривень величина витрат на медичні послуги 1674 гривні, у домогосподарствах з рівнем доходу 120001 -140000 гривень – 5968 гривень, а в групі з рівнем доходу більше 240000 гривень – 8905 гривні. Таким чином, ми маємо, що різниця між граничними групами в рівнях витрат на медичні послуги дорівнювала 5,32. Це дещо більше, ніж в середньому по Україні.

Виходячи з цих даних, можемо припустити, що сільське населення ще менше схильне до витрат по даній статті витрат. Отримана залежність свідчить про те, що кожне зростання рівня доходів на 1000 гривень призводить в середньому до зростання рівня витрат на 22,8 гривні. При цьому значення коефіцієнта детермінації $R^2 = 0,863$, свідчить про те, що надійність даних результатів хоча і є високою, однак вона є менша ніж в середньому по Україні (рис.3.21.).

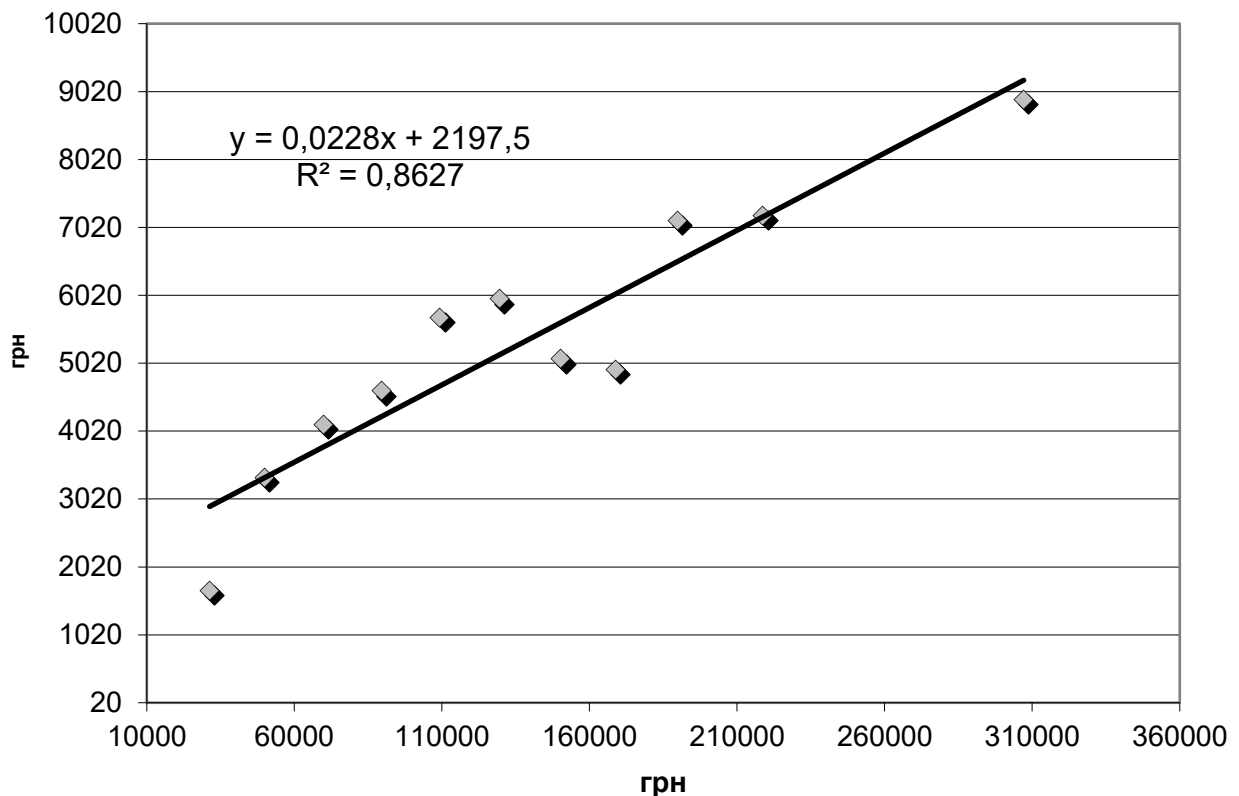


Рис. 3.21. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств на сільських територіях в Україні у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Таким чином, зроблений аналіз засвідчив з одного боку, що залежність рівня доходів і витрат на медичні послуги хоча і існує, однак вона зменшується

пропорційно меншими темпами, ніж зростання доходів. Це в свою чергу свідчить про те, що охорона здоров'я не є пріоритетною статтею витрат в домогосподарствах України.

Також подібний аналіз було здійснено на прикладі Карпатського регіону. В даному випадку, ми маємо ті ж самі групи, що і в попередній таблиці, тому будемо розглядати за тим же самим методичним підходом (таблиця 3.10).

Відповідно можна зразу ж стверджувати, що встановлені нами при попередньому аналізі закономірності також зберігаються. Так, в групі домогосподарств з рівнем доходу до 40000 гривень середня величина витрат середня величина витрат на медичні послуги дорівнює 2786 гривні. В групі з рівнем витрат 120001-140000 гривень – 5001 гривні, а в останній групі з найбільшим рівнем доходу більше 240000 гривень – 8640 гривень. Ці числа дуже близькі до даних, які нами відмічалися в цілому по Україні.

Таблиця 3.10

Вплив розмін доходів фізичних осіб на рівень споживання медичних послуг у областях, які входять до складу Карпатського регіону в 2021 році

	Усі домогосподарства		Великі міста		Невеликі міста		Сільська територія	
	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги
До 40000,0	33992	2786	34176	2247	35665	2791	32916	2956
40000,1-60000	50024	3664	49557	2845	50090	3945	50193	3850
60000,1-80000	69897	3746	70549	3868	70419	3069	69152	4237
80000,1-100000	89932	4118	89653	4334	91134	3941	89324	4139
100000,1-120000	109132	5846	107824	7858	110722	4363	109029	5394
120000,1-140000	130757	5001	131509	5237	129265	5752	131441	4373
140000,1-160000	149747	6944	148580	6922	149759	5457	150340	8010
160000,1-180000	169676	6011	171915	9191	170172	7273	168447	4067
180000,1-200000	190380	11042	190171	6965	192122	6355	189489	15390
200000,1-240000	218688	7782	217815	7080	220138	9720	218872	7275
Більш 240000	321870	8640	316699	8438	317071	8976	328438	8548

Джерело: власна розробка автора

Було здійснено графічний аналіз даної залежності (рис. 3.22). Отримане рівняння регресії свідчить, що зростання рівня витрат на 1000 гривень в середньому призводить до збільшення витрат на медичні послуги на 24,1 гривні коефіцієнт детермінації виявився доволі високим $R^2 = 0,662$.

У великих містах рівень витрат на медичні послуги в групі домогосподарств з доходами до 40000 гривень дорівнює 2247 гривень, що було дещо більшим ніж в середньому по сукупності. В групі з рівнем доходів 120001-140000 гривень він вже дорівнював 5237 гривень, а в останній групі – 8438 гривень. З метою перевірки даного результату було здійснено аналіз первинних даних всієї сукупності. Виявилося, що були окремі домогосподарства з високим рівнем доходу та значним рівнем витрат на медичні послуги.

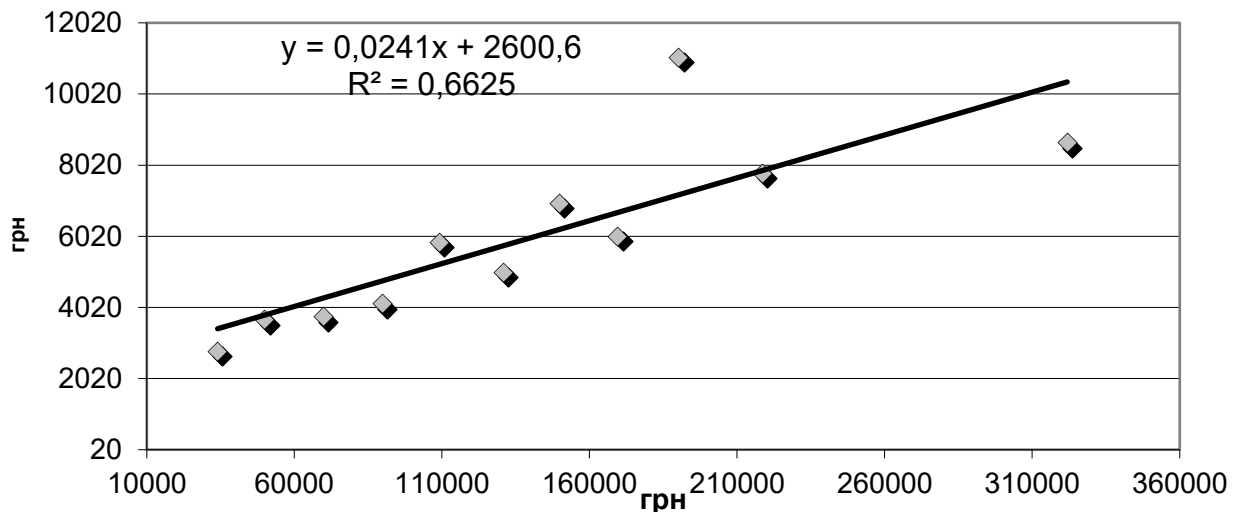


Рис. 3.22. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств в Карпатському регіоні у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Виходячи з цього, можна припустити, що така ситуація є цілком можливою – в конкретних домогосподарствах може бути ситуація, коли саме витрати на охорону здоров'я є суттєвими у порівнянні з іншими видами витрат. В цілому аналіз регресії отриманої по даних показниках домогосподарств дозволив встановити, що в середньому при зростанні доходів на 1000 гривень величина витрат збільшується на 28,3 гривні. Коефіцієнт детермінації був дещо нижчим ніж в попередніх моделях, але високим $R^2 = 0,629$ (рис.3.23).

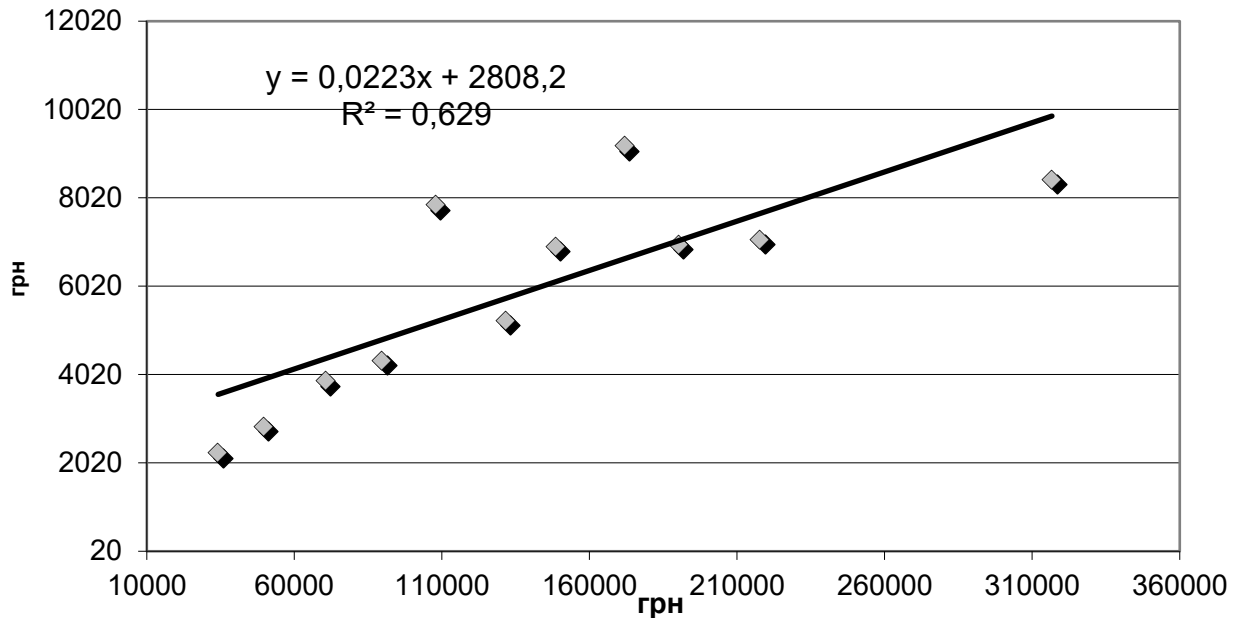


Рис. 3.23. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств у великих містах в Карпатському регіоні у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Наступною територіальною групою, за якою здійснювався даний сценарій, були малі міста. В цій групі домогосподарств з рівнем доходу до 40000 гривень величина витрат на медичні послуги дорівнювала 2791 гривні, в групі з доходом 120001-140000 гривень – 5752 гривні та нарешті в останній групі з найбільшим рівнем доходу – 897 гривні.

Побудована модель регресії дозволила встановити, що в середньому зростання доходів на 1000 гривень у малих містах призвели до зростання витрат на медичні послуги на 25,5 гривні при доволі високому коефіцієнту детермінації $R^2 = 0,840$ (рис.3.24).

Нарешті остання територіальна група – це сільські території. В даній групі ми маємо наступні залежності. В групі домогосподарств з доходом до 40000 гривень витрати на медичні послуги дорівнювали 2956 гривень. В групі домогосподарств з доходами 120001 – 140000 гривень – 4373 гривень. В останній групі з найбільшим рівнем доходу лише 8548 гривень.

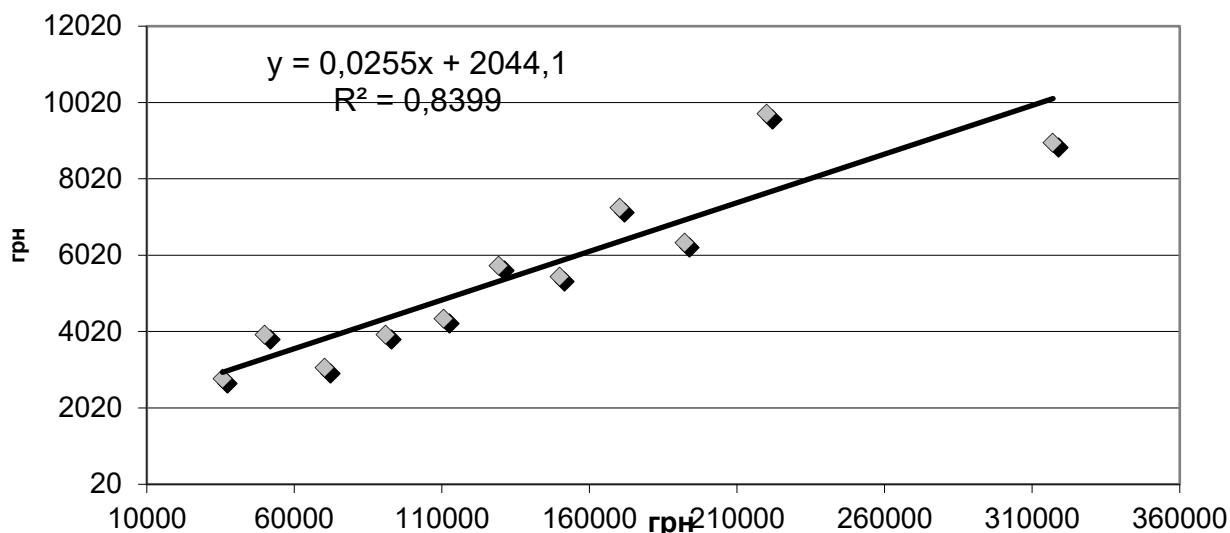


Рис. 3.24. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств у малих містах в Карпатському регіоні у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Таким чином, можливе відхилення даних показників від даних по Україні, де кількість домогосподарств була значно більшою. Побудована регресійна модель дала можливість встановити, що у сільських територіях Карпатського регіону зростання доходів на 1000 гривень в середньому призводило до зростання витрат на медичні послуги на 23,4 гривні. Даний показник є найменший серед усіх проаналізованих нами за результатами проведеного аналізу. Найменшим також і був коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,341$ (рис.3.25.)

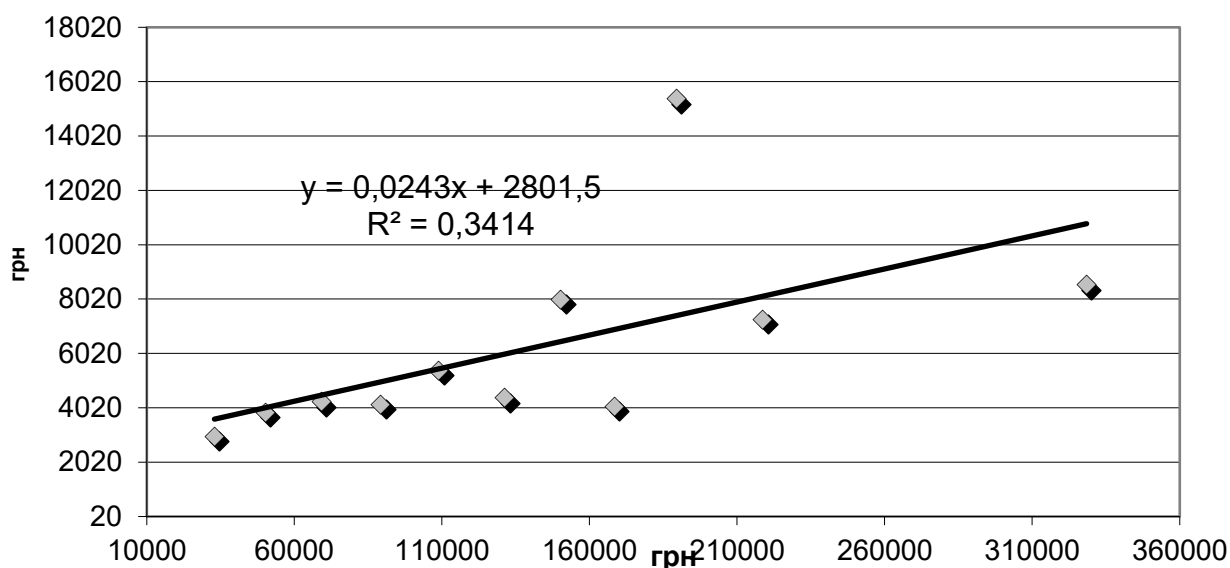


Рис. 3.25. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств у сільських територіях в Карпатському регіоні у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

З цього можна зробити попередній висновок, що саме на сільських територіях має місце проблема, пов'язана з реалізацією політики щодо збереження здоров'я населення з точки зору доступності медичних послуг та поінформованості щодо проведення попередніх обстежень та медичних консультацій.

В межах нашого дослідження нами також було здійснено аналіз взаємозалежності доходів та витрат на медичні послуги по окремим областям Карпатського регіону. Даний регіон включає в себе чотири області – Закарпатську, Івано-Франківську, Львівську і Чернівецьку. Особливістю даного регіону є набагато більша кількість малих населених пунктів, а також тих, що знаходяться в місцях з поганою транспортною системою. При цьому в дослідженні ми залишили ті ж самі групи, що й на попередньому етапі. Дані для регресійного аналізу для обраних регіонів і в розрізі виділених груп домогосподарств наведено в табл.3.11.

Таблиця 3.11

Вплив величини доходів фізичних осіб на рівень споживання медичних послуг (2021 р.)

	Усі домогосподарства		Великі міста		Невеликі міста		Сільська територія	
	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги	Грошові доходи	Витрати на медичні послуги
Закарпатська область								
До 40000,0	33290	3053	37666	3955	36656	2855	31832	2752
40000,1-60000	49897	3028	53270	2564	49784	2735	48801	3256
60000,1-80000	68806	3022	65819	5145	70106	2567	68646	2719
80000,1-100000	90412	3164	96432	3795	92334	3880	88179	2563
100000,1-120000	107393	4457	105905	5150	109651	2673	107115	4954
120000,1-140000	130285	3758	129249	1933	131586	7528	130437	3851
140000,1-160000	150667	8766	157581	5600	149349	1805	150585	18260
160000,1-180000	169404	4954	179907	2937	162695	8297	169987	4021
180000,1-200000	190853	41904			191907	4048	190563	55119
200000,1-240000	219912	6926	220244	6708	218546	9027	220225	6393
Більш 240000	301057	7431	343330	5706	291185	6719	298715	8456
Івано-Франківська область								
До 40000,0	35714	2672			35507	2673	36128	2671
40000,1-60000	51752	4497	59577	660	51299	3386	51628	5195
60000,1-80000	68986	4381	68136	4734	71194	3215	66329	5806
80000,1-100000	89313	4763	86012	9930	89598	2895	90040	4573
100000,1-120000	109145	6567	110095	6200	109069	5155	108704	7986
120000,1-140000	131405	5497	131015	6752	131485	4521	131481	6033
140000,1-160000	149679	7043	146277	8234	151220	3586	151494	8491
160000,1-180000	169511	4849	163259	5018	171777	4269	170199	5246
180000,1-200000	189375	7972	189087	11654	189046	5715	189614	7088
200000,1-240000	220206	8803	219326	6283	220791	11886	223762	10546
Більш 240000	317990	10904	306767	11665	359008	5775	290711	15492

Львівська область								
До 40000,0	33788	3411	34884	2506	36238	3608	32275	3650
40000,1-60000	50263	4329	47356	3972	51378	5284	50378	3480
60000,1-80000	69536	3400	69698	4624	69696	3157	69399	3020
80000,1-100000	89518	4345	89518	2972	91103	5795	88462	4568
100000,1-120000	109053	7410	105248	16656	112406	4347	108885	3124
120000,1-140000	129930	5124	132875	7681	127814	4695	129638	2980
140000,1-160000	150923	4615	151240	6805	151588	5791	150385	2847
160000,1-180000	169696	5825	173927	6706	170140	9158	168636	3258
180000,1-200000	190337	5182	190115	2943	192273	7226	188815	4410
200000,1-240000	215987	6193	212879	5264	222045	4941	215213	8149
Більш 240000	334784	8490	336689	8004	306734	11837	348796	6911
Чернівецька область								
До 40000,0	32524	1610	30907	763	35025	1341	32498	2123
40000,1-60000	48112	2358	49102	2489	45995	2205	48405	2294
60000,1-80000	71963	3745	72739	2915	69528	3069	72814	5108
80000,1-100000	90972	3850	91255	2037	92479	2867	90393	4662
100000,1-120000	111643	3922	110120	2552	119501	6100	112382	5074
120000,1-140000	131335	5445	131720	3372	126526	8368	134587	4638
140000,1-160000	146238	10903	141680	4059	144787	11692	148726	12660
160000,1-180000	169893	7630	172671	11986	174596	2834	165771	4643
180000,1-200000	192303	5395	192481	7642	196090	4110	189661	4754
200000,1-240000	219060	9208	221824	10553	218800	12245	216914	5453
Більш 240000	305599	8149	297378	6951	355616	5382	283102	13250

Джерело: складено автором

Почнемо аналіз із Закарпатської області. В Закарпатській області величина доходів домогосподарств до 40000 гривень дорівнювала 3053 гривень, в групі з рівнем доходу 120000 -140000 гривень – 3758 гривні, і в останній групі з рівнем доходу більше 240000 гривень – 7431 гривень. Математично дана залежність характеризується тим, що в даному регіоні кожне зростання доходів на 1000 гривень призводило в середньому до зростання витрат на медичні послуги на 19,4 гривні. (рис.3.26)

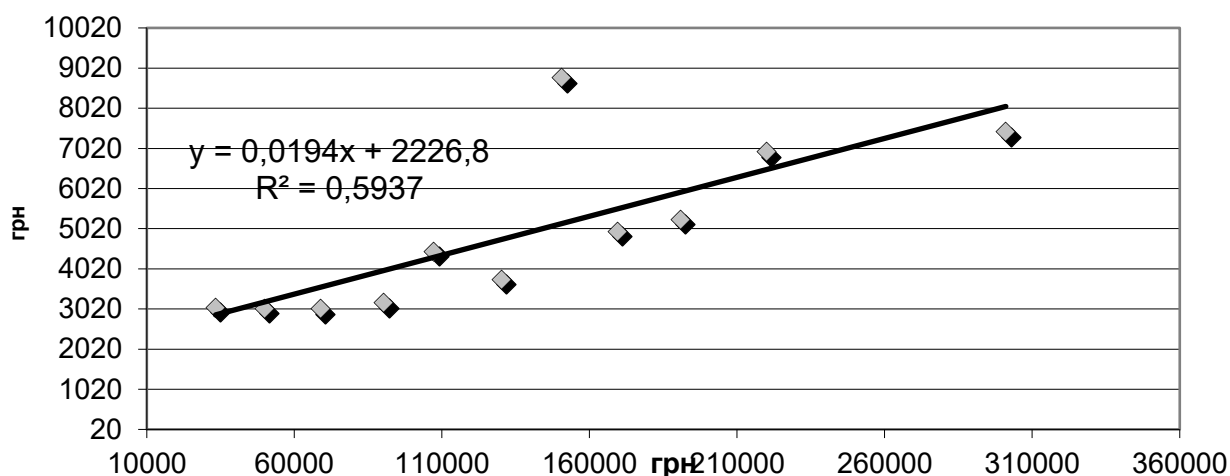


Рис. 3.26. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств Закарпатської області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

В той же час коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,594$ свідчить про те, що дана залежність не є чіткою та надійною. В основі цього лежить те, що по Закарпатській області кількість респондентів була меншою, ніж в Україні чи по Карпатському регіоні. По окремим групам їх кількість коливалося від 9 до 26 домогосподарств, відтак індивідуальні особливості домогосподарств можуть більш суттєво впливати на отриманий результат.

Відносно великих міст Закарпатської області, то в даному випадку величина витрат з рівнем доходу до 40000 гривень дорівнювала 3955 гривень, з рівнем доходу 120000-140000 гривень – 1933 гривні, а в останній групі з рівнем доходу 240000 гривень – 5706 гривень. Побудована регресійна модель дозволила встановити, що у великих містах кожне зростання доходів домогосподарств на 1000 гривень в середньому призведе до збільшення витрат на медичні послуги на 8 гривень. При цьому коефіцієнт детермінації виявився значним $R^2 = 0,210$ (рис.3.27).

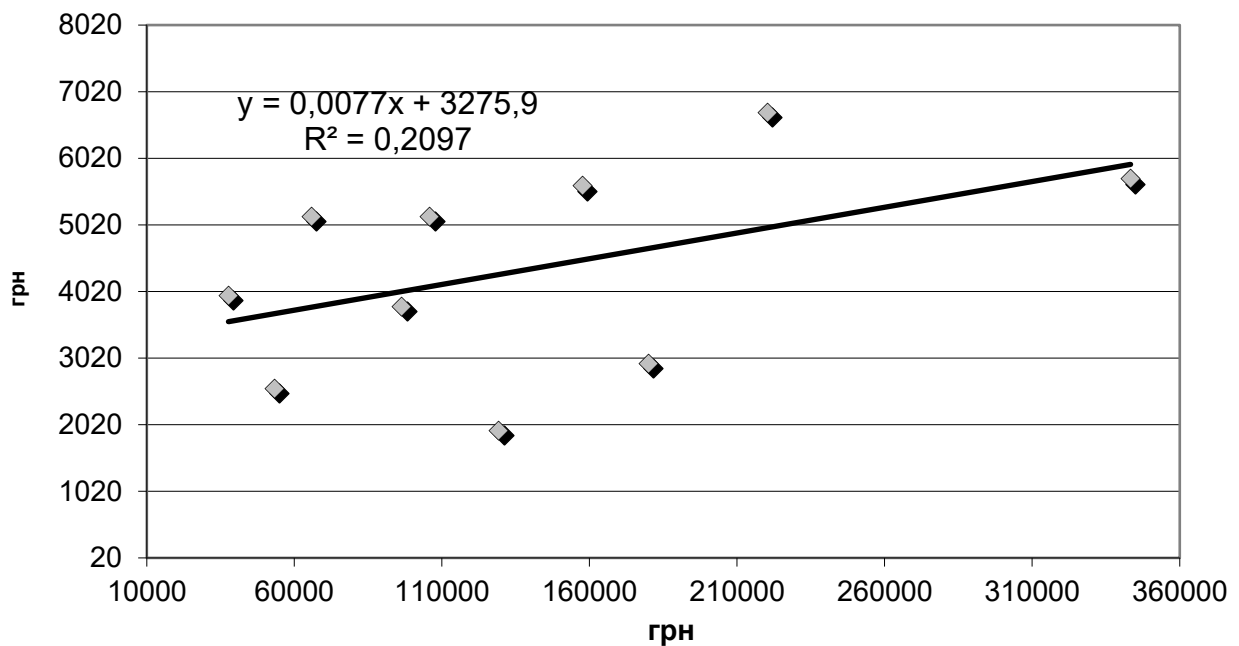


Рис. 3.27. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств у великих містах Закарпатської області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Відносно малих міст, ми мали наступний характер залежності між доходами та витратами домогосподарств на медичні послуги: в групі домогосподарств з рівнем доходу до 40000 гривень величина витрат дорівнювала

2855 гривень, в групі з рівнем доходу 120000 – 140000 гривень – 7528 гривень і в останній групі з найбільшим рівнем доходу – 6719 гривні.

Регресійна модель по даній сукупності засвідчила слабку залежність між даними показниками: в середньому зростання доходів на 1000 гривень призводило до зростання витрат на медичні послуги на 21,9 гривні при доволі низькому значенні коефіцієнта детермінації $R^2 = 0,352$.

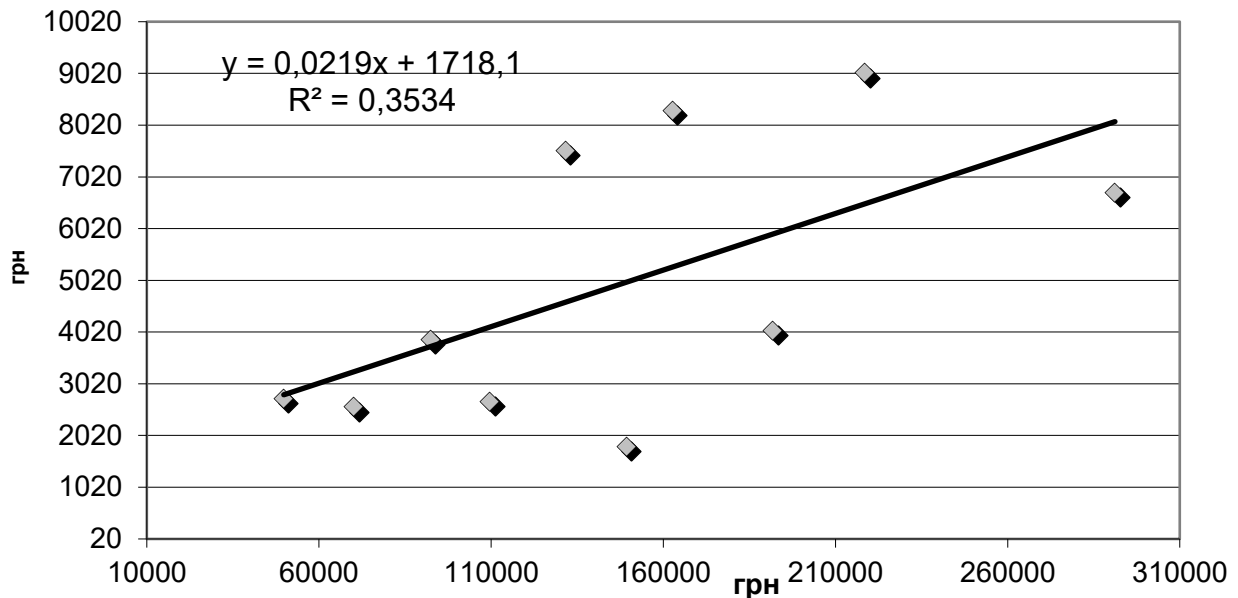


Рис. 3.28. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств у малих містах Закарпатської області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

В даному випадку фактично зв'язок відсутній і дані носять хаотичний характер. Це говорить про те, що в даній сукупності індивідуальні характеристики домогосподарств відігравали більш значну роль ніж по Україні. На сільських територіях величина витрат домогосподарств з найменшим рівнем доходу дорівнював 2752 гривень, домогосподарств з рівнем доходу 120000-140000 гривень – 3851 гривень, а в останній групі з найвищим рівнем доходу – 8456 гривні. Відтак ми маємо доволі негативну залежність, що підтверджується даними регресійного аналізу.

Зростання доходів на 1000 гривень призводило до збільшення рівня витрат на медичні послуги на 13,8 гривні. В той же час коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,209$ є низьким і таким, який засвідчує низький рівень зв'язку між даними показниками (рис.3.29).

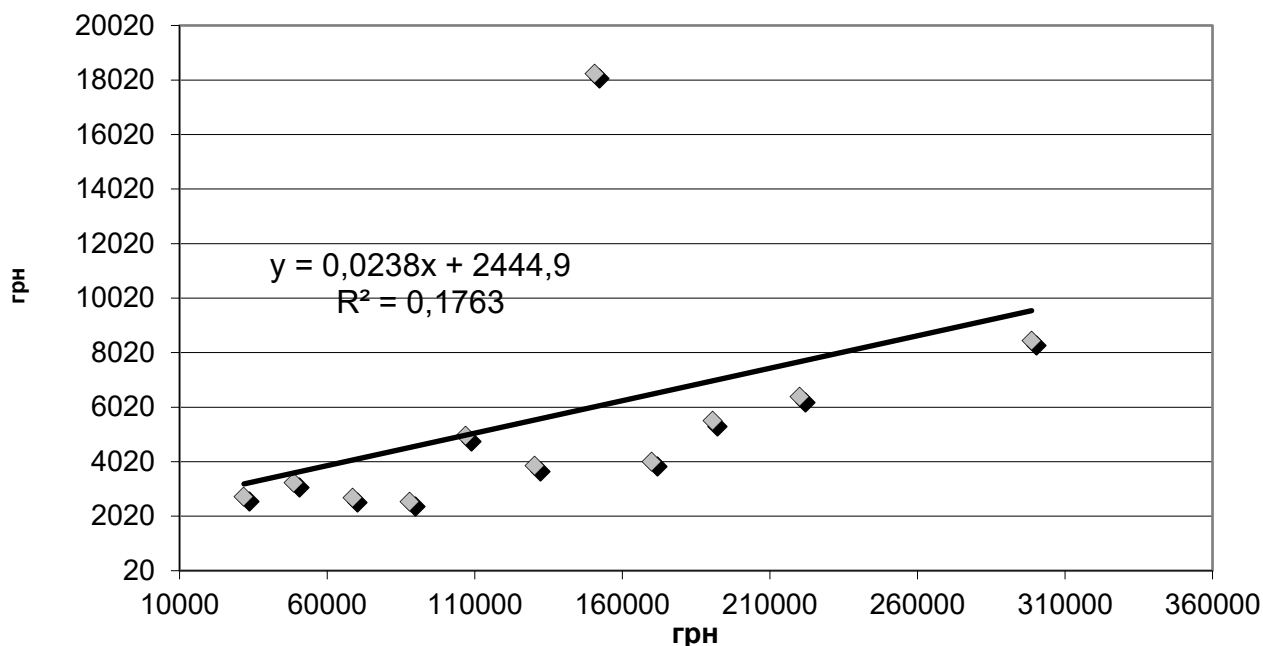


Рис. 3.29. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств на сільських територіях Закарпатської області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Таким чином, можемо стверджувати, що відносно високий рівень зв'язку мав місце у великих містах, а у інших територіальних одиницях він був слабким. Це пов'язано з нашої точки зору з тим фактом, що при незначних сукупностях значний вплив мають індивідуальні особливості домогосподарств, тобто їх суб'єктивна потреба в необхідності витратити або не витратити кошти на охорону здоров'я.

Наступним регіоном за яким було проведено аналіз доходів та витрат на медичні послуги була Івано-Франківська область. В цьому регіоні в цілому по всіх домогосподарствах величина витрат у групі домогосподарств з рівнем доходів до 40000 гривень витрати на медичні послуги дорівнювали 2672 гривень, у групі з рівнем доходів 120000-140000 гривень рівень витрат на даний вид послуг становив 5497 гривень, і нарешті в останній групі з найбільшим рівнем доходів витрати в населення на медичні послуги становили 10904 гривні.

Рівняння регресії дозволило встановити, що отримане в даному регіоні зростання доходу домогосподарств на 1000 гривень призведе в середньому до збільшення витрат на медичні послуги на 26,4 гривень. Враховуючи коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,858$ можемо стверджувати, що в Івано-Франківській області

маємо доволі чіткий взаємозв'язок по усіх домогосподарствах регіону (рис.3.30.).

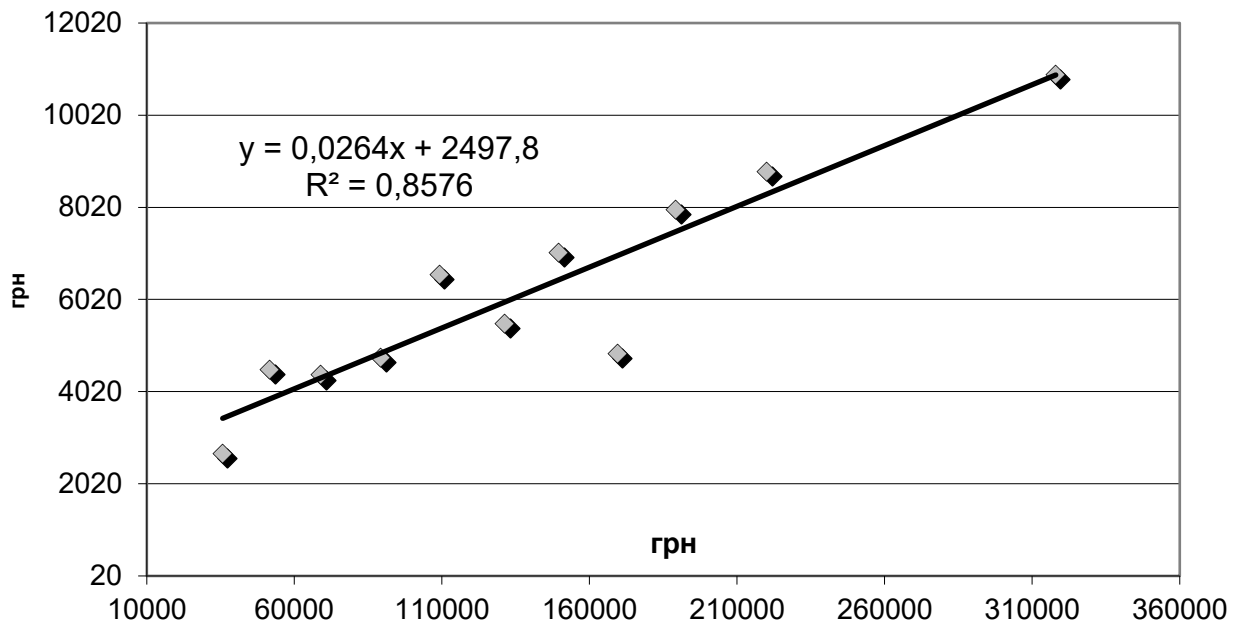


Рис. 3.30. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств в Івано-Франківській області 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Аналіз в розрізі типів населених пунктів дозволив встановити, що у великих містах в домогосподарствах з найменшим рівнем доходу величина витрат на медичні послуги дорівнювала 660 гривень, у домогосподарствах з рівнем доходу 120000-140000 гривень – 6752 гривні, а в групі домогосподарств з рівнем доходу більше 240000 гривень - 11665 гривень.

Характер залежності у великих містах між даними показниками дає підстави стверджувати, що зростання рівня доходу на 1000 гривень призводить до збільшення рівня витрат на медичні послуги на 7,7 гривні. В той же час величина коефіцієнта детермінації знаходиться на середньому рівні $R^2 = 0,210$ (рис.3.31.)

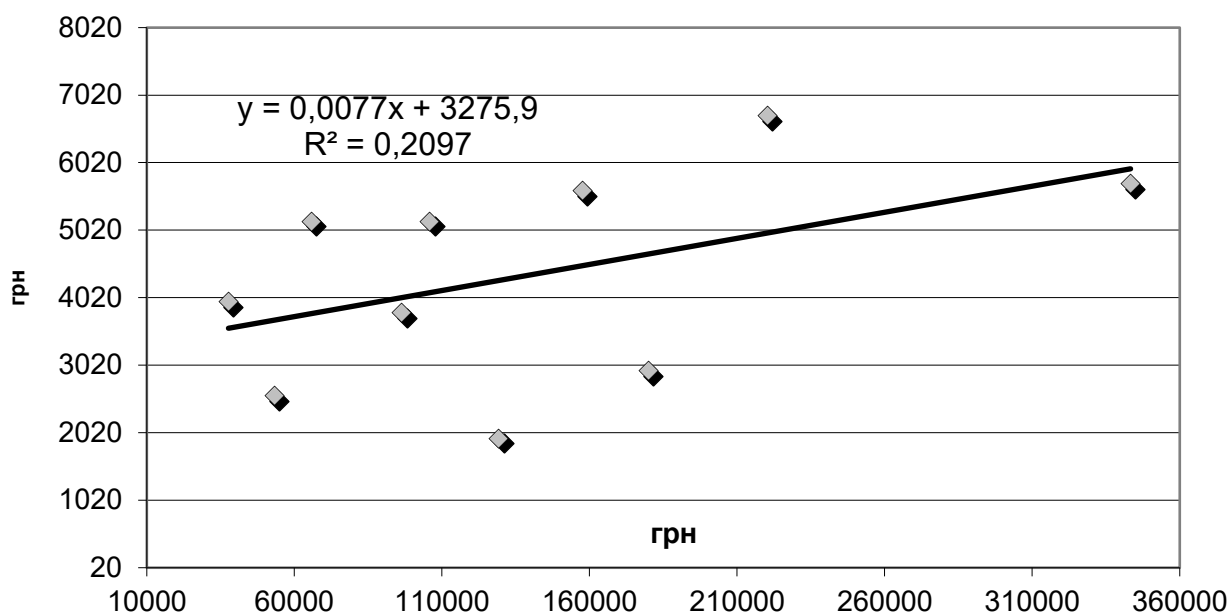


Рис. 3.31. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств у великих містах Івано-Франківській області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Що стосується малих міст то в даній групі домогосподарств з доходом до 40000 гривень величина витрат на медичні послуги дорівнювала 2673 гривень, у групі з рівнем доходу 120000-140000 гривень – 4521 гривень, та в останній групі – 5775 гривні. Дана залежність також підтверджується результатами регресійного аналізу, який дає підстави стверджувати, що у малих містах кожне зростання доходу на 1000 гривень в середньому призводило до зростання витрат на медичні послуги на 31,9 гривні. Значення коефіцієнта детермінації $R^2 = 0,319$ не дає підстави стверджувати, що існує тісний характер зв'язку між даними показниками, який чітко визначає характер схильності домогосподарств до понесення витрат і зростання доходів (рис.3.32).

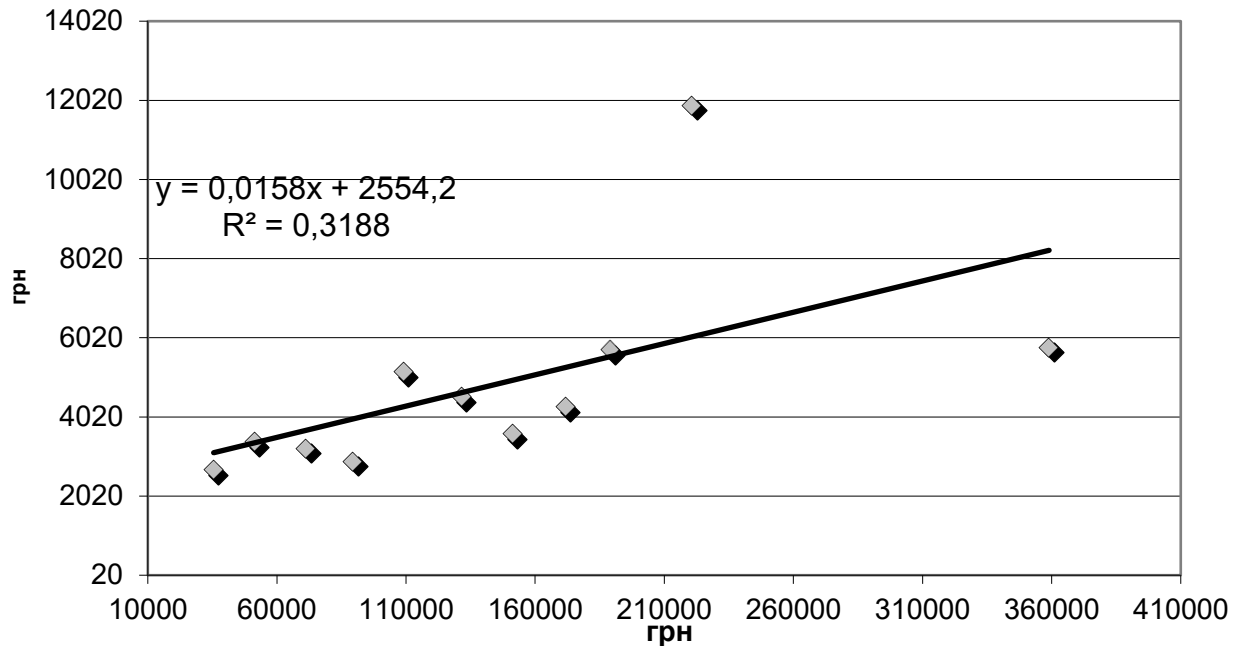


Рис. 3.32. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств у малих містах Івано-Франківській області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

На сільських територіях в домогосподарствах з рівнем доходу до 40000 гривень в Івано-Франківській області величина витрат становить 2671 гривень, в групі з рівнем доходу 120000 -140000 гривень – 6033 гривень, а в групі з найбільшим рівнем доходу – 15492 гривень. Зростання доходу на 1000 гривень призводило б в середньому до збільшення рівня витрат на 38,6 гривень, однак значення коефіцієнта детермінації виявилося низьким. Таким чином бачимо, що залежність фактично має лінійний характер, що підтверджується даними регресійного аналізу (рис.3.33). Величина коефіцієнта $R^2 = 0,751$ вказує на високу достовірність виявленої залежності для даної групи підприємств Івано-Франківської області.

Таким чином, ми маємо ситуацію, що в Івано-Франківській області найбільш чітка залежність була в цілому по регіоні в малих містах. Виходячи з цього можна стверджувати, що даний регіон в цілому має доволі тісний характер зв'язку між досліджуваними показниками.

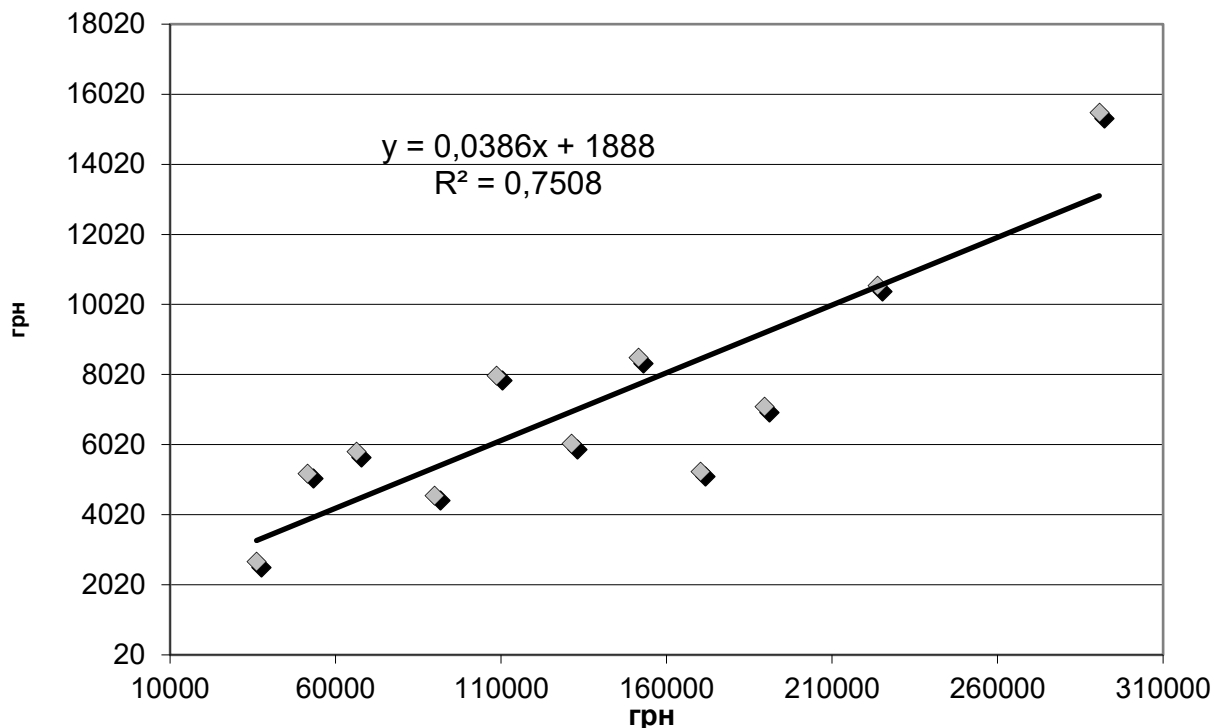


Рис. 3.33. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств на сільських територіях Івано-Франківській області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

В Львівській області в цілому по всіх домогосподарствах між досліджуваними показниками мала місце наступна залежність: у домогосподарствах з рівнем доходу до 40000 гривень величина витрат на медичні послуги дорівнює 3411 гривень, у домогосподарствах рівнем доходу до 120000-140000 гривень – 5124 гривень, і нарешті в останній групі з найвищим рівнем доходу він дорівнював 8490 гривні.

Проведений регресійний аналіз дав можливість встановити, що зростання доходів на 1000 гривень призводило в середньому до зростання рівня витрат на медичні послуги на 15 гривень. Тіснота зв'язку між досліджуваними показниками виявилася $R^2 = 0,635$ (рис.3.34)

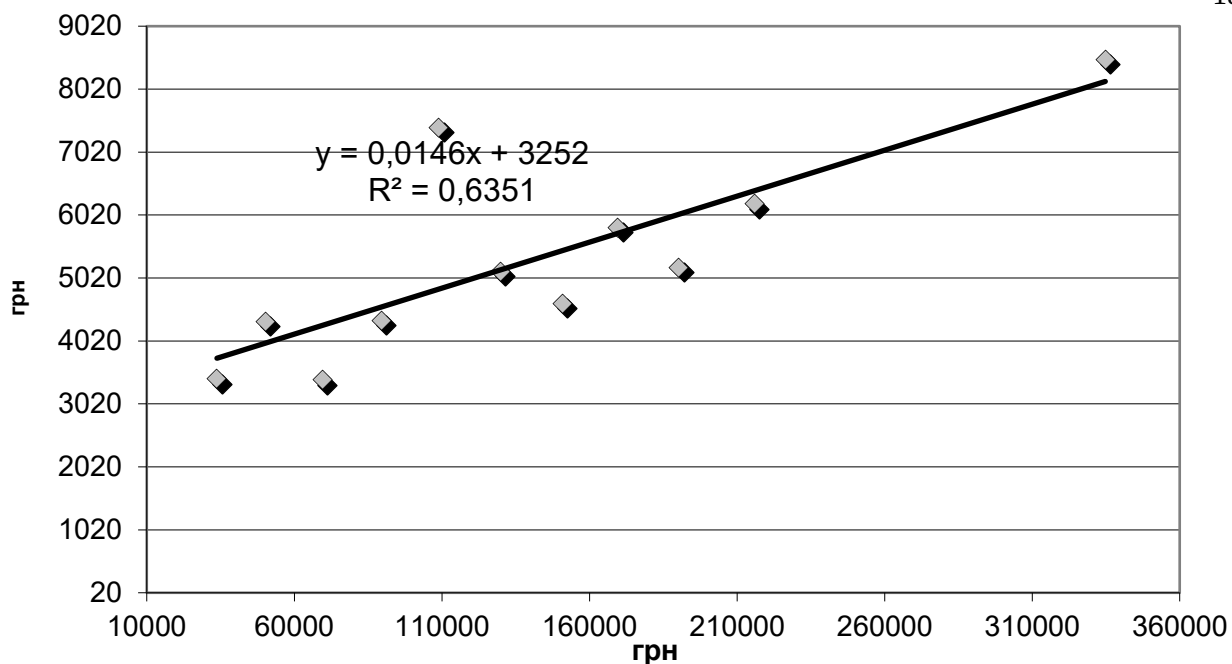


Рис. 3.34. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств в Львівській області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

У великих містах першої групи з найменшим рівнем доходу величина витрат на медичні послуги дорівнювала 2506 гривні, у групі з рівнем доходу 120000-140000 гривень – витрати на медичні послуги становили 7681 гривні. В останній групі в домогосподарств (респонденти яких вказали найвищий рівень доходу – 240000 гривень) витрати на медичні послуги становили 8004 гривень.

Регресійний аналіз засвідчив, що зростання доходів на 1000 гривень призводило до зростання доходів на 1000 гривень призводило в середньому до зростання витрат на медичні послуги на 34,2 гривні. Однак значення коефіцієнта детермінації ($R^2 = 0,0341$) є низьким та таким, який не підтверджує суттєвість даного зв'язку (рис.3.35). У малих містах Львівської області у домогосподарствах з рівнем доходу до 40000 гривень середній рівень витрат на медичні послуги дорівнював 3608 гривень, а в домогосподарствах з рівнем доходу 120000-140000 гривень витрати на медичні послуги становили 4695 гривень, в останній групі з найвищим рівнем доходу витрати на медичні послуги становили 11837 гривень.

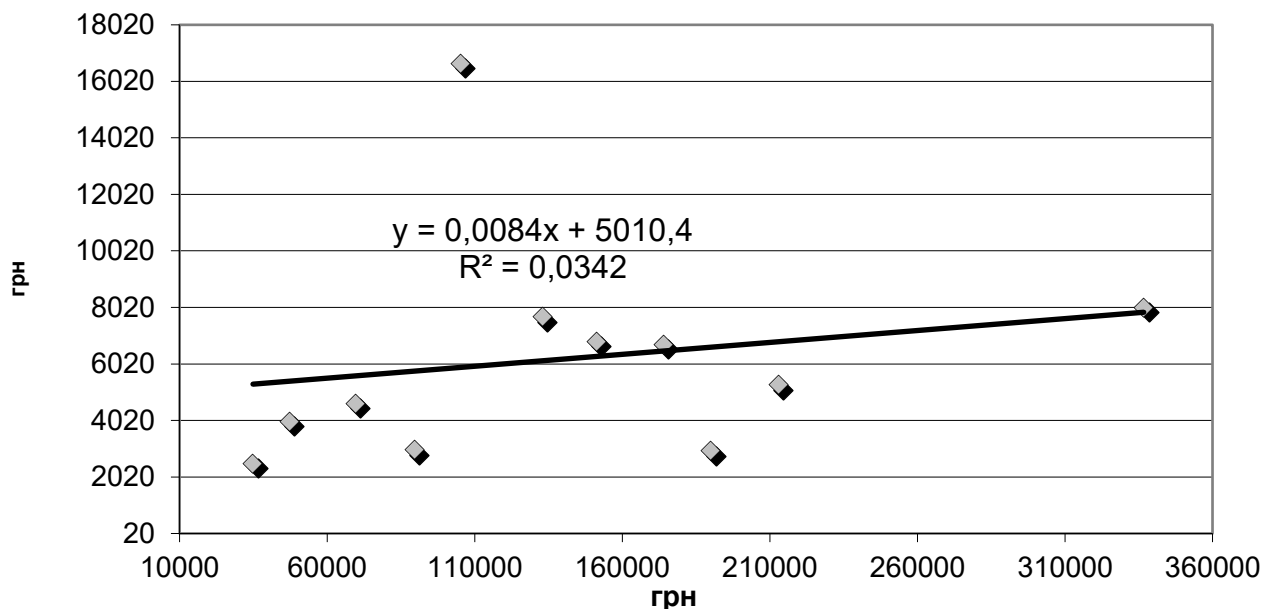


Рис. 3.35. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств в Львівській області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Побудована регресійна модель дала можливість констатувати, що кожне збільшення доходів на 1000 гривень призводить до зростання витрат на медичні послуги на 25 гривні. Значення коефіцієнта детермінації дорівнює $R^2 = 0,619$ що є середнім рівнем зв'язку (рис.3.36).

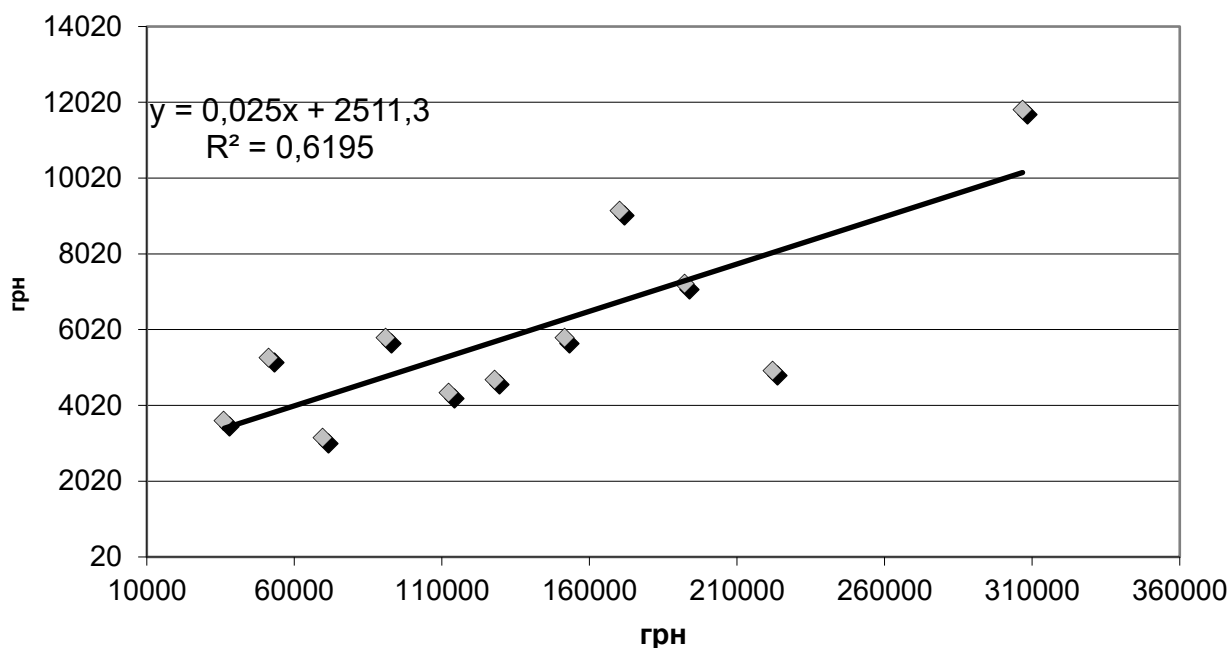


Рис. 3.36. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств в Львівській області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Нарешті сільські території характеризуються наступним характером залежності. В групі домогосподарств з рівнем доходу до 40000 гривень витрати на медичні послуги становлять 3650 гривень, з рівнем доходу 120000-140000 гривень витрати на медичні послуги становлять 2980 гривень, а в респондентів з рівнем щорічного доходу більше 240000 гривень витрати на медичні послуги становлять 6911 гривень.

Регресійна модель побудована на підставі даних групувань показала, що в середньому зростання рівня доходу в населення на 1000 гривень призводило до зростання рівня витрат на медичні послуги на 13,2 гривню при середньому рівні тісноти зв'язку між досліджуваними показниками ($R^2 = 0,458$) (рис.3.37).

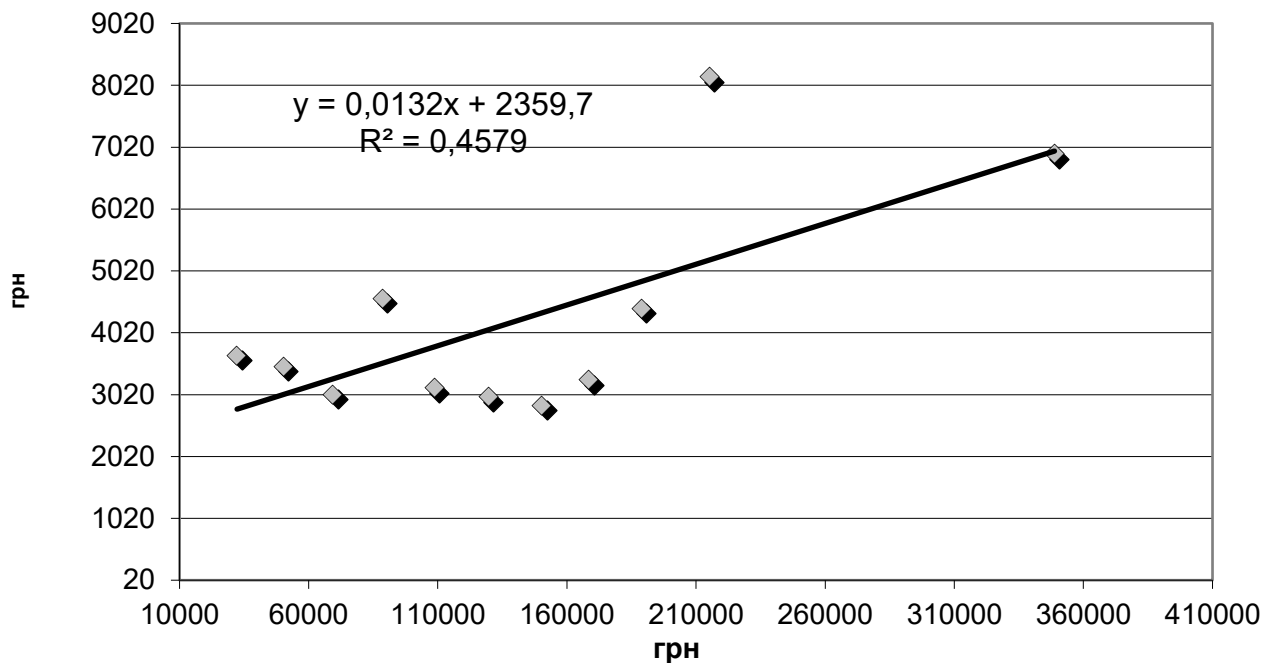


Рис. 3.37. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств на сільських територіях Львівській області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Таким чином, у Львівській області не було чітких залежностей з точки зору витрачання домогосподарствами власних коштів на медичні послуги в залежності від рівня отримуваних доходів. В даному випадку мова йде скоріше про освіченість населення та його бажання витратити додаткові кошти по даній статті витрат.

Що стосується Чернівецької області то в даному випадку у групі домогосподарств з доходами до 40000 гривень величина витрат на медичні послуги дорівнювала 1610 гривень, в групі 120001-140000 гривень - 5445 гривень, а в останній групі з рівнем доходу більше 240000 гривень -10930 гривень. Дана залежність з точки зору регресії характеризується наступним чином: при зростанні рівня доходу на 1000 гривень величина витрат на медичні послуги збільшилася на 27,3 гривні. Середній був коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,554$ (рис.3.38).

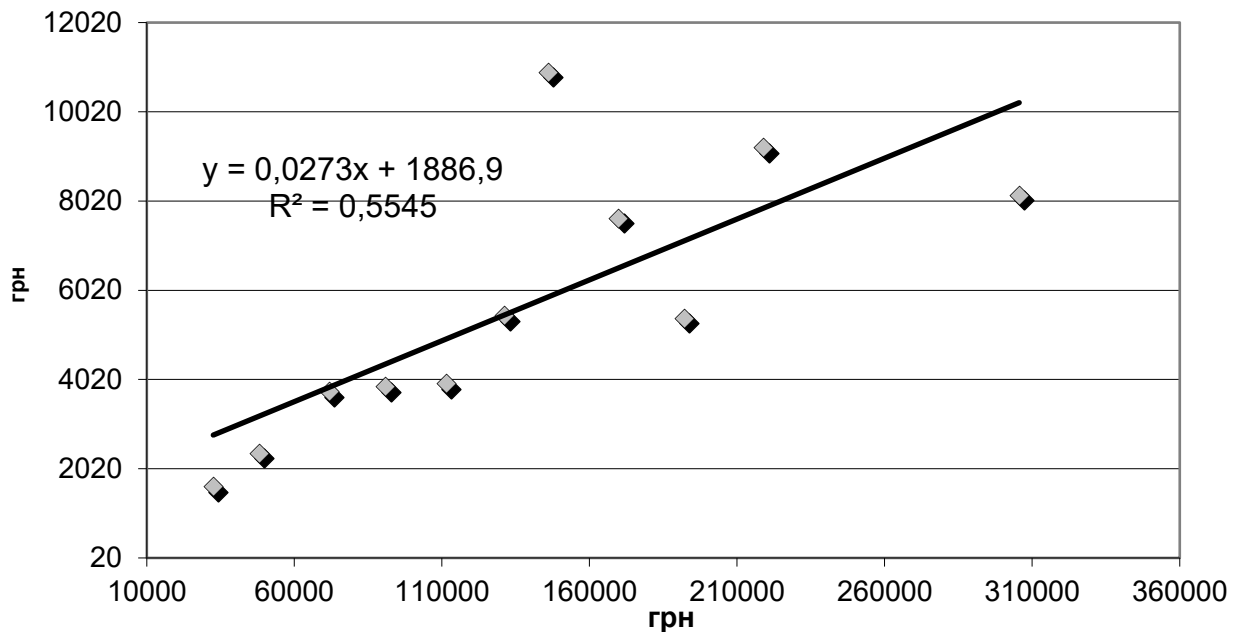


Рис. 3.38. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств в Чернівецькій області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Дана ситуація не повинна бути за нормальних умов. Вона крім усього іншого може бути обумовлена причинами пов'язана із недовірою населення до якості медичних послуг або зневірою необхідності проведення профілактичних заходів з метою підтримання відповідного рівня якості життя населення. В даному випадку ми лише констатуємо проблему, її більш ретельний розгляд потребує окремого наукового дослідження.

Що стосується різних типів населених пунктів то у великих містах даного регіону у домогосподарствах з рівнем доходу до 4000 гривень витрати на медичні послуги становили 763 гривень, з рівнем доходу 120000 -140000 гривень – 3372 гривні, а в останній групі з найбільшим рівнем доходу – 4059 гривні. Рівняння

регресії, яке було нами побудовано по згрупованим даним дало можливість встановити, що зростання доходів на 1000 гривень в середньому призводило до збільшення витрат на медичні послуги на 34,6 гривні. При цьому величина коефіцієнта детермінації R^2 була відносно низькою 0,552. (рис.3.39).

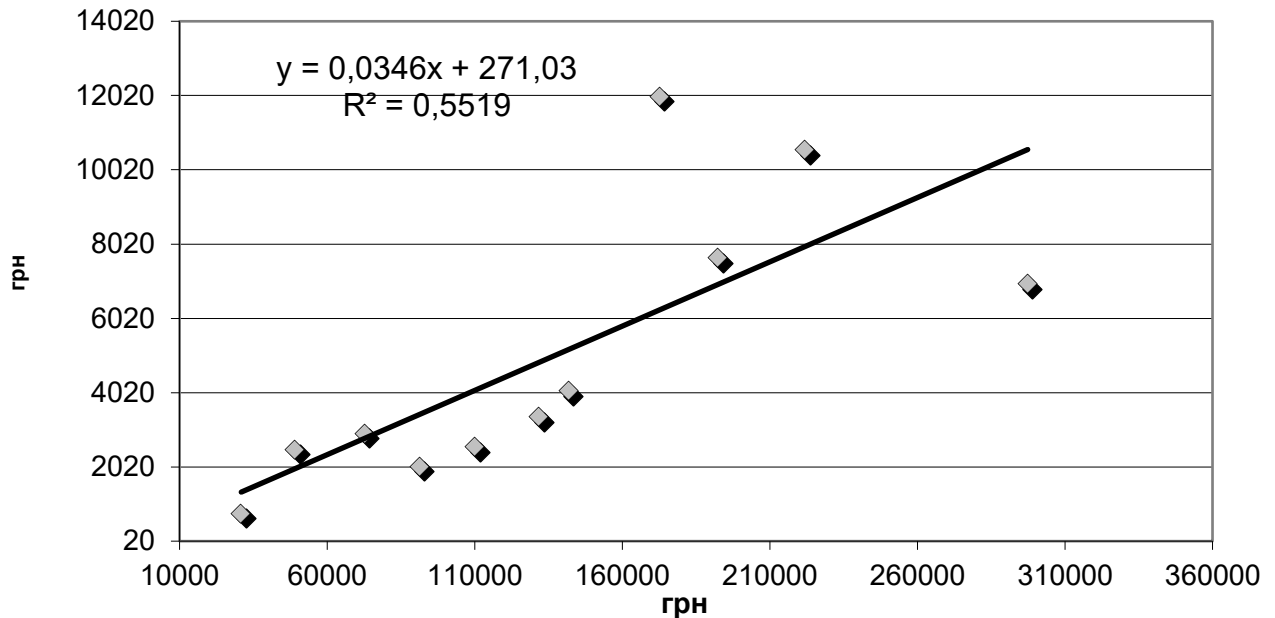


Рис. 3.39. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств у великих містах Чернівецької області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

У малих містах даного регіону ми мали наступний характер залежності між доходами та витратами на медичні послуги. У домогосподарствах з рівнем доходу до 40000 гривень величина витрат дорівнювала 1341 гривень, у домогосподарствах з доходами 120001-140000 гривень – 8368 гривень, а в останній групі з рівнем доходів понад 240000 гривень – 5382 гривень.

Опрацювання даної залежності з допомогою регресійного аналізу дозволило встановити, що збільшення доходів на 1000 гривень призводило в середньому до зростання витрат на медичні послуги на 25 гривень. Рівень звязку при цьому між досліджуваними показниками був середній $R^2 = 0,619$ (рис.3.40).

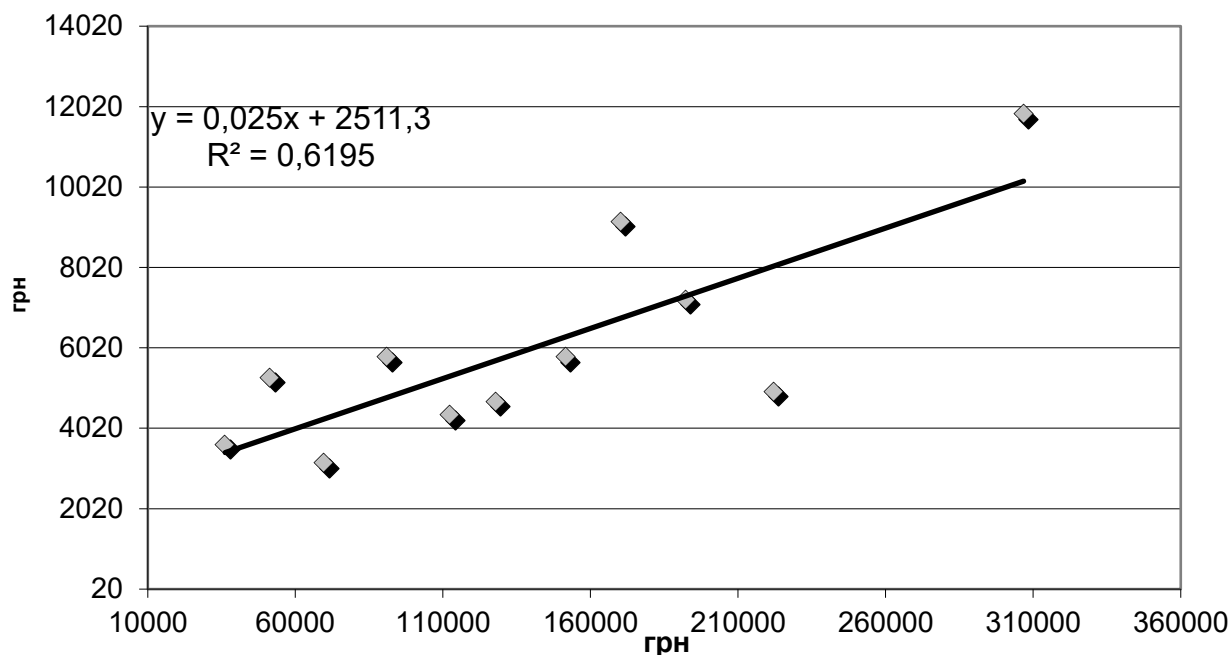


Рис. 3.40. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств у малих містах Чернівецької області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

На сільських територіях характер залежності по даних показниках був наступний: у домогосподарствах з рівнем доходів до 40000 гривень величина витрат на медичні послуги дорівнювала 2123 гривень, в групі домогосподарств з доходами 120000 – 140000 гривень – 4638 гривень. В останній групі з рівнем доходу понад 240000 гривень -13250 гривень.

Побудована регресійна модель показала, що зростання доходів на 1000 гривень в середньому призводила до збільшення витрат на медичні послуги на 32,7 гривні, що було найменшим абсолютним показником серед усіх досліджуваних нами груп. При цьому значення коефіцієнта детермінації було також незначним $R^2 = 0,453$, що також важливо (рис.3.41).

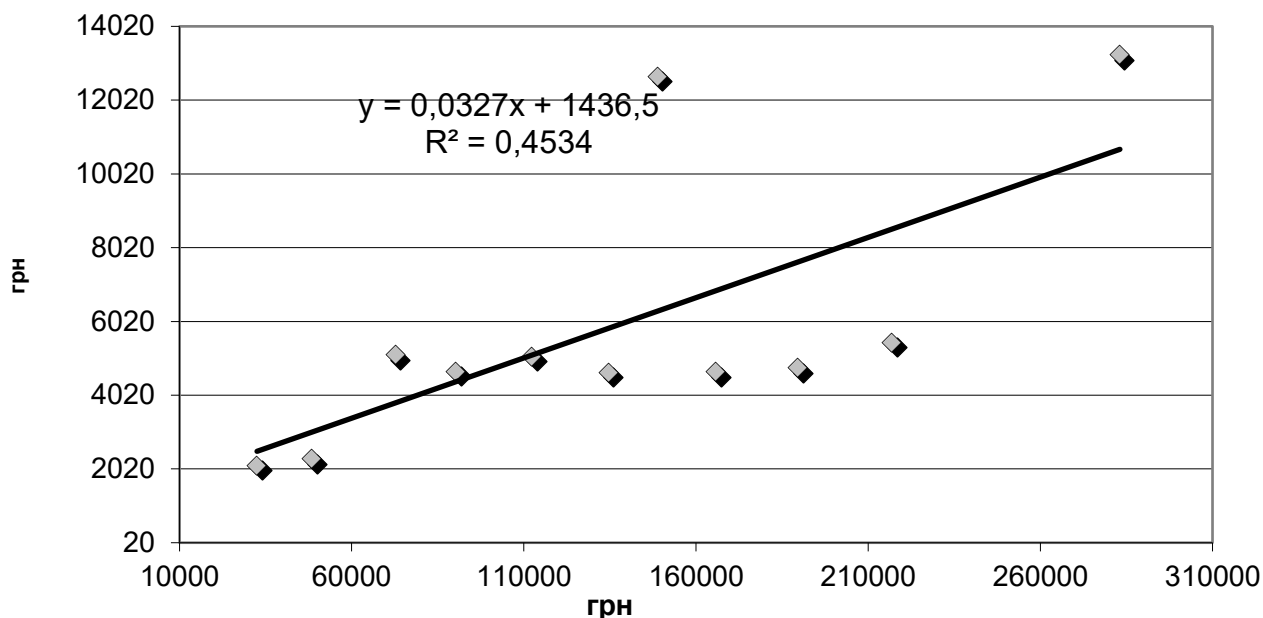


Рис. 3.41. Залежність рівня витрат на охорону здоров'я від величини грошового доходу домогосподарств на сільських територіях Чернівецької області у 2021 році

Джерело: власні розрахунки автора

Саме дана територія мала суттєві винятки даних в даній групі домогосподарств. Так, зокрема в домогосподарствах з рівнем доходу 140000 – 160000 гривень величина витрат на медичні послуги дорівнювала 12660 гривні. В даному випадку це безумовно можливо особливості конкретних домогосподарств, які витрачали значні кошти на медичні кошти або статистична помилка. Разом з тим, ми виходимо з того, що всі дані є достовірні і об'єктивно відображають реальний стан справ. Виходячи з цього, слабка залежність між витратами і доходами в цілому по Чернівецькій області у першу чергу зумовлена відсутністю даного зв'язку саме на сільських територіях. Таким чином, дана територіальна одиниця потребує особливої уваги в більш детальному аналізі проблеми витрат домогосподарств на медичні послуги.

Проведене нами дослідження по Україні, Карпатському регіоні та окремих областях Карпатського регіону, дало можливість встановити, що в цілому в домогосподарствах має місце залежність між рівнем доходу та витрат на медичні послуги.

Ця залежність в першу чергу проявляється у великих містах, в меншій мірі у малих містах, та ще в меншій мірі на сільських територіях, що також важливо

в даній стохастичній залежності, і в значній мірі відображають реальний стан справ з можливістю домогосподарств інвестувати у власне здоров'я на різних територіальних одиницях.

Фактично, ми маємо ситуацію коли особисті проблеми конкретних домогосподарств переходять на загальнодержавний рівень та характеризують якість життя та в кінцевому випадку є однією з головних характеристик людського капіталу даної нації. В свою чергу це визначає в значній мірі конкурентоспроможність даної країни, її здатність протистояти внутрішнім та зовнішнім загрозам.

Висновки до третього розділу

1. Прогнозування є одним з методичних засобів, який дозволяє передбачити економічні події та відповідним чином підготуватися до їх змін. Виходячи з цього нами було побудовано прогностичні моделі можливого розвитку подій на ринку медичних послуг. Прогнозування здійснювалося з використанням програмного продукту Statistika 12.0 та методу прогнозування часових рядів за допомогою авторегресійної ковзної середньої (ARIMA). Дане прогнозування дозволяє врахувати різні складові динамічного ряду та зробити нелінійний прогноз за різними сценаріями можливого розвитку подій, з перевіркою отриманих результатів на рівень надійності при заданій вірогідності.

2. Нами здійснювалося прогнозування медичних послуг відносно рівня доступності послуг охорони здоров'я за даними 2009-2021 років на період 2022-2025 роки виходячи з рівня потреби або неможливості отримати дані послуги. При цьому отримані дані мали доволі високий рівень надійності за різних сценаріїв розвитку подій. Прогнозування здійснювалося в розрізі територій, а саме: великі міста, малі міста та сільські території. Отримані дані мали в тому числі умовно негативний сценарій розвитку подій, який в умовах військової агресії Російської Федерації фактично і виявився найбільш реалістичним.

3. Здійснено прогнозування медичних послуг, виходячи з рівня доходів домогосподарств з поділом досліджуваної сукупності на 11 груп з рівнем доходу

від 3000 до 12000 гривень на одну особу. Отримані прогнознi значення мали вислук достовiрнiсть i дозволяли прогнозувати стандартний, оптимiстичний або песимiстичний розвиток подiй. Було встановлено, що вiдсоток тих, хто не мав можливостi отримувати медичну допомогу, знаходиться в тiснiй залежностi з рiвнем доходiв домогосподарств. Крiм того встановлено, що домогосподарства, якi мали 6000 гривень доходу на одного мешканця мали тенденцiю до поступового зменшення ймовiрностi неотримання медичних послуг.

4. Моделювання рiвня залежностi грошових доходiв домогосподарств та витрат на медичнi послуги було проведено в розрiзi рeгiонiв України та типiв територiй. Було встановлено, що в рeгiонах має мiсце вiдносна диференцiацiя як рiвня доходiв, так i рiвня витрат. Найбiльша висока величина доходiв мала мiсце у Києвi у 2021 році – 208745 гривень, а найменша – в Житомирськiй областi (110016 гривень), в Херсонськiй областi – 102123 гривень, в Миколаївськiй областi -102057 гривень. В той же самий час витрати на медичнi послуги були найбiльшi в м. Києвi – 6886 гривень, в Луганськiй областi – 5067 гривень, в Івано-Франківськiй областi – 5985 гривень. Слiд вiдмiтити, що проведений кореляцiйний за даними рeгiонiв не виявив суттєвого зв'язку мiж величиною доходiв та рiвнем витрат на медичнi послуги.

5. Здiйснено групування домогосподарств за рiвнем доходiв з подiлом всiєї сукупностi на 11 груп: з рiвнем доходiв вiд 40000 до 240000 гривень на одного мешканця домогосподарства. Встановлено, що за даним групування має мiсце суттєвий зв'язок рiвня витрат на охорону здоров'я та рiвнем доходу. Даний зв'язок простежується як в цiлому по всiх домогосподарствах в Україні, так i за типами територiй. Найбiльш тiсним вiн виявився в домогосподарствах, якi мешкали в малих мiстах, а найменш тiсним у мешканцiв великих мiст.

6. Було здiйснено групування та оцiнка рiвня взаємозалежностi мiж рiвнем грошових доходiв та витрат на медичнi послуги у мешканцiв Карпатського рeгiону за даними 2021 року з оцiнкою даної ситуацiї в Закарпатськiй, Івано-Франківськiй, Львівськiй та Чернiгiвськiй областях. Встановлено, що на рiвнi рeгiонiв тiснота зв'язку мiж рiвнем грошових доходiв та рiвнем витрат на охорону здоров'я також зберiгається, хоча її тiснота зв'язку суттєво

зменшується. Найменшою вона була у великих містах і в сільських територіях Закарпатської області, у великих містах Івано-Франківської області великих містах Львівської області. Це ставить питання про те, що населення маючи відповідний рівень доходу в даних регіонах і за даними типами територій проводить «політику економії» на медичних послугах. Це в кінцевому підсумку може негативно позначитися на стані здоров'я населення.

Результати досліджень даного розділу опубліковано в роботах [62, 63, 212, 213], вказаних в загальному списку використаних джерел.

ВИСНОВКИ

У дисертації сформовано теоретичні основи, визначено науково-методичні підходи, розроблено практичні рекомендації щодо маркетингового забезпечення доступності медичних послуг в системі охорони здоров'я. За результатами дослідження сформульовано такі висновки:

1. На сучасному етапі розвитку ринку медичних послуг в системі охорони здоров'я особливої уваги заслуговує маркетинговий підхід до визначення їх сутності, що забезпечує обґрунтованість дій менеджменту медичних закладів для формування стратегії їх розвитку, позиціювання на ринку і завоювання довіри цільових аудиторій. Поєднання маркетингового і системного підходів стало теоретичною основою для виділення головних ознак, які характеризують медичні послуги як об'єкт маркетингового впливу та акцентувати на значущості маркетингового сприйняття критеріїв, що дають змогу оцінити їх якість. З урахуванням цього досліджено і систематизовано маркетингові чинники взаємодії «лікар-пацієнт» та доведено необхідність їх врахування для оцінювання якості надання медичних послуг. Це забезпечить кращу обґрунтованість управлінських рішень щодо стратегічного розвитку, позиціювання медичних закладів на ринку та вибору інструментів взаємодії з цільовими аудиторіями.

2. З метою забезпечення відповідності цілей реформування системи охорони здоров'я в Україні цілям сталого розвитку уточнено цільові установки реформування системи охорони здоров'я. Підкреслено, що вони мають не лише акцентувати увагу на економічних чинниках, а й на доступності послуг для цільових аудиторій, відповідаючи засадам соціально орієнтованого маркетингу.

3. Зважаючи на те, що основною метою функціонування системи охорони здоров'я в країні є забезпечення доступності медичних послуг, в роботі удосконалено підхід до формування критеріальної бази оцінювання доступності медичних послуг в умовах реформування системи охорони здоров'я. Рекомендовано враховувати пріоритетність показників доходів домогосподарств та їх глибше диференціювання у статистичному аналізі. Це дозволяє органам державного управління глибше розуміти залежність попиту на медичні послуги

від платоспроможності населення та вносити зміни у політику реімбурсації та державного ціноутворення.

4. В роботі удосконалено спосіб ідентифікації маркетингових аспектів доступності медичних послуг шляхом застосування інверсного методу формування структури інтегрального показника. На відміну від традиційних підходів, цей метод дозволяє виокремити чинники недоступності, що є значущими для споживачів, і формує основу для маркетингового позиціювання медичних послуг та визначення пріоритетів реформ.

5. Враховуючи виявлені в процесі маркетингового дослідження ринку медичних послуг відмінності в результативності реформування системи охорони здоров'я залежно від місця проживання респондентів, в роботі запропоновано і апробовано новий науково-методичний підхід до оцінки доступності медичних послуг в територіальному розрізі, який передбачає стандартизацію показників щодо середніх значень та урахування їх значущості в загальній оцінці. Такий підхід дозволяє коригувати напрями реформи охорони здоров'я з урахуванням потреб різних регіонів і соціальних груп.

6. Удосконалено інструментарій прогнозування розвитку ринку медичних послуг, який передбачає порівняльний аналіз актуалізації потреб у медичних послугах з рівнем їх доступності. Це дозволяє виявляти структурні недоліки системи охорони здоров'я, що апробовано на прикладі домогосподарств Карпатського регіону.

7. В роботі також одержали подальшого розвитку маркетингові підходи до моделювання попиту на медичні послуги домогосподарств, які здійснюються з урахуванням територіальних і доходних характеристик. Це створює підґрунтя для цілеспрямованого регіонального управління розвитком системи охорони здоров'я з урахуванням типології домогосподарств.

8. Теоретичні напрацювання і науково-методичні рекомендації пройшли апробацію в діяльності закладів охорони здоров'я Львівської області, а також у навчальному процесі Хмельницького національного університету.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексєєв О.Г., Таранов В.В., Петрихін В.П. Організація оптимально доступної первинної медичної допомоги в селі Запорізької області // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2021. Т. 14, №3. С. 369–373. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/15705>
2. Бондарєва Л.В. Доступність медичної допомоги населенню: теоретичний аспект // Актуальні проблеми державного управління. 2011. №3. С. 11–14. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdyo_2011_3_5
3. Вергелес К. М., Горохова Л. В., Козловець М. А., Жарлінська Р. Г. Healthcare system reforming in Ukraine in the context of private healthcare system expansion // World of Medicine and Biology. – 2020. – № 2(72). – С. 16–21. DOI: <https://doi.org/10.26724/2079-8334-2020-2-72-16-22>
4. Верховна Рада України. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України № 2206-VIII від 14.11.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>
5. Вороненко Ю.В., Лисенко Г.І. Запровадження сімейної медицини як наукової спеціальності – необхідна умова розвитку сімейної медицини в Україні // Український медичний часопис. 2007. №6(62). С. 27–32. URL: www.umj.com.ua
6. Вітренко А. О. Гносеологічні засади дослідження сутності економічної категорії «послуга» // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство. – 2016. – Вип. 9. – С. 15–19. – URL: http://www.visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/9_2016ua/5.pdf
7. Вітренко А. О. Зародження вчення про послуги в межах теорії сервісної економіки // Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії. – 2016. – № 4(1). – С. 11–15. – URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/evzdia_2016_4\(1\)_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/evzdia_2016_4(1)_4)
8. Гаврилюк А. О., Жарлінська Р. Г., Міщук А. А., Березовський А. М. та ін. Improvement of the patient care process based on the principles of clinical audit

// World of Medicine and Biology. – 2020. – № 2(72). – С. 27–31. – DOI: <https://doi.org/10.26724/2079-8334-2020-2-72-27-31>

9. Гончаров С., Кушнір Н. Тлумачний словник економіста. – Київ : Центр учбової літератури, 2009. – URL: <https://irbis-nbuv.gov.ua/ulib/item/ukr0000013425>

10. Горішньоплавнівська міська рада. (н.д.). Особливості функціонування первинної та вторинної ланки медицини в умовах реформування галузі. URL <https://gormr.gov.ua/osoblyvosti-funktsionuvannya-pervynnoyi-ta-vtorynnoyi-lanky-medytsyny-v-umovah-reformuvannya-galuzi>

11. Данилюк Т. І. Сутність поняття «послуга»: теоретичні аспекти // Ефективна економіка. – 2014. – № 8. – URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3247>

12. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2010 році // . – 2009. – URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

13. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2011 році // . – 2010. – URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

14. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2012 році // . – 2011. – URL: <https://www.ukrstat.gov.ua>

15. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2013 році // . – 2012. . – URL: <https://www.ukrstat.gov.ua>

16. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2014 році // . – 2013. – URL: <https://www.ukrstat.gov.ua>

17. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році // . – 2014. – URL: <https://www.ukrstat.gov.ua>

18. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2016 році // . – 2015. – URL: <https://www.ukrstat.gov.ua>

19. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2017 році // . – 2016. – URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

20. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2018 році // . – 2017. – URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

21. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2019 році // . – 2018. – URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

22. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2020 році // . – 2019. – URL: https://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2019/zb/03/zb_snsz2018pdf.pdf

23. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2021 році // . – 2020. – URL: https://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/03/snsz_med_2019.pdf

24. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2020 році // . – 2021. – URL: https://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/03/zb_snsz_20.pdf

25. Державна служба статистики України Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2021 році // . – 2022. – URL: https://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/03/zb_snsz_21.pdf

26. Дишкантюк Ю.І. «Поняття й ознаки послуги як предмета господарсько-правового регулювання». *Юридичний вісник*, 2020, № 1 (67), с. 285–291

27. Жарлінська Р. Г., Гель А. П., Міщук А. А. Заклади охорони здоров'я як складники єдиного медичного простору: класифікація, мережа, тенденції розвитку // Єдиний медичний простір України: правовий вимір: монографія. – Харків: Право, 2022. – С. 218–228.

28. Жарлінська Р. Г., Лепетан І. М. Глобальні моделі фінансування охорони здоров'я: порівняння та перспективи розвитку // Інвестиції: практика та досвід. – 2025. – № 3. – С. 107–114. – DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.3.107>

29. Жарлінська Р. Г., Лепетан І. М., Тринчук А. А. The Paradigm Shift in Healthcare Marketing at the Current Stage of Healthcare System Transformation // Актуальні питання економічних наук. – 2025. – № 7. – DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14750503>

30. Жарлінська Р. Г., Марчук І. А., Тринчук А. А. Маркетинг у телемедицині: методологічні аспекти дослідження доступності медичних послуг у сучасній системі охорони здоров'я // Економіка та суспільство. – 2024. – Вип. 70. – DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-70-89>

31. Жарлінська Р. Г., Романенко С. В., Лепетан І. М., Марчук І. А. Психологічна підтримка медичного персоналу: управлінські рішення для зменшення рівня емоційного вигорання // Інвестиції: практика та досвід. – 2025. – № 6. – С. 87–94. – DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.6.87>

32. Жарлінська Р. Г., Романенко С. В., Марчук І. А. Менеджмент персоналу в умовах воєнного стану: виклики та шляхи вирішення // Ефективна економіка. – 2025. – № 4. – DOI: <https://doi.org/10.32702/2307-2105.2025.3.36>

33. Жарлінська Р. Г., Романенко С. В., Марчук І. А. Роль соціального маркетингу в популяризації профілактичних програм охорони здоров'я // Ефективна економіка. – 2025. – № 3. – DOI: <https://doi.org/10.32702/2307-2105.2025.3.36>

34. Жарлінська Р. Г., Тринчук А. А., Пилипчук В. Л., Адамчук О. Ф. Методичні підходи до оцінки ефективності маркетингової конкурентної стратегії закладів охорони здоров'я України // Вісник Вінницького

національного медичного університету. – 2024. – Т. 28, № 1. – С. 90–96. – DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2024-28\(1\)-16](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2024-28(1)-16)

35. Жибер Т.В., Солопенко Т.В. Складові показника ефективності бюджетної програми... // Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування. 2020. №5. С. 88–97. URL: <https://ir.kneu.edu.ua/handle/2010/33419>

36. Жуковська А. Маркетинг медичних послуг в умовах цифровізації // Актуальні проблеми інноваційної економіки і права. – 2024. – № 6. – С. 41–45. – DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2023.04.321>

37. Жуковська А. Маркетинг телемедичних послуг: особливості здійснення та значення для системи охорони здоров'я // Економічний аналіз. – 2023. – Т. 33, № 4. – С. 321–333. – DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2023.04.321>

38. Індекс здоров'я. Україна–2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020. 102 с. URL: https://health-index.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf

39. Індекс здоров'я. Україна–2020: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2021. 130 с. URL: https://health-index.com.ua/HI_Report_UA_2020.pdf

40. Завадський Й. С., Осовська Т. В., Юшкевич О. О. Економічний словник. – 2006. – URL: <https://archive.org/details/eksl2006>
https://library.nlu.edu.ua/POLN_TEXT/KNIGI/KONDOR/EKONOMIC_SL_2006.pdf

41. Згурська О. М. Інструментально-методичний підхід до ефективного інтернет-просування продукції на ринку фармацевтики // Економіка. Менеджмент. Бізнес : зб. наук. пр. Держ. ун-ту телекомунікацій. – 2022. – № 1–2. – С. 27–35. – DOI: <https://doi.org/10.31673/2415-8089.2022.012735>

42. Згурська О. М., Дима О. О., Діченко А. Л. Цифрове маркетингове забезпечення на ринку медичних послуг // Проблеми сучасних трансформацій. Серія: Економіка та управління. – 2023. – Вип. 9. – DOI: <https://doi.org/10.54929/транс/2786-5738-2023-9-04-10>

43. Золотарьова В. І. Економічна сутність, класифікація та основні види продуктів сфери послуг // Економіка та держава. – 2019. – № 10. – С. 103–107. – DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6806.2019.10.103>

44. Кабінет Міністрів України. Деякі питання проведення пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області 2019. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/9165-pro_20181218_1.pdf

45. Касатонova А. Уточнення сутності послуги у ринковій економіці // Проблеми та перспективи розвитку підприємництва. – 2019. – № 22. – С. 60–67. – DOI: <https://doi.org/10.30977/PPB.2226-8820.2019.22.0.60>

46. Клименко, В. І. (2015) Методичні вказівки до практичного заняття з предмету «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я» для студентів 6 курсу спеціальностей «лікувальна справа, педіатрія». Запорізький державний медичний університет. URL http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/2839/1/KlimenkoVI15_Organ_npm-sdn.pdf

47. Князевич В.М. Первинна медико-санітарна допомога (сімейна медицина). Київ: МОЗ України, 2010

48. Коваленко, Ю. (2012). Теоретичні аспекти сутності послуги та її види. *Вісник КНТЕУ*, 2, 38–47. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vknteu_2012_2_5

49. Коваленко Ю. Фінансові послуги: сутність і класифікація // Світ фінансів. – 2012. – № 3. – С. 162–168. – URL: <https://dspace.wunu.edu.ua/.../Коваленко%20Ю.pdf>

50. Ковальчук С.В. Матвіїв В.В. Маркетингова оцінка проблем в системі надання медичних послуг в контексті реформування сфери охорони здоров'я в Україні // Економічний аналіз. – 2021. – Vol. 31, № 4. – Р. 112–124. – DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2021.04.112>

51. Корнійчук О.П. Стан первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні // Український медичний часопис. 2012. №2(88). С. 1–5 http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2012_2_33

52. Корнілова О.В. Правове регулювання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги // Науковий вісник МГУ. Серія: Юриспруденція. 2019. №38. С. 119–122. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_jur_2019_38_30
53. Коюда В. О. Сутність та змістовна характеристика послуги як бази управління // Економіка і суспільство. – 2017. – Вип. 9. – URL: https://economyandsociety.in.ua/journals/9_ukr/81.pdf
54. Кравченко В.В., Орлова Н.М. Шляхи підвищення задоволеності населення якістю амбулаторної медичної допомоги // Україна. Здоров'я нації. 2018. №2. С. 38–42.
55. Крячкова Л.В. Медико-соціальне обґрунтування системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Харків: ХНМУ, 2015
56. Лисенко Є.М. Аналіз доступності медичних послуг для бездомних осіб: бакалавр. роб. СумДУ, 2021
57. Мажак І. Соціальні нерівності у здоров'ї: головні підходи до вивчення // Соціологія: теорія, методи, маркетинг. 2022. №1. С. 106–123. DOI: <https://doi.org/10.15407/sociology2022.01.106>
58. Мажак І. Структурні чинники дієвості приватної сімейної медицини (кейс-стаді дослідження) // Український соціум. 2012. №4. С. 171–184.
59. Мажак І. Сімейна медицина на етапі становлення: порівняльний аналіз України та Польщі // Наукова електронна бібліотека періодичних видань НАН України, 2009
60. Мажак І. Інститут сімейної медицини в Україні: емпіричне дослідження структурних чинників дієвості // Соціологія: теорія, методи, маркетинг. 2012. №2. С. 134–150.
61. Мазепа Л.В. Доступність та якість медичних послуг: магістер. роб. ЧНУ ім. Петра Могили, 2021
62. Матвійів В. В. «Співфінансування» медичних послуг для населення в приватних закладах охорони здоров'я в Україні: маркетингові дослідження // Маркетинг та конкурентоспроможність соціально-економічних систем в умовах

сталого розвитку: зб. тез доп. міжнар. наук.-практ. конф. (Суми, 17–18 квітня 2024 р.). Суми: СНАУ. – 2024. – Р. 204–206.

63. Матвійів В. В. Актуальні проблеми оплати за медичні послуги в Україні: маркетинговий аспект // Економічний розвиток держави та регіонів в контексті сучасних інтеграційних процесів: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Ужгород, 19–20 травня 2023 року) / За заг. ред.: М. М. Палінчак, В. П. Приходько, В. В. Химинець та ін.. – 2023. – Р. 131–135. – DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-308-1-34>

64. Матвійів В. В. Маркетинговий аналіз витрат домогосподарств населення на медичні послуги в умовах формування доступності вітчизняної системи охорони здоров'я // Маркетинг майбутнього: виклики та реалії: Матеріали V Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Київ, 9 червня 2023 року). Київ: ДУТ. – 2023. – Р. 37–42. – URL: https://www.dut.edu.ua/uploads/1_2273_25663204.pdf

65. Матвійів В. В. Маркетингові аспекти впливу вікової категорії респондентів на частоту та рівень звертання за профілактичними обстеженнями: статистично-економічна оцінка // Управління персоналом у системі менеджменту організацій: тенденції та перспективи розвитку: зб. тез допов. II Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. (31 травня 2023 р., м. Львів). – 2023. – Р. 107–109. – URL: <https://lpnu.ua/sites/default/files/2023/pages/23984/maket230647.pdf>

66. Матвійів В. В. Необхідність додаткової подяки лікарям: пережитки пострадянського минулого чи засіб одержання якісних медичних послуг // International Scientific Conference Science in the Context of Modern Challenges: Problems and Development Priorities: Conference Proceedings, June 9–10, 2023. Riga, Latvia: “Baltija Publishing”. – 2023. – Р. 83–86. – DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-318-7-24>

67. Матвійів В. В. Регіональний вимір формування змін в системі охорони здоров'я України: маркетинговий аспект // Innovative technologies of marketing and management in conditions of transformational changes: theses of the report of the II International Scientific and Practical Conference (February 28–29, 2024,

Khmelnytskyi). – 2024. – P. 157–161. – DOI: <https://doi.org/10.30890/978-3-98924-013-1.2024>

68. Матвійів В. В. Рівні доступності послуг ланки первинної медичної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я: маркетинговий підхід // Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. – 2022. – Vol. 21(3(52)). – P. 403–434. – DOI: [https://doi.org/10.18524/2413-9998.2022.3\(52\).275822](https://doi.org/10.18524/2413-9998.2022.3(52).275822)

69. Мельниченко О.А., Огнєв В.А. Доступність якісних медичних послуг... // Матеріали наук.-практ. конф. Харків: ХНМУ, 2017. С. 85–87.

70. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: колективна монографія / [М. М. Шкільняк, Т. Л. Желюк (ред.)]. – Тернопіль: Крок, 2020. – 412 с.

71. Міністерство охорони здоров'я України. (2011). Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу: Наказ № 646 від 05 жовтня 2011 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1416-11#Text>

72. Моргулець О. Б. Динаміка розвитку сфери послуг України // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент. – 2015. – Вип. 11. – С. 194–197.

73. Міщук А. А., Адамчук О. Ф., Жарлінська Р. Г. Конкуренція на ринку медичних послуг: тенденції, ускладнюючі фактори та підходи // National Health as Determinant of Sustainable Development of Society / за ред. N. Dubrovina, S. Filip. – Bratislava: School of Economics and Management in Public Administration, 2021. – С. 757–776/

74. Назарук О.Ю. Роль держорганів і місцевого самоврядування у реформуванні ПМСД: автореф. магістер. роботи. ЧНУ ім. Петра Могили, 2020. URL: https://krs.chmnu.edu.ua/.../Автореферат_Назарук.pdf

75. Національна служба здоров'я України Звіт Національної служби здоров'я України за 2018 рік //. – 2019. – URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/zvit-2018.pdf?1748938063>

76. Національна служба здоров'я України Звіт Національної служби здоров'я України за 2019 рік // – 2020. – URL: https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/zvit-2019_1586443884.pdf?1748938063

77. Національна служба здоров'я України Звіт Національної служби здоров'я України за 2020 рік //. – 2021. – URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/nhsu-annual-report-2020-ua-web.pdf?1748787583>

78. Національна служба здоров'я України Звіт Національної служби здоров'я України за 2021 рік //. – 2022. – URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/book-ua.pdf?1748787583>

79. Національна служба здоров'я України Звіт Національної служби здоров'я України за 2022 рік //. – 2023. – URL: https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/2002-web-new-compressed_1690204056.pdf?1748787583

80. Національна служба здоров'я України Звіт Національної служби здоров'я України за 2023 рік //. – 2024. – URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/report-2023-ua-web-1-1.pdf>

81. Пасько М.І. Особливості надання медичної допомоги... // Глобальні та національні проблеми економіки. 2017. №15. С. 117–121.

82. Плакида С. І. Сутність поняття «послуга»: теоретичні аспекти // Інноваційна економіка. – 2013. – № 6. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/inek_2013_6_58

83. Пономаренко В.М. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної практики (сімейної медицини): інструктивно-методичні матеріали для сімейного лікаря. Київ, 2001.

84. Про-Консалтинг Аналіз ринку медичних послуг в Україні //. – 2021. – URL: <https://pro-consulting.ua/ua/issledovanie-rynka/analiz-rynka-medicinskih-uslug-v-ukraine-2020-god>

85. Рекова Ж. О. Послуга в економічному та правовому значенні // Право і суспільство. – 2018. – № 8. – С. 81–89.

Романенко С. В., Жарлінська Р. Г., Марчук І. А. Стратегії покращення мотивації медичного персоналу в державних медичних установах // Інвестиції:

практика та досвід. – 2025. – № 5. – С. 125–132. – DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.5.125>

Сабецька Т. І., Стефанишин Л. С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони // Бізнес-навігатор. – 2020. – № 57. – С. 56–62. – DOI: <https://doi.org/10.32847/business-navigator.57-9>

86. Соловійова О.М. Доступність медичної допомоги // Юридичний науковий журнал. 2017. №4. С. 109–112.

87. Стадник В. В. Оцінка витрат на лабораторно-діагностичні медичні послуги в системі охорони здоров'я: маркетинговий підхід // Економічний аналіз. – 2022. – Т. 32, № 4. – С. 305–313. – DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2022.04.305>

88. Стадник В., Йохна В., Любка В., Яремішин Я. Науково-методичні підходи теорії цінності для маркетингового позиціювання медичних послуг // Herald of Khmelnytskyi National University. Economic Sciences. – 2023. – № 320(4). – С. 489–494. – <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2023-320-4-73>

89. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи стратегічного управління закладом охорони здоров'я // Інфраструктура ринку. – 2019. – Вип. 30

90. Стефанишин Л. С. Теоретико–методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я // Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво. – 2019. – № 3 (108)

91. Стефанишин Л. С., Матвіїв В. В. Суть і особливості маркетингу медичних послуг // Сучасні тренди глобальної та національної економіки : зб. тез доп. наук.-практ. конф. (м. Івано-Франківськ, 23 трав. 2019 р.). – Івано-Франківськ, 2019. – Вип. 200. – С. 291–293.

92. Тельнов А. С. Маркетинговий аналіз отримання профілактичних медичних послуг на засадах міжнародних стандартів якості // Економічний аналіз. – 2024. – Т. 34, № 3. – С. 100–111. – DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2024.03.100>

93. Тельнов А. С., Решміділова С. Л. Маркетингові аспекти медичних послуг з вакцинації в умовах інформаційно-комунікаційної підтримки держави

// Вісник Маріупольського державного університету. Серія: Економіка. – 2023. – № 25. – С. 147–156. – DOI: <https://doi.org/10.34079/2226-2822-2023-13-25-147-156>

94. Тельнов А., Решміділова С., Чекаловська Г. Marketing research medical service delivery in rural areas aligned to international quality standards: financial aspect // Financial and Credit Activity: Problems of Theory and Practice. – 2025. – Vol. 2(61). – P. 566–584. – DOI: <https://doi.org/10.55643/fcaptp.2.61.2025.4733>

95. Тищенко Ю. Поняття «послуга»: в міжнародному та вітчизняному праві // Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право. – 2018. – № 4. – С. 89–98.

96. Центр громадського здоров'я МОЗ України Мережа і медичні кадри // . – 2023. – URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXXIII.html>

97. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я. – Тернопіль: Крок, 2021. – 438 с.

98. Штик Ю., Бейгул А., Шевченко Л. Сутність облікової категорії «послуги» // Логос. Мистецтво наукової думки. – 2019. – № 8. – С. 35–39. – DOI: <https://doi.org/10.36074/2617-7064.08.007>

99. Яремчук О.В. Удосконалення державного управління ПМСД в Україні: дис. ... канд. наук з держ. управління. Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2020.

100. Agarwal A. та ін. A Quantitative Framework for Measuring Personalized Medicine... // Journal of Personalized Medicine. 2021. Vol. 11, №3. P. 196. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm11030196>

101. Ahmad A.E.M.K. та ін. Marketing mix strategy and hospital performance... // Int. J. of Marketing Studies. 2013. Vol. 5, №6. P. 210. DOI: <https://doi.org/10.5539/ijms.v5n6p210>

102. Alexopoulos K. та ін. A quantitative approach to resilience in manufacturing systems // International Journal of Production Research. 2022. Vol. 60, №24. P. 7178–7193. DOI: <https://doi.org/10.1080/00207543.2021.2018519>

103. Alqossayir F.M. та ін. Factors associated with patients bypassing primary healthcare centres... // Journal of Taibah University Medical Sciences. 2021. Vol. 16, №6. P. 900–905. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2021.07.012>

104. Allen, P., Pilar, M., Walsh-Bailey, C. *et al.* Quantitative measures of health policy implementation determinants and outcomes: a systematic review. *Implementation Sci* 15, 47 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01007-w>
105. Anderson S., Rayburn S.W., Sierra J.J. Future thinking: the role of marketing in healthcare // *European Journal of Marketing*. 2019. Vol. 53, №8. P. 1521–1545. DOI: <https://doi.org/10.1108/EJM-10-2017-0779>
106. Augurzky B., Kopetsch T., Schmitz H. What accounts for the regional differences in the utilisation of hospitals in Germany? // *The European Journal of Health Economics*. 2013. Vol. 14. P. 615–627. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10198-012-0407-6>
107. Bauman A.E., King L., Nutbeam D. Rethinking the evaluation... // *Health Promotion International*. 2014. Vol. 29, Suppl. 1. P. i143–i151. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01007-w>
108. Beaulieu M., Lehoux P. Emerging health technology firms' strategies... // *Journal of Innovation and Entrepreneurship*. 2018. Vol. 7, №1. P. 11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13731-018-0092-5>
109. Begun J.W., Kahn L.M., Cunningham B.A., Malcolm J.K., Potthoff S. A Measure of the Potential Impact of Hospital Community Health Activities... // *Journal of Public Health Management and Practice*. 2018. Vol. 24, №5. P. 417–423. DOI: <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000617>
110. Berkowitz E. *Essentials of health care marketing*. 4th ed. Burlington: Jones and Bartlett, 2017.
111. Bormann J.E. та ін. Frequent mantram repetition and well-being... // *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2006. Vol. 37, №5. P. 218–224. DOI: <https://doi.org/10.3928/00220124-20060901-02>
112. Bose I., Chen X. Quantitative models for direct marketing... // *European Journal of Operational Research*. 2009. Vol. 195, №1. P. 1–16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejor.2008.04.006>

113. Bowman C.C. та ін. Measuring persistence of implementation // Implementation Science. 2008. Vol. 3. P. 1–13. DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-21>
114. Brailsford S., Vissers J. OR in healthcare: A European perspective // European Journal of Operational Research. 2011. Vol. 212, №2. P. 223–234. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2010.10.026>
115. Budrevičiūtė A. та ін. The perspectives of patients with type 2 diabetes... // Primary Health Care Research & Development. 2021. Vol. 22. P. e1. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1463423620000699>
116. Calder B.J. Focus groups and the nature of qualitative marketing research // Journal of Marketing Research. 1977. Vol. 14, №3. P. 353–364. DOI: <https://doi.org/10.2307/3150774>
117. Caronna C.A. Why use qualitative methods... // In: The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research. 2010. P. 71–87. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781446268247.n5>
118. Carvalho A. та ін. Equity, accessibility, and price with satisfaction // Western Journal of Nursing Research. 2014. Vol. 36, №2. P. 191–208. DOI: <https://doi.org/10.1177/0193945913497830>
119. Carvalho A.C.B. та ін. Regulation of herbal medicines in Brazil // Journal of Ethnopharmacology. 2014. Vol. 158. P. 503–506. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jep.2014.08.019>
120. Catterall M., Maclaran P. Focus group data and qualitative analysis programs... // Sociological Research Online. 1997. Vol. 2, №1. P. 41–49. DOI: <https://doi.org/10.5153/sro.67>
121. Cavusgil S.T. Qualitative insights into company experiences... // Journal of Business & Industrial Marketing. 1987. Vol. 2, №3. P. 41–54. DOI: <https://doi.org/10.1108/eb006035>
122. Chaiban L. та ін. Access to primary and secondary health care services... // BMC Health Services Research. 2022. Vol. 22. P. 593. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07921-7>

123. Chen Y.C., Lin S. Modeling internal marketing and employee loyalty... // Asian Social Science. 2013. Vol. 9, №5. P. 99. DOI: <http://dx.doi.org/10.5539/ass.v9n5p99>
124. Chintalapati S., Pandey S.K. Artificial intelligence in marketing... // International Journal of Market Research. 2022. Vol. 64, №1. P. 38–68. DOI: <https://doi.org/10.1177/14707853211018428>
125. Coast J. The appropriate uses of qualitative methods in health economics // Health Economics. 1999. Vol. 8, №4. P. 345–353. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1050\(199906\)8:4%3C345::aid-hec432%3E3.0.co;2-q](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1050(199906)8:4%3C345::aid-hec432%3E3.0.co;2-q)
126. Coloma P., Trifirò G., Patadia V., Sturkenboom M. Postmarketing safety surveillance... // Drug Safety. 2013. Vol. 36, №3. P. 183–197. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077558710385468>
127. Cooper P., Hisrich R.D. Marketing research for health services... // Marketing Health Services. 1987. Vol. 7, №1. P. 54–60.
128. Cunningham P.J. та ін. Qualitative methods: A crucial tool... // Medical Care Research and Review. 2011. Vol. 68, №1. P. 34–40.
129. Curry L. A. Krumholz H. M. O'Cathain A. Plano Clark V. L. Cherlin E. Bradley E. H. Mixed methods in biomedical and health services research // Circulation. Cardiovascular quality and outcomes. – 2013. – Vol. 6, № 1. – P. 119–123. – DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.112.967885>
130. Curry L. Nunez-Smith M. Mixed methods in health sciences research: A practical primer // Sage Publications. – 2014. – Vol. 1. – URL: <https://methods.sagepub.com/book/mono/preview/mixed-methods-in-health-sciences-research-a-practical-pimer.pdf>
131. Decosas J. Planning for primary health care: the case of the Sierra Leone National Action Plan // International Journal of Health Services. 1990. Vol. 20, №1. P. 167–177. DOI: <https://doi.org/10.2190/Y5PR-A1BQ-LMRQ-PLGK>
132. Delamater P.L. та ін. Measuring geographic access to health care... // International Journal of Health Geographics. 2012. Vol. 11, №1. P. 15. DOI: <https://doi.org/10.1186/1476-072x-11-15>

133. Desai P. Methods beyond interviewing in qualitative market. London: SAGE Publications, 2002. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781849209465>
134. Deshpande R. “Paradigms lost”: On theory and method in research in marketing // Journal of Marketing. 1983. Vol. 47, №4. P. 101–110. DOI: <https://doi.org/10.2307/1251403>
135. Devers K.J. Qualitative methods in health services and management research... // Medical Care Research and Review. 2011. Vol. 68, №1. P. 41–48. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077558710384269>
136. Dluhopolskyi O., Zhukovska A., Dluhopolska T., Farion A., Karp I., Kryvokulska N. The implementation of the eHealth system as an economic benefit... // ACIT’2019 Conference Proceedings. – Ceske Budeiovice, 2019. – C. 346–349. – DOI: <https://doi.org/10.1109/ACITT.2019.8779933>
137. Doyle L. Brady A. M. Byrne G. An overview of mixed methods research // Journal of Research in Nursing. – 2009. – Vol. 14, № 2. – P. 175–185. – DOI: <http://doi.org/10.1177/1744987108093962>
138. Doyle L. Brady A. M. Byrne G. An overview of mixed methods research– revisited // Journal of Research in Nursing. – 2016. – Vol. 21, № 8. – P. 623–635. – DOI: <http://doi.org/10.1177/1744987116674257>
139. Drew P., Jones B., Norton D. Team effectiveness in primary care networks in Alberta // Healthcare Quarterly (Toronto). 2010. Vol. 13, №3. P. 33–38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1744987108093962>
140. Du R.Y., Kamakura W.A. Quantitative trendspotting // Journal of Marketing Research. 2012. Vol. 49, №4. P. 514–536.
141. Elrod J. K., Fortenberry J. L. Am I seeing things through the eyes of patients? An exercise in bolstering patient attentiveness and empathy // BMC Health Services Research. – 2018. – Vol. 18, No. 3. – P. 929. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3681-x>
142. Elrod J. K., Fortenberry J. L. Direct marketing in health and medicine: using direct mail, email marketing, and related communicative methods to engage patients // BMC Health Services Research. – 2020. – Vol. 20, No. 1. – P. 822. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05603-w>

143. Elrod J. K., Fortenberry J. L. Marketing communications in health and medicine: perspectives from Willis-Knighton Health System // BMC Health Services Research. – 2020. – Vol. 20, No. 1. – P. 817. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05598-4>

144. Elrod J. K., Fortenberry J. L., Jr. Advertising in health and medicine: using mass media to communicate with patients // BMC Health Services Research. – 2020. – Vol. 20, Suppl 1. – P. 818. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05599-3>

145. Elrod J. K., Fortenberry J. L., Jr. Catalyzing marketing innovation and competitive advantage in the healthcare industry: the value of thinking like an outsider // BMC Health Services Research. – 2018. – Vol. 18, Suppl 3. – P. 922. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3682-9>

146. Elrod J. K., Fortenberry J. L., Jr. Formulating productive marketing communications strategy: a major health system's experience // BMC Health Services Research. – 2018. – Vol. 18, Suppl 3. – P. 926. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3676-7>

147. Elrod J. K., Fortenberry J. L., Jr. Reflecting on "Marketing communications in health and medicine: perspectives from Willis-Knighton Health System": understanding the big picture // BMC Health Services Research. – 2020. – Vol. 20, No. 1. – P. 826. – DOI: . <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05607-6>

148. Elrod J. K., Fortenberry J. L., Jr. Target marketing in the health services industry: the value of journeying off the beaten path // BMC Health Services Research. – 2018. – Vol. 18, Suppl 3. – P. 923. – DOI: . <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3678-5>

149. Elrod J.K., Fortenberry J.L. Adaptive reuse in the healthcare industry... // BMC Health Services Research. 2017. Vol. 17, Suppl. 1. P. 451. DOI: . <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2339-4>

150. Elrod J.K., Fortenberry J.L. Advancing indigent healthcare services through adaptive reuse... // BMC Health Services Research. 2017. Vol. 17, Suppl. 4. P. 805. DOI: . <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2752-8>

151. Elrod J.K., Fortenberry J.L. Billboard advertising: an avenue for communicating healthcare information... // BMC Health Services Research. 2017. Vol. 17, Suppl. 4. P. 787. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2754-6>
152. Elrod J.K., Fortenberry J.L. Centers of excellence in healthcare institutions... // BMC Health Services Research. 2017. Vol. 17, Suppl. 1. P. 425. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2340-y>
153. Elrod J.K., Fortenberry J.L. Foundational elements of communication in health and medicine: avenues for strengthening the marketing communications mix // BMC Health Services Research. 2020. Vol. 20, №1. P. 823. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05604-9>
154. Elrod J.K., Fortenberry J.L. Healthcare establishments as owner-operators of digital billboards... // BMC Health Services Research. 2018. Vol. 18, №3. P. 928. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3680-y>
155. Elrod J.K., Fortenberry J.L. Integrated marketing communications... // BMC Health Services Research. 2020. Vol. 20, Suppl. 1. P. 825. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05606-7>
156. Elrod J.K., Fortenberry J.L. Personal selling in health and medicine: using sales agents to engage audiences // BMC Health Services Research. 2020. Vol. 20, №1. P. 819.
157. Elrod J.K., Fortenberry J.L. Public relations in health and medicine... // BMC Health Services Research. 2020. Vol. 20, Suppl. 1. P. 821. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05602-x>
158. Elrod J.K., Fortenberry J.L. Response hierarchy models and their application in health and medicine... // BMC Health Services Research. 2020. Vol. 20, Suppl. 1. P. 824. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05605-8>
159. Elrod J.K., Fortenberry J.L. The hub-and-spoke organization design revisited... // BMC Health Services Research. 2017. Vol. 17, Suppl. 4. P. 795. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2755>
160. Ereaut G. Analysis and interpretation in qualitative market research. Vol. 4. London: Sage, 2002.

161. Esteban-Bravo M., Vidal-Sanz J.M. Marketing research methods... Cambridge Univ. Press, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1017/9781108874748>
162. Esteban-Bravo M., Vidal-Sanz J.M. Marketing research methods: Quantitative and qualitative approaches. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.
163. Everest T. Resolving the qualitative-quantitative debate in healthcare research // Medical Practice and Reviews. – 2014. – Vol. 5, № 1. – P. 6–15. – DOI: <http://doi.org/10.5897/MPR.2013.0107>
164. Fisher M.P., Hamer M.K. Qualitative methods in health policy... // Qualitative Health Research. 2020. Vol. 30, №12. P. 1899–1912.
165. Fortenberry J.L., Elrod J.K. Cases in health care marketing. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2011.
166. Fortenberry J.L., Elrod J.K. Health care marketing: Tools and techniques. 3rd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2010.
167. Fortenberry J.L., McGoldrick P.J. Internal marketing: A pathway for healthcare facilities... // International Journal of Healthcare Management. 2016. Vol. 9. P. 28–33. DOI: <http://doi.org/10.1179/2047971915Y.0000000014>
168. Fox A. M. Reich M. R. The politics of universal health coverage in low- and middle-income countries: A framework for evaluation and action // Journal of Health Politics, Policy and Law. – 2015. – Vol. 40, № 5. – P. 1023–1060. – DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-3161198>
169. Ganguli S., Ebrahim A.H. A qualitative analysis of Singapore's medical tourism competitiveness // Tourism Management Perspectives. 2017. Vol. 21. P. 74–84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2016.12.002>
170. Garrett L. Chowdhury A. M. Pablos-Méndez A. All for universal health coverage // Lancet (London, England). – 2009. – Vol. 374, № 9697. – P. 1294–1299. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61503-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61503-8)
171. Gear C., Eppel E., Koziol-McClain J. Advancing complexity theory... // International Journal of Qualitative Methods. 2018. Vol. 17, №1. P. 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1177/1609406918782557>

172. Gilmore A., Carson D. “Integrative” qualitative methods in a services context // *Marketing Intelligence & Planning*. 1996. Vol. 14, №6. P. 21–26. DOI: <https://doi.org/10.1108/02634509610131126>

173. Glenton C, Paulsen E, Agarwal S, Gopinathan U, Johansen M, Kyaddondo D, Munabi-Babigumira S, Nabukenya J, Nakityo I, Namaganda R, Namitala J, Neumark T, Nsangi A, Pakenham-Walsh NM, Rashidian A, Royston G, Sewankambo N, Tamrat T, Lewin S. Healthcare workers’ informal uses of mobile phones and other mobile devices to support their work: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 8. Art. No.: CD015705. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015705.pub2>

174. Green J., Thorogood N. *Qualitative methods for health research*. 4th ed. London: Sage, 2018. 440 p.

175. Green J.A., Norris P. Quantitative methods in pharmacy practice research // In: *Pharmacy Practice Research Methods*. 2015. P. 31–47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-812735-3.00603-8>

176. Grimpe C. Sofka W. Bhargava M. Chatterjee R. R&D, marketing innovation, and new product performance: a mixed methods study // *Journal of Product Innovation Management*. – 2017. – Vol. 34, № 3. – P. 360–383. – DOI: <https://doi.org/10.1111/jpim.12366>

177. Guest G. Fleming P. Mixed methods research // *Public Health Research Methods*. – 2015. – Vol. 1, № 1. – P. 581–610. – DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781483398839.n19>

178. Harris F. Measurement in quantitative methods // *The Sage Handbook of Social Marketing*. 2011. P. 224–237. URL: <http://www.uk.sagepub.com/books/Book234153>

179. Harrison R.L., Reilly T.M. Mixed methods designs in marketing research // *Qualitative Market Research: An International Journal*. 2011. Vol. 14, №1. P. 7–26. DOI: <https://doi.org/10.1108/13522751111099300>

180. Hernandez-Marrero P., Pereira S.M., Carvalho A.S. Ethical decisions in palliative care... // *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2016. Vol. 33, №8. P. 723–732. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909115581819>

181. Health expenditure as a percentage of gross domestic product (GDP) in selected countries in 2023 [Электронный ресурс] // *Statista*. – 2024. – Режим доступа: <https://www.statista.com/statistics/268826/health-expenditure-as-gdp-percentage-in-oecd-countries>,

182. Hirschman E.C. Humanistic inquiry in marketing research... // *Journal of Marketing Research*. 1986. Vol. 23, №3. P. 237–249. DOI: <http://doi.org/10.2307/3151482>

183. Ho C. J. Khalid H. Skead K. Wong J. The politics of universal health coverage // *The Lancet*. – 2022. – Vol. 399, № 10340. – P. 2066–2074. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00585-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00585-2)

184. Howse E. та ін. Measuring public opinion and acceptability... // *Health Research Policy and Systems*. 2022. Vol. 20, №1. P. 26. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00829-y>

185. Hughes M.A., Garrett D.E. Intercoder reliability estimation approaches... // *Journal of Marketing Research*. 1990. Vol. 27, №2. P. 185–195. DOI: <http://doi.org/10.2307/3172845>

186. Hunt S.L., Bakker C.J. A qualitative analysis of the information science needs... // *Journal of the Medical Library Association (JMLA)*. 2018. Vol. 106, №2. P. 184. DOI: <http://doi.org/10.20525/ijrbs.v13i6.3432>

187. Ipsos Global Health Service Monitor 2022 // . – 2022. – URL: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-09/Ipsos-global-health-service-monitor-2022-VDEF.pdf>

188. Jambani L. Analyzing supply-side moral hazard behaviors... // *International Journal of Research in Business & Social Science*. 2024. Vol. 13, №6. DOI: <http://doi.org/10.20525/ijrbs.v13i6.3432>

189. Janssens, R., Russo, S., van Overbeeke, E. *et al.* Patient Preferences in the Medical Product Life Cycle: What do Stakeholders Think? Semi-Structured Qualitative Interviews in Europe and the USA. *Patient* 12, 513–526 (2019). <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00367-w>

190. Johnson J.K., Barach P. The role of qualitative methods... // *Environment and Behavior*. 2008. Vol. 40, №2. P. 191–204. DOI: <https://doi.org/10.1177/0013916507311547>

191. Kadens R. J. Linda G. Prince M. Davies M. A. Manolis C. Tratner S. Mixed methods in marketing research // *Leading Edge Marketing Research: 21st-Century Tools and Practices*. – 2012. – P. 300–318. – DOI: <http://doi.org/10.4135/9781452240558.n16>

192. Kasianova N. Matviyiv V. Zabashtanskyi M. Dubyna M. Rogovyi A. Lashuk O. Financial Support of the Healthcare Development in the Conditions of Digitalization // *Universal Journal of Public Health*. – 2022. – Vol. 10, № 2. – P. 209–218. – DOI: <https://doi.org/10.13189/ujph.2022.100207>

193. Kay M.J. Healthcare marketing: what is salient? // *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 2007. Vol. 1, №3. P. 247–263. URL: .

194. Keen J., Packwood T. Qualitative research: case study evaluation // *BMJ*. 1995. Vol. 311, №7002. P. 444–446. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.311.7002.444>

195. Kotler P., Shalowitz J., Stevens R.J. *Strategic marketing for health care organizations*. San Francisco: Jossey-Bass, 2008.

196. Kumar, A., Kumar, D. V. S., & Megha, R. U. (2025). Customer adoption of artificial intelligence in healthcare: An empirical investigation based on multiple samples. *Health Marketing Quarterly*, 1-25. <https://doi.org/10.1080/07359683.2025.2504811>

197. Kumar, A., & Singh, N. P. (2024, June). A Study on Future Data Science and its Impact in Health Care Organizations. In *2024 15th International Conference on Computing Communication and Networking Technologies (ICCCNT)* (pp. 1-7). IEEE.

198. Kumar, S. S., Muthukumaran, V., Devi, A., Geetha, V., & Yadav, P. N. (2023). A quantitative approach of purposive sampling techniques for security and privacy issues in IOT Healthcare Applications. In *Handbook of Research on Advancements in AI and IoT Convergence Technologies* (pp. 281-299). IGI Global. <http://dx.doi.org/10.4018/978-1-6684-6971-2.ch016>

199. Langabeer J.R. Health care operations management: a quantitative approach to business and logistics. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2008.
200. Lee S. Y. D. Iott B. Banaszak-Holl J. Shih S. F. Raj M. Johnson K. E. Moore-Petinak N. D. Application of mixed methods in health services management research: a systematic review // *Medical Care Research and Review*. – 2022. – Vol. 79, № 3. – P. 331–344. – DOI: <https://doi.org/10.1177/10775587211030393>.
201. Liew, R., Wu, Y. (2013). Pairs trading: A copula approach. *Journal of Derivatives & Hedge Fund*, 19, 12–30 <https://doi.org/10.1057/jdhf.2013.1>.
202. Leslie H. Malata A. Ndiaye Y. Kruk M. E. Effective coverage of primary care services in eight high-mortality countries // *BMJ Global Health*. – 2017. – Vol. 2, № 3. – P. e000424. – DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000424>.
203. Lewis J.B., McGrath R.J., Seidel L.F. Essentials of applied quantitative methods for health services managers. Burlington: Jones & Bartlett Publishers, 2009.
204. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *Lancet*. 2012 Sep 8;380(9845):933-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61147-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61147-7)
205. Luca P. Quantitative Methods for Hospital Planning and Control. 2017.
206. Macur M. Quality in health care: Possibilities and limitations of quantitative research instruments among health care users // *Quality & Quantity*. – 2013. – Vol. 47, № 3. – P. 1703–1716. – DOI: <http://doi.org/10.1007/s11135-011-9621-z>
207. Maison D. Qualitative marketing research: understanding consumer behaviour. London: Routledge, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9780429467028>
208. Mariampolski H. Qualitative market research. London: Sage, 2001.
209. Matviyiv V. Analysis of provision of medical services to the population by primary medical care doctors in the conditions of health system reform: regional level // *Економічний простір*. – 2020. – Vol. 164. – P. 147–151. – DOI: <https://doi.org/10.32782/2224-6282/164-27>
210. Matviyiv V. Expenditure on the healthcare system in Ukraine in the context of improving the quality of provision of medical services // *Investytsiyi:*

praktyka ta dosvid. – 2020. – Vol. 15-16. – P. 92–99. – DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.15-16.92>

211. Matviyiv V. Marketing aspects establishing a regular interaction with the family doctor and receiving medical services in the conditions of war // International Scientific Conference Transformation of the Economic System in the Modern Context: Processes, Strategies, Technologies: Conference Proceedings (May 30–31, 2024. Leipzig, Germany). Riga, Latvia: Baltija Publishing. – 2024. – P. 90–93. – DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-447-4-24>

212. McDaniel Jr. C., Gates R. Marketing research essentials. 11th ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2018.

213. McInnes, D. K., Solomon, J. L., Bokhour, B. G., Asch, S. M., Ross, D., Nazi, K. M., & Gifford, A. L. (2011). Use of electronic personal health record systems to encourage HIV screening: an exploratory study of patient and provider perspectives. *BMC research notes*, 4, 1-11. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-295>

214. McKenzie J.F., Pinger R.R., Seabert D.M. An introduction to community and public health. 9th ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett, 2018.

215. Michael T. Filc D. Davidovitch N. What motivates physicians to propose private services in a mixed private-public healthcare system? A mixed methods study // BMC Health Services Research. – 2022. – Vol. 22. – P. 1–11. – DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-07474-9>

216. Mill J. S. Principles of political economy, with some of their applications to social philosophy. – London : Longmans, Green, 1926.

217. Miller W. L. Crabtree B. F. Harrison M. I. Fennell M. L. Integrating mixed methods in health services and delivery system research // Health Services Research. – 2013. – Vol. 48, № 6 Pt 2. – P. 2125. – DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12123>

218. Minart G. Jean-Baptiste Say (1767–1832), Maître et pédagogue de l'École française d'économie politique libérale. – Éditions, 2005.

219. Mohammadzadeh Taheri H. Hajiha A. Roosta A. Khorshidi A. Designing a Model for the Acceptance of Innovation-based Health Services with a Mixed-Method Exploratory Approach // New Marketing Research Journal. – 2021. – Vol. 10, № 4. – P. 81–98. – DOI: <https://doi.org/10.22108/nmrj.2020.123497.2165>

220. Molina-Azorin J.F. Mixed methods research in strategic management... // Organizational Research Methods. 2012. Vol. 15, №1. P. 33–56.
221. More A., Martin D. Quantitative health research in an information economy // Health & Place. 1998. Vol. 4, №3. P. 213–222. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1353-8292\(98\)00016-1](https://doi.org/10.1016/s1353-8292(98)00016-1)
222. Morgan D.L., Spanish M.T. Focus groups: A new tool for qualitative research // Qualitative Sociology. 1984. Vol. 7, №3. P. 253–270. DOI: <https://doi.org/10.1007/bf00987314>
223. Morgan D.L., Spanish M.T. Focus groups: A new tool for qualitative research // Qualitative Sociology. 1984. Vol. 7, №3. P. 253–270. DOI: <https://doi.org/10.1007/bf00987314>
224. Moutinho L. Quantitative methods in marketing // In: Baker M.J., Hart S. (Eds.) The Marketing Book. Routledge, 2008. P. 208–259.
225. Myers M.D. Qualitative Research in Business and Management. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2019.
226. Ng V., Sargeant J.M. A quantitative approach to the prioritization of zoonotic diseases... // PloS One. 2013. Vol. 8, №8. e72172. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072172>
227. O'Cathain A. Murphy E. Nicholl J. The quality of mixed methods studies in health services research // Journal of health services research & policy. – 2008. – Vol. 13, № 2. – P. 92–98. – DOI: <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2007.007074>
228. Oflazoglu S. (Ed.). Qualitative versus quantitative research. Norderstedt: BoD–Books on Demand, 2017.
229. Ozawa S., Sripad P. How do you measure trust in the health system? // Social Science & Medicine. 2013. Vol. 91. P. 10–14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.005>
230. Ozcan Y.A. Quantitative methods in health care management. John Wiley & Sons, 2005.
231. Oztekin A. Creating a marketing strategy in healthcare... // Annals of Operations Research. 2018. Vol. 270, №1. P. 361–382. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10479-017-2493-4>

232. O'Brien-Pallas, L., Baumann, A., Donner, G., Murphy, G. T., Lochhaas-Gerlach, J., & Luba, M. (2001). Forecasting models for human resources in health care. *Journal of advanced nursing*, 33(1), 120-129. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01645.x>

233. Parvanta C.F., Nelson D.E., Harner R.N. (Eds.). Public health communication: critical tools and strategies. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2018.

234. Pauwels K., Perry V.G. Models that matter: How quantitative marketing research... // *Journal of Public Policy & Marketing*. 2022. Vol. 41, №3. P. 206–210. DOI: <https://doi.org/10.1177/07439156221098388>

235. Peddle M. Maintaining reflexivity in qualitative nursing research // *Nursing Open*. 2022. Vol. 9, №6. P. 2908–2914. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.999>

236. Pires G.D., Stanton J. Marketing issues in healthcare research // *Int. J. of Behavioural and Healthcare Research*. 2008. Vol. 1, №1. P. 38–60. DOI: <https://doi.org/10.1504/IJBHR.2008.018451>

237. Pohlmann, S., Kunz, A., Ose, D., Winkler, E. C., Brandner, A., Poss-Doering, R., ... & Wensing, M. (2020). Digitalizing health services by implementing a personal electronic health record in Germany: qualitative analysis of fundamental prerequisites from the perspective of selected experts. *Journal of medical Internet research*, 22(1), e15102. <https://doi.org/10.2196/15102>

238. Popovic, T., Kraslawski, A., Barbosa-Póvoa, A., , Carvalho, A. (2017). Quantitative indicators for social sustainability assessment of society and product responsibility aspects in supply chains. *Journal of International Studies*, 10(4). <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2018.01.142>

239. Prince M. Davies M. Manolis C. Tratner S. Mixed methods in marketing research // In R. J. Kadens, G. Linda, M. Prince (Eds.) *Mixed methods in marketing research*. – 2012. – P. 300–318. – DOI: <https://doi.org/10.4135/9781452240558.n16>

240. Prinja, S., Chauhan, A. S., Bahuguna, P., Selvaraj, S., Muraleedharan, V. R., & Sundararaman, T. (2020). Cost of Delivering Secondary Healthcare Through the

Public Sector in India. *PharmacoEconomics - open*, 4(2), 249–261.
<https://doi.org/10.1007/s41669-019-00176-9>

241. Ranabhat C. L. Acharya S. P. Adhikari C. Kim C. B. Universal health coverage evolution, ongoing trend, and future challenge: A conceptual and historical policy review // *Frontiers in Public Health*. – 2023. – Vol. 11. – P. 1041459. – DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1041459>

242. Rodgers S., Assaf A. Quantitative methods in measuring productivity... // *Journal of Foodservice Business Research*. 2007. Vol. 9, №1. P. 39–54. DOI: http://doi.org/10.1300/J369v09n01_04

243. Sarkar A., Sarkar J.G., Rao K.V.G. Emotional attachment amongst patients... // *Journal of Asia Business Studies*. 2016. Vol. 10, №3. P. 213–229. DOI: <https://doi.org/10.1108/JABS-05-2015-0058>

244. Sarstedt M., Mooi E. A concise guide to market research. Berlin: Springer, 2014. 12 p. DOI: <http://doi.org/10.1007/978-3-642-12541-6>

245. Say J.-B. Y: Reynaud P.-L. (ред.). *Encyclopædia Universalis*. – 2005. – C. 3842.

246. Sayem, M. A., Taslima, N., Sidhu S. G., Ferry J. W.(2024). A Quantitative Analysis of Healthcare Fraud and Utilization of AI for Mitigation. *International journal of business and management sciences*,4 (7), <https://doi.org/10.55640/ijbms-04-07-03>

247. Schiavo R. Health communication: from theory to practice. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2014.

248. Schleidgen S., Marckmann G. Re-focusing the ethical discourse... // *BMC Medical Ethics*. 2013. Vol. 14. P. 20. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-20>

249. Scott, T., Mannion, R., Davies, H., & Marshall, M. (2003). The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. *Health services research*, 38(3), 923-945. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00154>

250. Shannon-Baker P. Making paradigms meaningful in mixed methods research // *Journal of Mixed Methods Research*. – 2016. – Vol. 10, № 4. – P. 319–334. – DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1558689815575861>

251. Sharma V.K., Sharma V., Kumar D. Customer relationship management in healthcare... // Journal of Marketing Theory and Practice. 2024. P. 1–26. DOI: <https://doi.org/10.6064/2012/432892>
252. Shi L. The impact of primary care: a focused review // Scientifica. 2012. Article ID 432892. <https://doi.org/10.6064/2012/432892>.
253. Shi L., Singh D.A. Essentials of the U.S. health care system. 6th ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett, 2017. URL: [https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=c890EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Shi,+L.,+%26+Singh,+D.+A.+\(2017\).+Essentials+of+the+U.S.+health+care+system&ots=tEzUlc2hy&sig=jA_F5pA7_HHDNly9xYSszWbptDM&redir_esc=y#v=onepage&q=Shi%2C%20L.%2C%20%26%20Singh%2C%20D.%20A.%20\(2017\).%20Essentials%20of%20the%20U.S.%20health%20care%20system&f=false](https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=c890EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Shi,+L.,+%26+Singh,+D.+A.+(2017).+Essentials+of+the+U.S.+health+care+system&ots=tEzUlc2hy&sig=jA_F5pA7_HHDNly9xYSszWbptDM&redir_esc=y#v=onepage&q=Shi%2C%20L.%2C%20%26%20Singh%2C%20D.%20A.%20(2017).%20Essentials%20of%20the%20U.S.%20health%20care%20system&f=false)
254. Shushpanov D., Zheliuk T., Zhukovska A., Diakovich L., Matsyk V., Kotsur A. Management of the health care system in the conditions of population aging: Information, analytical and methodical dimension // Proceedings of the 11th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT'2021). – Deggendorf (Germany), 2021. – P. 259–664. – DOI: <https://doi.org/10.1109/ACIT52158.2021.9548634>
255. Simoens S. Health economic assessment: a methodological primer // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2009. Vol. 6, №12. P. 2950–2966. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph6122950>
256. Simoens, S., & Scott, A. (2005). Integrated primary care organizations: to what extent is integration occurring and why? *Health Services Management Research*, 18(1), 25-40. <https://doi.org/10.1258/0951484053051951>
257. Skinner, D., Tagg, C., & Holloway, J. (2000). Managers and research: the pros and cons of qualitative approaches. *Management learning*, 31(2), 163-179. <http://dx.doi.org/10.1177/1350507600312002>
258. Smith A. An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations. – New York : The Modern Library, 1937.

259. Sobo E.J., Bowman C., Gifford A.L. Behind the scenes in health care improvement // *Social Science & Medicine*. 2008. Vol. 67, №10. P. 1530–1540. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.001>
260. Sofaer S. Qualitative research methods // *International Journal for Quality in Health Care*. 2002. Vol. 14, №4. P. 329–336. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.4.329>
261. Sofia, N., Mühlebach, S., Musazzi, U. M., Khatib, R., Martinez Sesmero, J. M., Lipp, H. P., ... & Flühmann, B. (2021). How Do Hospital Pharmacists Approach Substitution of Nanomedicines? Insights from a Qualitative Pilot Study and a Quantitative Market Research Analysis in Five European Countries. *Pharmaceutics*, 13(7), 1010. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13071010>
262. Soyko, M. W., Sim, W., & Frederick, S. (2024). Research trends in market intelligence: A review through a data-driven quantitative approach. *Journal of Marketing Analytics*, 1-27. <http://dx.doi.org/10.1057/s41270-023-00285-9>
263. Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health // *The Milbank Quarterly*. 2005. Vol. 83, №3. P. 457–502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
264. Statista Average life expectancy in selected countries as of 2023 // . – 2023. – URL: <https://www.statista.com/statistics/236583/global-life-expectancy-by-country/>
265. Statista Health expenditure as a percentage of gross domestic product (GDP) in selected countries as of 2023 – 2023. – URL: <https://www.statista.com/statistics/268826/health-expenditure-as-gdp-percentage-in-oecd-countries/>
266. Stigler, Florian L et al. No universal health coverage without primary health care // *The Lancet*. 2016. Vol. 387, №10030. P. 1811. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30315-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30315-4)
267. Stros, M., Hari, J., & Marriott, J. (2009). The relevance of marketing activities in the Swiss prescription drugs market: Two empirical qualitative

studies. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 3(4), 323-346. <https://doi.org/10.1108/17506120911006038>

268. Swan M. Emerging patient-driven health care models... // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2009. Vol. 6, №2. P. 492–525. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph6020492>

269. Séror A.C. Internet infrastructures and health care systems... // *Journal of Medical Internet Research*. 2002. Vol. 4, №3.

270. Tariq S. Woodman J. Using mixed methods in health research // *JRSM Short Reports*. – 2013. – Vol. 4, № 6. – P. 2042533313479197. – DOI: <https://doi.org/10.1177/2042533313479197>

271. Telnov A., Reshmidilova S. Forecasting service marketing determinants within the concept of the information society // *Edelweiss Applied Science and Technology*. – 2024. – Vol. 8, No. 6. – P. 9766–9777. – DOI: <https://doi.org/10.55214/25768484.v9i1.4149>

272. Thakkar J.J. та ін. A quantitative framework for health-care service quality assessment... // *Journal of Modelling in Management*. 2023. Vol. 18, №4. P. 1064–1092. DOI: <https://doi.org/10.1108/jm2-11-2021-0279>

273. Thapa S.B., Gandhi A. Exploring telemedicine... // *Journal of Health Organization and Management*. 2025. Vol. 39, №3. P. 402–419. DOI: <https://doi.org/10.1108/jhom-04-2024-0157>

274. Thomas R. Marketing health services. ACHE Learn, 2014.

275. Thomas, R. (2014). *Marketing health services*. ACHE Learn. URL https://books.google.com.ua/books/about/Marketing_Health_Services.html?id=kRJ3rgEACAAJ&redir_esc=y

276. Trifirò G. та ін. The role of European healthcare databases... // *Drug Safety*. 2019. Vol. 42, №3. P. 347–363. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40264-018-0732-5>

277. Unger J.P., Morales I., De Paepe P. Objectives, methods, and results in critical health systems... // *BMC Health Services Research*. 2020. Vol. 20. P. 1–13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05889-w>

278. Usługa. Encyklopedia Zarządzania. – онлайн-ресурс. – Останнє редагування: 11 грудня 2023. – [доступ]: <https://mfiles.pl/pl/index.php/Usługa>

279. Van der Geest S., Speckmann J.D., Streefland P.H. Primary health care in a multi-level perspective... // *Social Science & Medicine*. 1990. Vol. 30, №9. P. 1025–1034. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90149-m](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90149-m)

280. Van Minh, H., Do, Y. K., Bautista, M. A., & Tuan Anh, T. (2014). Describing the primary care system capacity for the prevention and management of non-communicable diseases in rural Vietnam. *The International journal of health planning and management*, 29(2), e159–e173. <https://doi.org/10.1002/hpm.2179>

281. Vargas I. та ін. Barriers to healthcare coordination... // *Health Policy and Planning*. 2016. Vol. 31, №6. P. 736–748. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czv126>

282. Vargas-Pelaez, C. M., Rover, M. R. M., Soares, L., Blatt, C. R., Mantel-Teeuwisse, A. K., Rossi, F. A., ... & Farias, M. R. (2019). Judicialization of access to medicines in four Latin American countries: a comparative qualitative analysis. *International journal for equity in health*, 18, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0960-z>

283. Vargová, M., Matejková, E., & Kraslanová, M. Evaluation of students' results from Quantitative methods in marketing during COVID-19 pandemic: Case study. <http://dx.doi.org/10.15414/meraa.2021.07.02.63-72>

284. Vivek R. Systematic review of modern techniques in qualitative research // *Management and Entrepreneurship: Trends of Development*. 2022. №4(22). C. 34–49. DOI: <https://doi.org/10.26661/2522-1566/2022-4/22-03>

285. Waltz T. J. Powell B. J. Chinman M. J. Smith J. L. Matthieu M. M. Proctor E. K. Kirchner J. E. Expert recommendations for implementing change (ERIC): protocol for a mixed methods study // *Implementation Science*. – 2014. – Vol. 9. – P. 1–12.

286. Wan G. та ін. The trend in primary health care preference in China... // *BMC Health Services Research*. 2021. Vol. 21, №1. P. 768. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06790-w>

287. Wang J. та ін. Access to hospitals: Potential vs. observed // *Cities*. 2020. Vol. 100. P. 102671. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cities.2020.102671>

288. Watson, P.E. and Petrie, A. (2010) *Method Agreement Analysis A review of Correct Methodology. Theriogenology*, Volume 73, Issue 9 73, 1167-1179.
289. Wang M. та ін. Private healthcare organisations in China... // *BMJ Open*. 2023. Vol. 13, №6. e069381. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069381>
290. Wehrens R. Sihag V. Sülz S. Van Elten H. van Raaij E. De Bont A. Weggelaar-Jansen A. M. Understanding the uptake of big data in health care: Protocol for a multinational mixed-methods study // *JMIR Research Protocols*. – 2020. – Vol. 9, № 10. – P. e16779. – DOI: <https://doi.org/10.2196/16779>
291. Whyte E. Olivier J. Social values and health systems in health policy and systems research: a mixed-method systematic review and evidence map // *Health Policy and Planning*. – 2020. – Vol. 35, № 6. – P. 735–751. – DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa038>
292. Witjas-Paalberends E.R. та ін. Challenges and best practices for big data-driven healthcare innovations... // *International Journal of Healthcare Management*. 2017. Vol. 11, №3. P. 171–181. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/20479700.2017.1371367>
293. World Health Organization Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 // . – 1978. – URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2
294. Yach D. The use and value of qualitative methods... // *Social Science & Medicine*. 1992. Vol. 35, №4. P. 603–612. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90354-s](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90354-s)
295. Yu J., Cooper H. A quantitative review of research design effects... // *Journal of Marketing Research*. 1983. Vol. 20, №1. P. 36–44. DOI: <https://doi.org/10.2307/3151410>
296. Zghurska O., Larina Y., Dyma O. Особливості формування маркетингових стратегій на ринку медичних послуг // *Економічні інновації*. – 2023. – Т. 25, № 3(88). – С. 102–112. – DOI: [https://doi.org/10.31520/ei.2023.25.3\(88\).102-112](https://doi.org/10.31520/ei.2023.25.3(88).102-112)

297. Zghurska O., Struk N., Safonov Y., Kulik A., Romanenko O. Analysis of the volume and structure of health care services in Ukraine // *Financial and Credit Activity: Problems of Theory and Practice*. – 2022. – Vol. 4(45). – P. 346–354.

298. Zharlinska R., Trynchuk A., Datsenko Yu., Datsenko H. Structural equation modelling... // *Current issues of the management...* – Košice : Vysoká škola bezpečnostného manažérstva, 2023. – C. 455–466.

299. Zheliuk T., Shushpanov D., Zhukovska A., Ostroverkhov V., Brechko O., Matsyk V. Digitalization as a Tool for Healthcare System Resilience // *Proceedings of the 14th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (16 October 2024)*. – Ceske Budejovice (Czech Republic), 2024. – P. 427–433.

300. Zhukovska A., Brechko O., Zheliuk T., Chygur O., Shushpanov D., Nytko O. Information System and Technologies in the Health Care Management // *Proceedings of the 12th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (26–28 September 2022)*. – Spišská Kapitula (Slovakia), 2022. – P. 249–254.

301. Zhukovska A., Zheliuk T., Shushpanov D., Brych V., Brechko O., Kryvokulska N. Management of the Development of Artificial Intelligence in Healthcare // *Proceedings of the 13th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (21–23 September 2023)*. – Wrocław (Poland), 2023. – P. 241–247.

302. Zikmund W. та ін. *Marketing Research*. 4th Asia-Pacific ed. Melbourne: Cengage Learning Australia, 2017.

303. Östlund U. Kidd L. Wengström Y. Rowa-Dewar N. Combining qualitative and quantitative research within mixed method research designs: a methodological review // *International Journal of Nursing Studies*. – 2011. – Vol. 48, № 3. – P. 369–383. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.10.005>

ДОДАТКИ

Додаток А

**ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

вул. Конопницької, 3, м. Львів, 79005 тел.(032) 276-45-92, факс. (032) 275-60-37,
<http://health-loda.gov.ua>, e-mail: department@health-loda.gov.ua, Код ЄДРПОУ 02013047

20 червня 2024 року

1/20

**Довідка про впровадження
результатів дисертаційного дослідження****Матвіїва Василя Володимировича**

Департамент охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації підтверджує, що окремі пункти дисертаційного дослідження, висновки та рекомендації, надані на основі дослідження Матвіїва В.В., зокрема моделювання попиту на медичні послуги у всіх домогосподарствах області загалом та у розрізі різних типів територій: великих міст, малих міст та сіл, прогнозування доступності медичних послуг для населення, яке мешкає в м. Львові та у Львівській області будуть використані при розробці стратегії розвитку Львівської області в галузі охорони здоров'я.

Директор департаменту



Орест ЧЕМЕРИС

ФІЗИЧНА ОСОБА – ПІДПРИЄМЕЦЬ**ПАНЧУК ЛАРИСА МИХАЙЛІВНА**

76000, м.Івано-Франківськ, вул.С.Височана, 18, тел.+380674747540

Ідентифікаційний код: 2617615083

E-mail: simeynaklinika@ukr.net«30» 04 2025р. № 23

Спеціалізований Вченій раді

Довідка про впровадження**результатів дисертаційного дослідження****Матвіїва Василя Володимировича**

Приватний заклад охорони здоров'я «Сімейна клініка Панчук» підтверджує, що окремі положення дисертаційної роботи, висновки та рекомендації, які є надані на основі дослідження Матвіїва В.В., зокрема маркетингово-статистичний аналіз поведінкових переваг населення на ринку медичних послуг у розрізі різних типів територій: великих міст, малих міст та сіл, рівня й частоти звертання населення до приватних закладів охорони здоров'я, а також в залежності від віку та рівня грошових доходів населення будуть використані при для обґрунтування майбутньої стратегії розвитку закладу охорони здоров'я.

Директор клініки
«Сімейна клініка Панчук»



Лариса ПАНЧУК



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

вул. Інститутська 11, Хмельницький-16, 29016, тел.: (0382) 67-02-76, факс: (0382) 67-42-65
 e-mail: centr@khmnu.edu.ua, код ЄДРПОУ 02071234

04.12.2024 № 3/13

На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження в освітній процес результатів дисертаційної роботи
Матвіїва Василя Володимировича

Результатом наукової роботи Матвіїва Василя Володимировича, поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 075 – Маркетинг, є наукове удосконалення теоретико-методичних засад і розробка науково-практичних рекомендацій щодо формування маркетингової доступності медичних послуг, а також впровадження прогностичних моделей і методик оцінки, які сприяють підвищенню ефективності функціонування системи охорони здоров'я України.

Результати наукової роботи знайшли відображення у робочих програмах, змісті лекційного матеріалу, ситуаційних завданнях, методичних матеріалах до самостійної роботи та використовуються у навчальному процесі Хмельницького національного університету при викладанні навчальних дисциплін «Маркетинг послуг», «Маркетингові дослідження».

Проректор з науково-педагогічної роботи
 Хмельницького національного
 університету



[Handwritten signature]

Віктор ЛОПАТОВСЬКИЙ

Маркетингові дослідження деяких аспектів охорони здоров'я в різних країнах

Дослідження [177] показує опитування населення різних країн відносно їх оцінки стану охорони здоров'я в їх країні. Опитування передбачало деяку сукупність питань, відповіді на які, на думку авторів, давали змогу сформувати реальну картину охорони здоров'я за найбільш очевидними показниками, які є зрозумілими для респондентів і можуть відображати їх сприйняття досягнень країни у цій галузі. Питання охоплювали:

1. Як оцінюють респонденти можливість отримання в майбутньому якісних медичних послуг

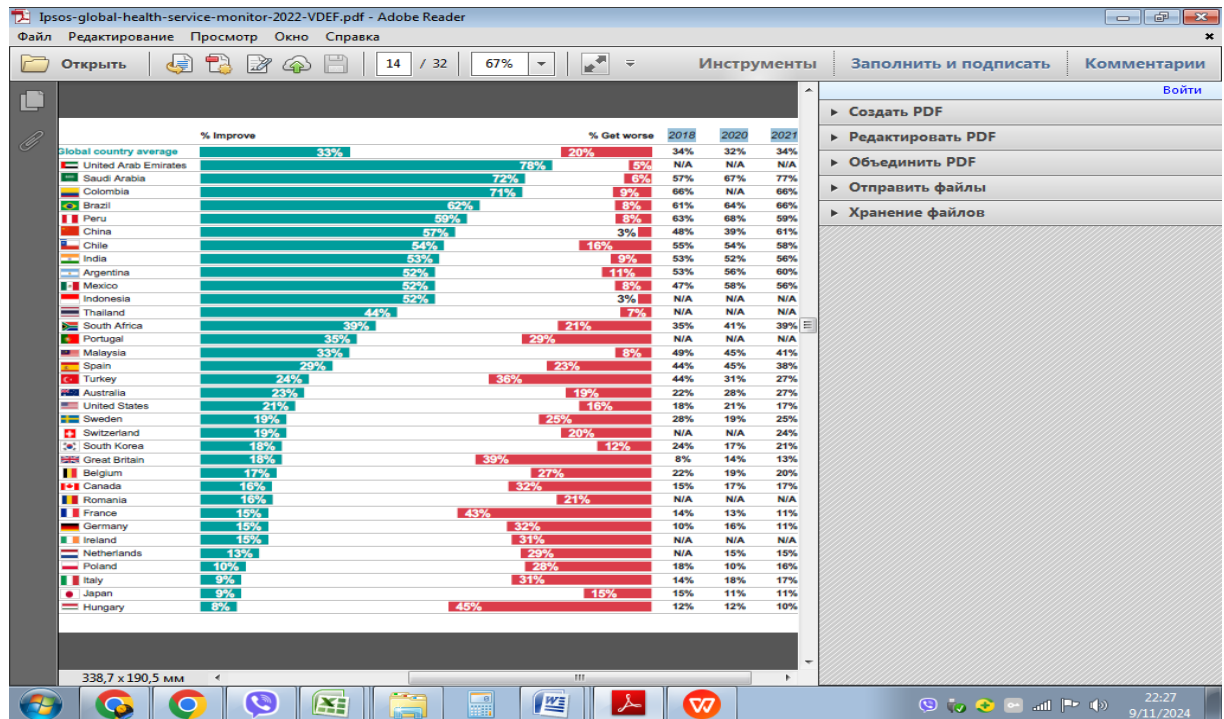


Рис.Б.1. Маркетингова оцінка щодо оцінка отримання в майбутньому якісних медичних послуг населення в країнах з у 2018-2022 роках

В середньому по сукупності досліджуваних країн у 2022 році впевненість в отриманні якісних медичних послуг в майбутньому мали 33 відсотка населення. Найбільший даний відсоток був в наступних країнах: ОАЕ – 78%, Саудівська Аравія -72%, Колумбія-71%, Бразилія-62%, Перу-59%.

Серед перелічених країн три країни мають невисокий рівень доходу на душу населення та невисокий рівень розвитку якісного медичного обслуговування. Тому виглядають дуже дивні подібні оптимістичні очікування мешканців цих країн щодо отримання в майбутньому якісних медичних послуг.

На середньому рівні рівень довіри до можливості отримання якісних медичних послуг в майбутньому виявився в таких країнах як Малайзія-33%, Іспанія-29%, Туреччина-24%, Авістралія-23%, США-21%. Найменшу впевненість можливості отримання якісних медичних послуг в майбутньому мали такі країни як Ірландія – 15%, Нідерланди-13%, Польща-10%, Італія-9%, Японія-9%, Угорщина-8%.

Цілком передбачуваним результатом опитування є те, що впевненість у якісному медичному обслуговуванні в майбутньому висловлювалися жителі тих країн, які мали високий рівень життя та високий рівень розвитку системи охорони здоров'я. Фактично в

даному випадку мова йде скоріше про систему організації охорони здоров'я в даних країнах та можливості доступу до неї.

2. Оцінка рівня довіри до системи охорони здоров'я узагальнена на рис.Б.2.

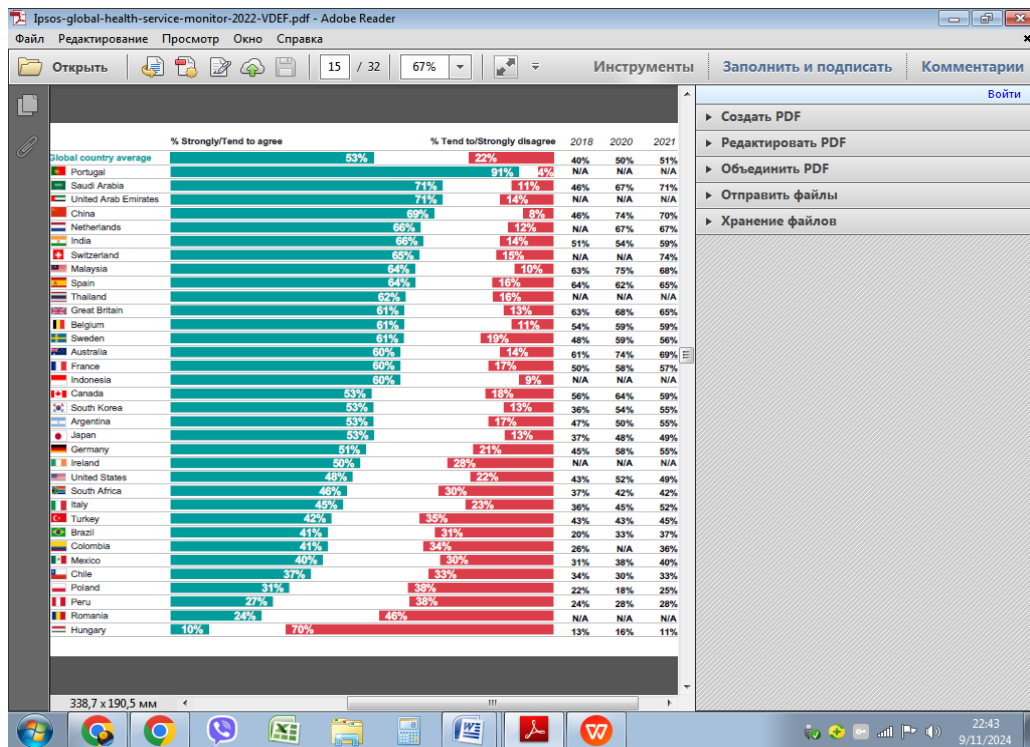


Рис.Б.2 Маркетингова оцінка довіри споживачів до медичних послуг населення в країнах у 2018-2022 роках

Найбільший даний рівень довіри був у наступних країнах: Португалія 91%, Саудівська Аравія 71%, ОАЕ 71%, Китай – 66%, Нідерланди 66%. Приблизно на середньому рівні рівень довіри виявилася в таких країнах як Канада, 53%, Південна Корея 53%, Аргентина 53%, Японія – 53%. Найнижчий рівень довіри був у таких країнах як Польща, Перу, Румунія, Перу та Угорщина 10%.

В кожній з виділених груп опинилися країни, які з одного боку мають різний рівень доходу, а з іншого боку – різний рівень розвитку системи охорони здоров'я. Ці результати важко інтерпретувати без детального дослідження ситуації кожної з країн. Можна припустити, що тут впливає фактор довіри населення не скільки до системи, скільки до лікарів або закладів охорони здоров'я та їх можливостей налагоджувати співпрацю з населенням.

3. Оцінка задоволеності населення вартістю медичних послуг в окремих країнах світу співвідносно їх якості.

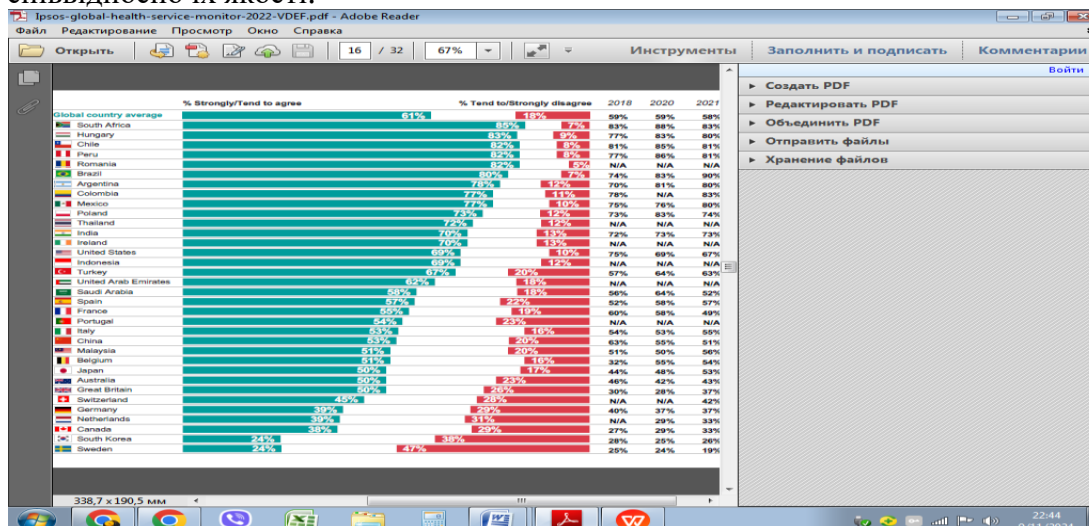


Рис.Б.3 Маркетингова оцінка населення щодо вартості медичних послуг населення в країнах у 2018-2022 роках

В середньому по сукупності рівень задоволеності даним фактором дорівнював 61%. При цьому найбільшим чином рівень задоволеності вартістю послуг охорони здоров'я відмічали мешканці Південної Африки, Угорщини - 83%, Чилі – 82%, Перу – 82%, Р Тобто, в найменшій мірі рівень задоволеності вартістю медичних послуг мали мешканці тих країн, в яких якість медичних послуг була на дуже високому рівні, як і рівень життя. В той же самий час в найбільшій мірі були задоволені мешканці тих країн, де якість медичних послуг і рівень життя знаходилися були відносно невисокими. Тобто, споживачі медичних послуг хотіли б оплачувати їх за дещо нижчою ціною навіть розуміючи, що висока якість послуг потребує вищих затрат на їх надання.

4. Оцінка ступеня перевантаженості закладів охорони здоров'я

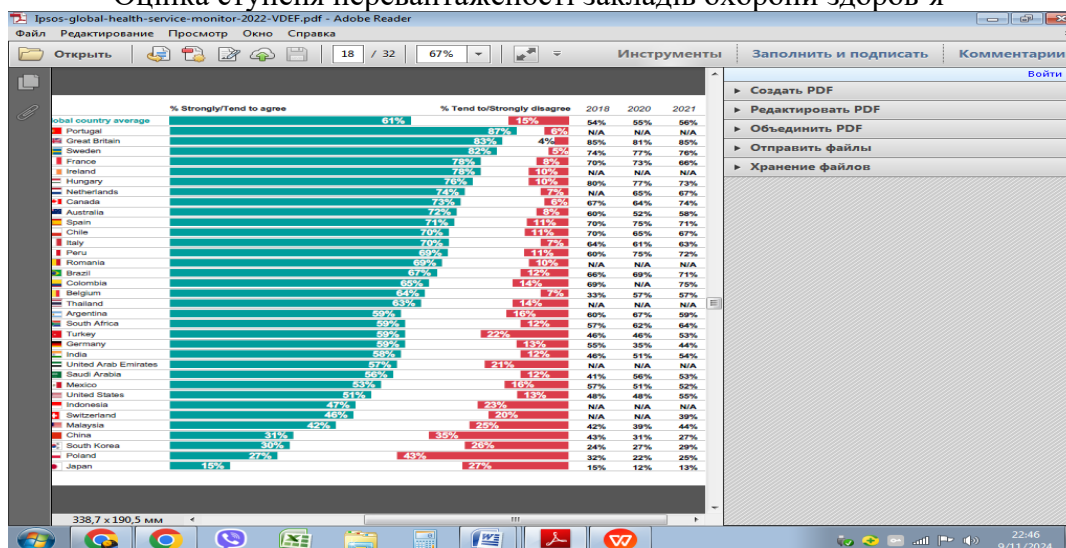


Рис.Б.4 Маркетингова оцінка населення щодо перевантаженості закладів охорони здоров'я в країнах у 2018-2022 роках

Опитування показало, що найбільш гострою дана проблема була в таких країнах 87%, Велика Британія 83%, Швеція -82%, Франція -78%, Ірландія-78%. На середньому рівні дану проблему відмічали мешканці таких країн як Колумбія -65:, Бельгія-64%, Таїланд - 63%, Аргентина -59%, Південна Африка -59%.Найменш актуальною вважали проблему

пере напруженості закладів системи охорони здоров'я, вважали мешканці таких країн як Китай -31%, Південна Корея-30%, Польща -27%, Японія -15%.

Знову таки доволі дивним є факт того, що серед країн, де дана проблема є найбільш гострою були найбільш розвинуті країни з високим рівнем охорони здоров'я. Скоріш за все це відображає не скільки реальні проблеми закладів охорони здоров'я скільки ставлення суспільства до якості отримуваних медичних послуг та рівня вимог до

5. Здійснено оцінку відповідей респондентів відносно легкості запису на прийом до лікаря в країнах світу.

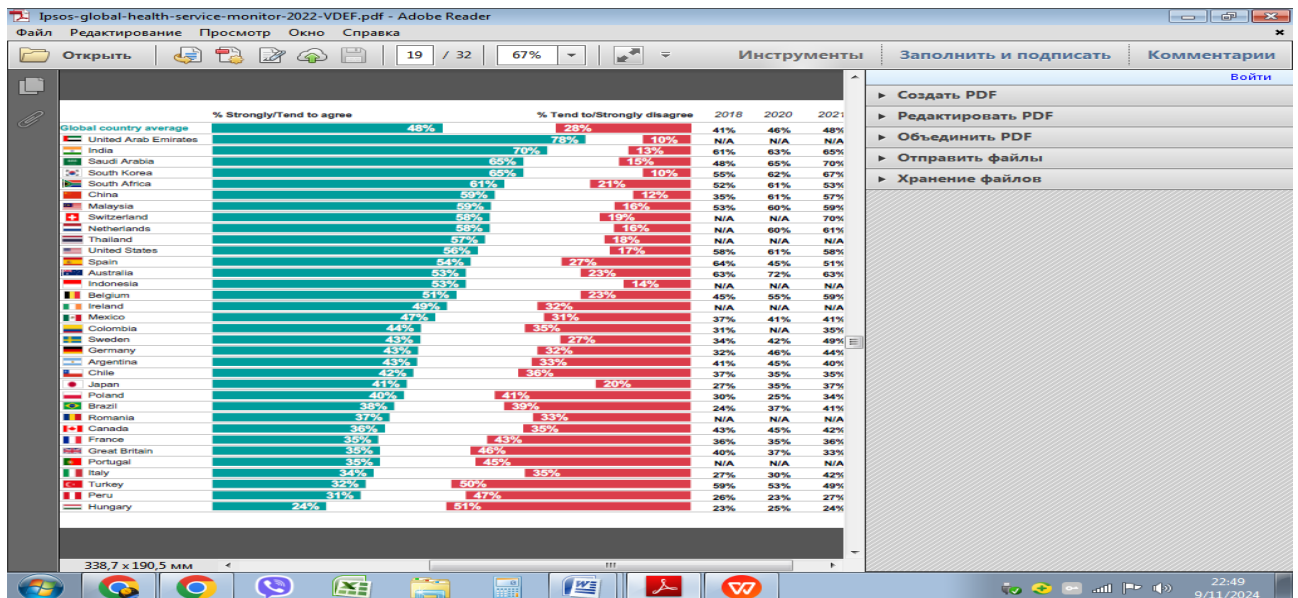


Рис.Б.5 Маркетингова оцінка населення щодо легкості запису на прийом до лікаря в країнах у 2018-2022 роках

В середньому по сукупності країн вважали, що ця процедура є доволі легкою 48 відсотків респондентів. Найбільш легким варіантом її вважали мешканці таких країн як ОАЕ -70 %, Індія -78 %, Саудівська Аравія -, Південна Корея-65% та півд.. Африка -61%. В середині списку країн опинилися такі країни як Бельгія – 51 відсоток, Ірландія -49, Мексика -46, Колумбія-44 та Швеція -43 %. Нарешті найбільш проблемним було записатись на прийом до лікаря у таких країнах як Велика Британія -35, Португалія -35, Італія -34%, Туреччина -32%, Перу -31% та Угорщина -24%.

Таким чином, знову маємо доволі цікаві результати, які свідчать про те, що високий рівень розвитку медицини в країнах далеко не завжди корелює з такими простими ситуаціями як легкість реєстрації щодо запису на прийом до лікаря.

Це може свідчити про бюрократизацію даного процесу та проблеми з роботою страхових компаній, які в багатьох країнах безпосередньо задіяні в даних процедурах. Тобто людина, яка приходить до лікаря повинна мати з собою всі дані відносно страхових полісів, що також може потребувати окремого часу.

6. Оцінка тривалості очікування для отримання запису прийому до лікарів.

Питання сформульовано так: Час очікування, щоб отримати запис на прийом до лікарів є занадто довгим в моїй країні.

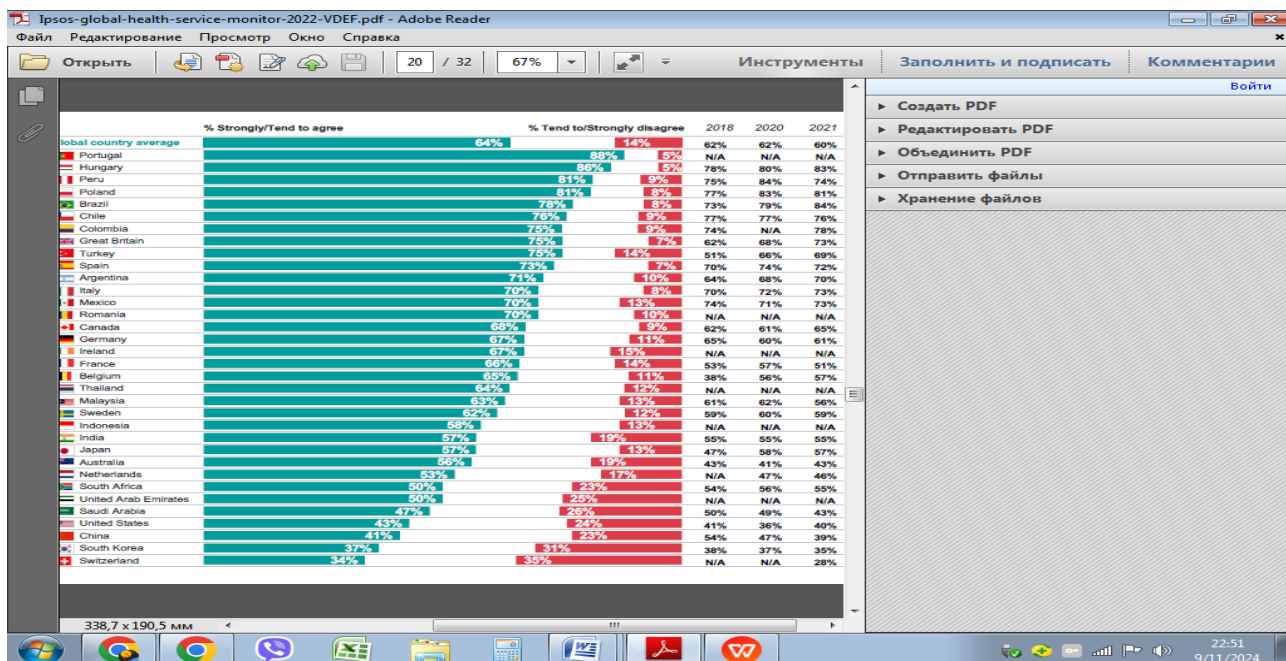


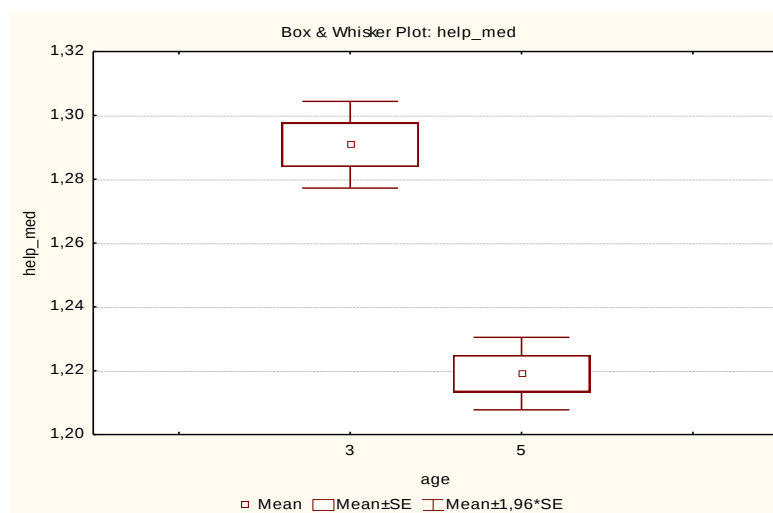
Рис.Б.6 Маркетингова оцінка населення щодо незадоволеності тривалістю очікування прийому лікарем в країнах у 2018-2022 роках

Найбільше кількість респондентів, які відповідали позитивно на дане питання в таких країнах як : Португалія - 88%, Угорщина – 86%, Перу – 81%, Польща – 81%. В середині даного списку опинилися такі країни як Франція – 66%, Бельгія – 65%, Таїланд – 64%, Малайзія – 63%. Нарешті найменш часу очікувань на прийом до лікаря проводили мешканці таких країн як США – 47%, Китай, Південна Корея, Швейцарія.

Таким чином, даний показник виявився найменшим саме в країнах, де був високий рівень розвитку медичних послуг. Він може свідчити про рівень організації системи охорони здоров'я в тих чи інших країнах. З цієї точки зору досить дивним є факт того, що лідерами даного переліку були дві європейські країни. З нашої точки зору даний сигнал в першу чергу спрямований урядовим та суспільним інститутам.

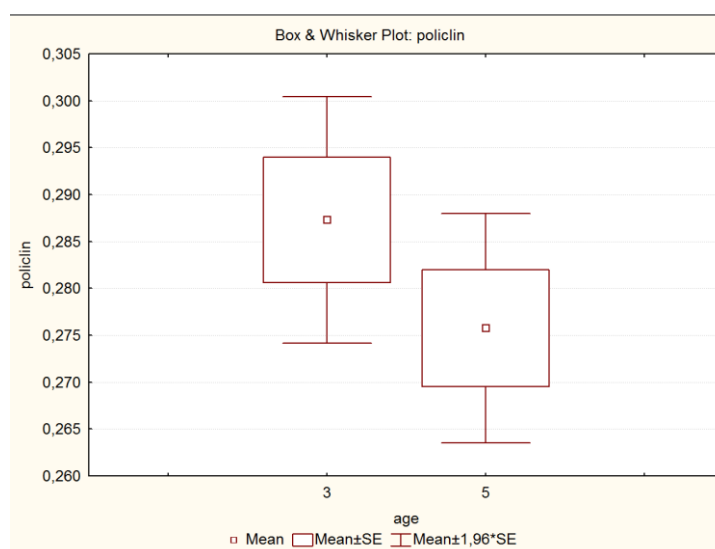
Статистичний аналіз

T-tests; Grouping: age (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 3											
Group 2: 5											
Variable	Mean 3	Mean 5	t-value	df	p	Valid N 3	Valid N 5	Std.Dev. 3	Std.Dev. 5	F-ratio Variances	p Variances
help_med	1,290817	1,219109	7,998499	9700	0,000000	4563	5139	0,467976	0,415092	1,271039	0,000000



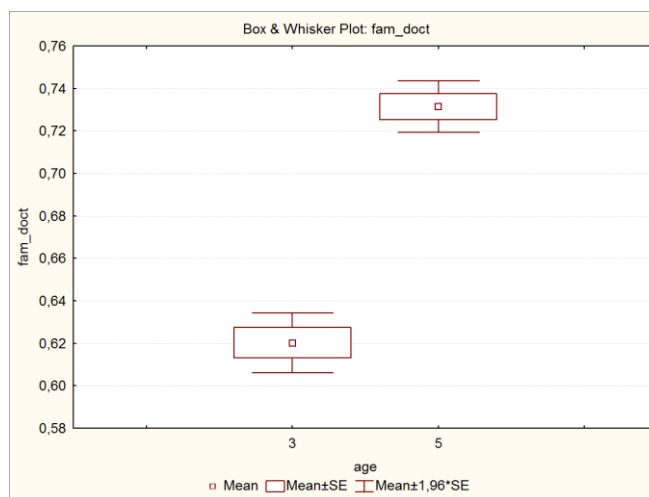
Категоризована діаграма розмаху середнє значення відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я за останніх 12 місяців в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: age (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 3											
Group 2: 5											
Variable	Mean 3	Mean 5	t-value	df	p	Valid N 3	Valid N 5	Std.Dev. 3	Std.Dev. 5	F-ratio Variances	p Variances
policlin	0,287311	0,275735	1,265892	9700	0,205582	4563	5139	0,452557	0,446927	1,025354	0,383729



Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень відвідування респондентів до закладів охорони здоров'я – поліклінік в Україні у 2020 році

T-tests; Grouping: age (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 3											
Group 2: 5											
Variable	Mean 3	Mean 5	t-value	df	p	Valid N 3	Valid N 5	Std.Dev. 3	Std.Dev. 5	F-ratio Variances	p Variances
fam_doct	0,620206	0,731465	-11,8000	9700	0,00	4563	5139	0,485389	0,443240	1,199225	0,000000



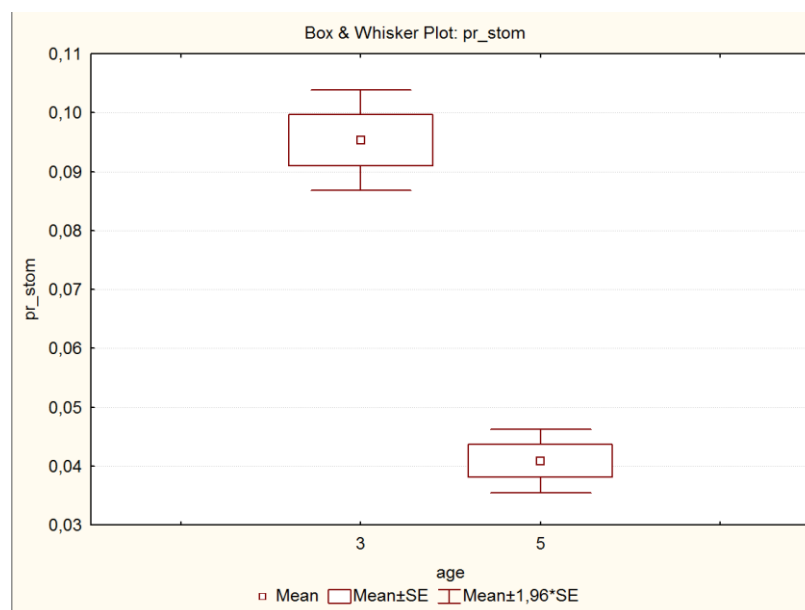
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до сімейного лікаря в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: age (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 3											
Group 2: 5											
Variable	Mean 3	Mean 5	t-value	df	p	Valid N 3	Valid N 5	Std.Dev. 3	Std.Dev. 5	F-ratio Variances	p Variances
stomatol	0,069691	0,064409	1,039248	9700	0,298715	4563	5139	0,254653	0,245505	1,075918	0,010912



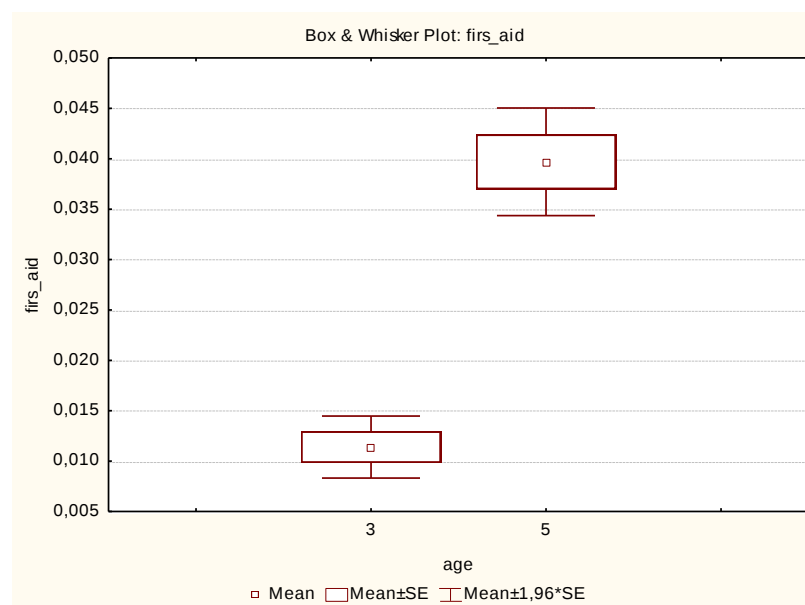
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до стоматолога у державній поліклініці в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: age (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 3											
Group 2: 5											
Variable	Mean 3	Mean 5	t-value	df	p	Valid N 3	Valid N 5	Std.Dev. 3	Std.Dev. 5	F-ratio Variances	p Variances
pr_stom	0,095332	0,040864	10,81239	9700	0,000000	4563	5139	0,293705	0,197994	2,200482	0,00



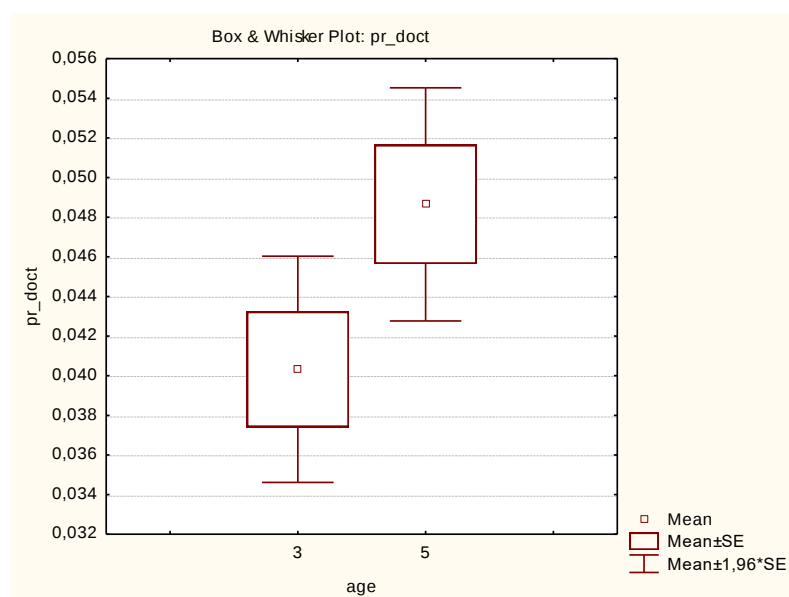
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до приватного стоматолога у державній поліклініці в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: age (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 3											
Group 2: 5											
Variable	Mean 3	Mean 5	t-value	df	p	Valid N 3	Valid N 5	Std.Dev. 3	Std.Dev. 5	F-ratio Variances	p Variances
firs_aid	0,011396	0,039696	-8,71350	9700	0,000000	4563	5139	0,106154	0,195264	3,383562	0,00



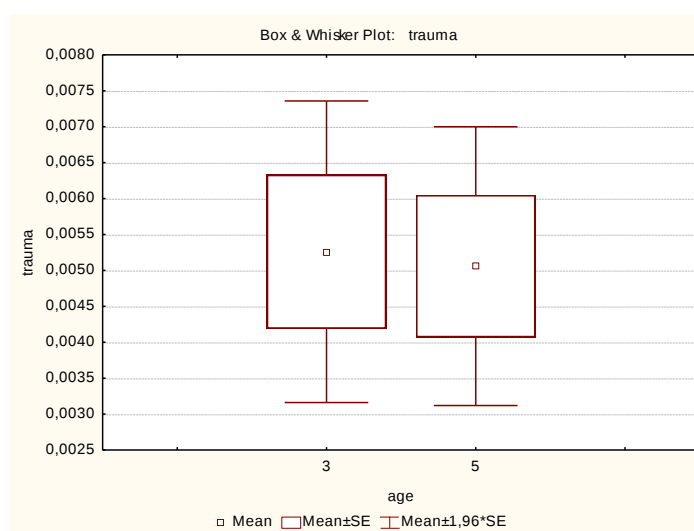
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до швидкої медичної допомоги в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: age (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 3											
Group 2: 5											
Variable	Mean 3	Mean 5	t-value	df	p	Valid N 3	Valid N 5	Std.Dev. 3	Std.Dev. 5	F-ratio Variances	p Variances
pr_doct	0,040324	0,048648	-1,97967	9700	0,047769	4563	5139	0,196740	0,215151	1,195915	0,000000



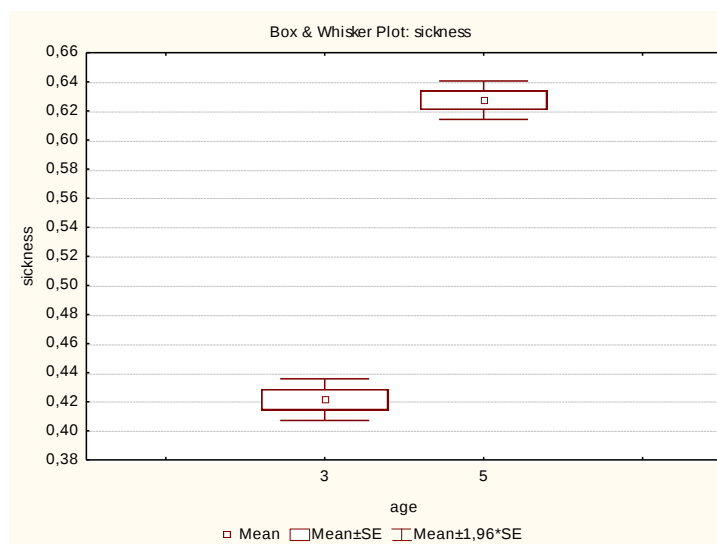
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до приватного медичного закладу або приватного практикуючого лікаря в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: age (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 3											
Group 2: 5											
Variable	Mean 3	Mean 5	t-value	df	p	Valid N 3	Valid N 5	Std.Dev. 3	Std.Dev. 5	F-ratio Variances	p Variances
trauma	0,005260	0,005059	0,137544	9700	0,890604	4563	5139	0,072341	0,070956	1,039416	0,178712



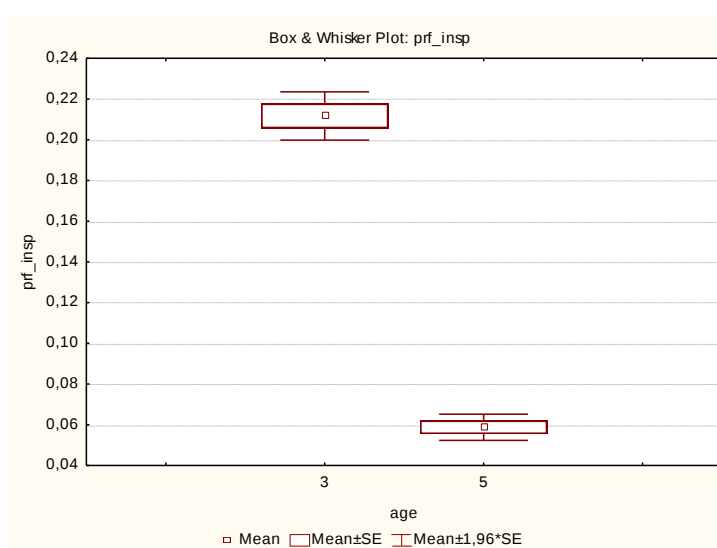
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з отриманою травмою в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: age (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 3											
Group 2: 5											
Variable	Mean 3	Mean 5	t-value	df	p	Valid N 3	Valid N 5	Std.Dev. 3	Std.Dev. 5	F-ratio Variances	p Variances
sickness	0,421433	0,627359	-20,7277	9700	0,00	4563	5139	0,493843	0,483555	1,043005	0,143021



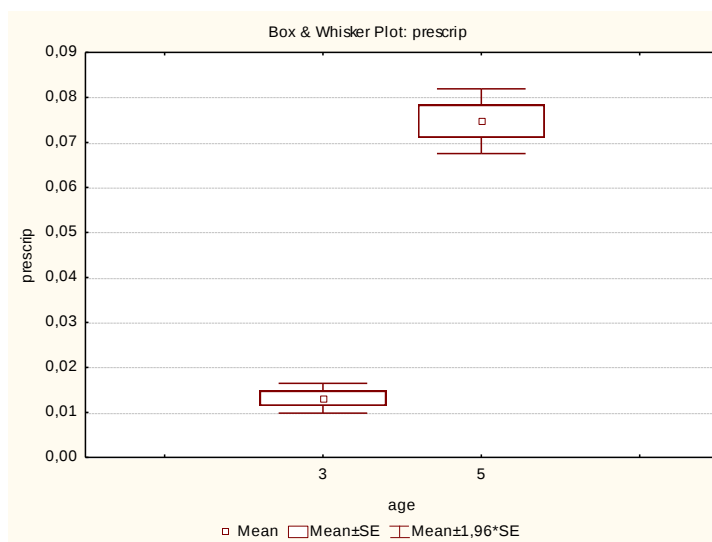
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з хворобою та проблемами зі здоров'ям в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: age (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 3											
Group 2: 5											
Variable	Mean 3	Mean 5	t-value	df	p	Valid N 3	Valid N 5	Std.Dev. 3	Std.Dev. 5	F-ratio Variances	p Variances
prf_insp	0,211703	0,058766	22,89905	9700	0,00	4563	5139	0,408560	0,235210	3,017182	0,00



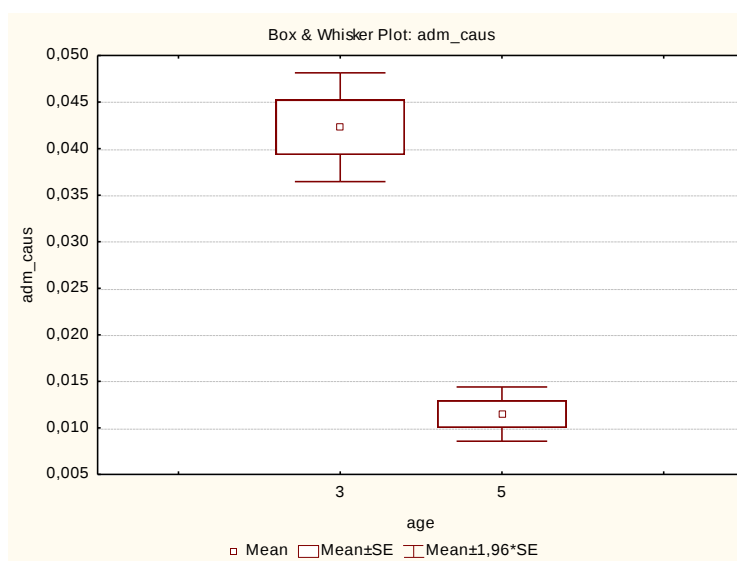
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з профілактичним оглядом в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: age (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 3											
Group 2: 5											
Variable	Mean 3	Mean 5	t-value	df	p	Valid N 3	Valid N 5	Std.Dev. 3	Std.Dev. 5	F-ratio Variances	p Variances
prescrip	0,013149	0,074723	-14,6434	9700	0,00	4563	5139	0,113926	0,262969	5,327968	0,00



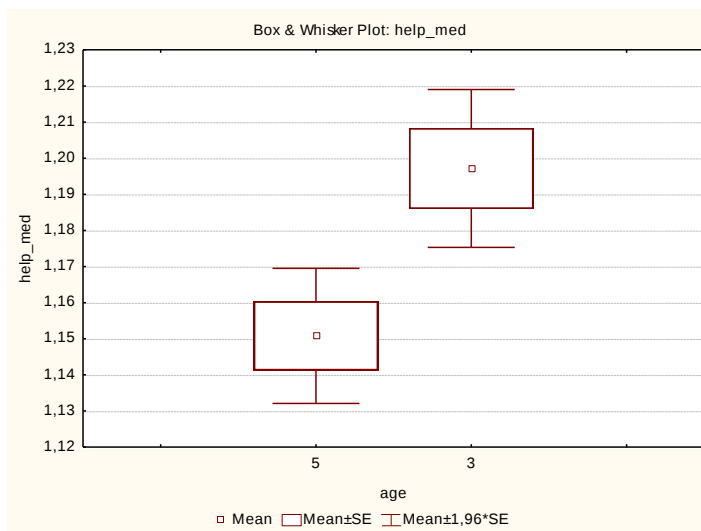
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з поновленням рецептів в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: age (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 3											
Group 2: 5											
Variable	Mean 3	Mean 5	t-value	df	p	Valid N 3	Valid N 5	Std.Dev. 3	Std.Dev. 5	F-ratio Variances	p Variances
adm_caus	0,042297	0,011481	9,568617	9700	0,000000	4563	5139	0,201287	0,106542	3,569357	0,00



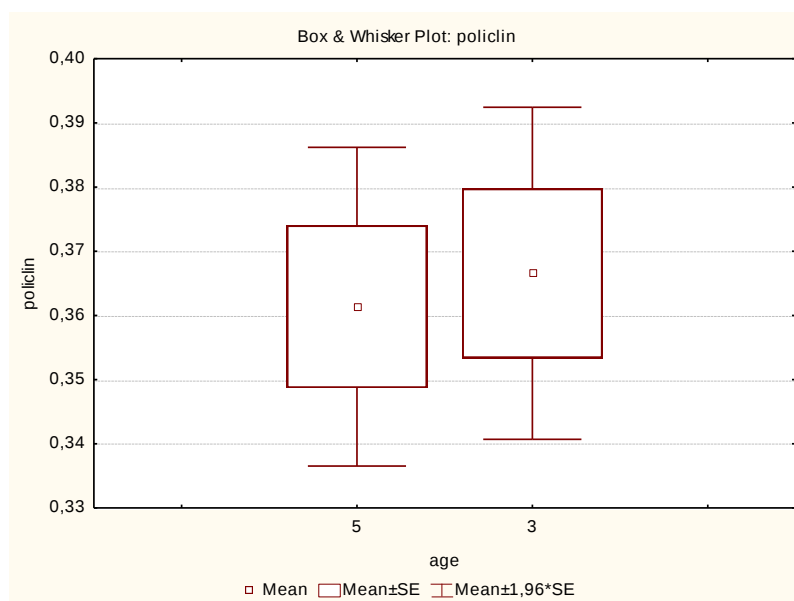
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з адміністративних причин в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: age (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
help_med	1,150799	1,197151	-3,17274	2771	0,001527	1439	1334	0,361842	0,407312	1,267120	0,000011



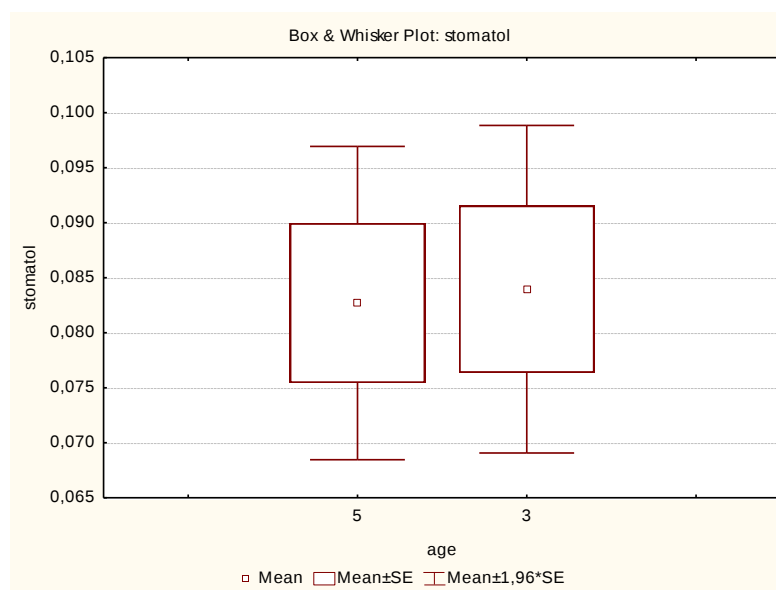
Категоризована діаграма розмаху середнє значення відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я за останніх 12 місяців у великих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
policlin	0,361362	0,366567	-0,284532	2771	0,776024	1439	1334	0,480562	0,482047	1,006191	0,908091



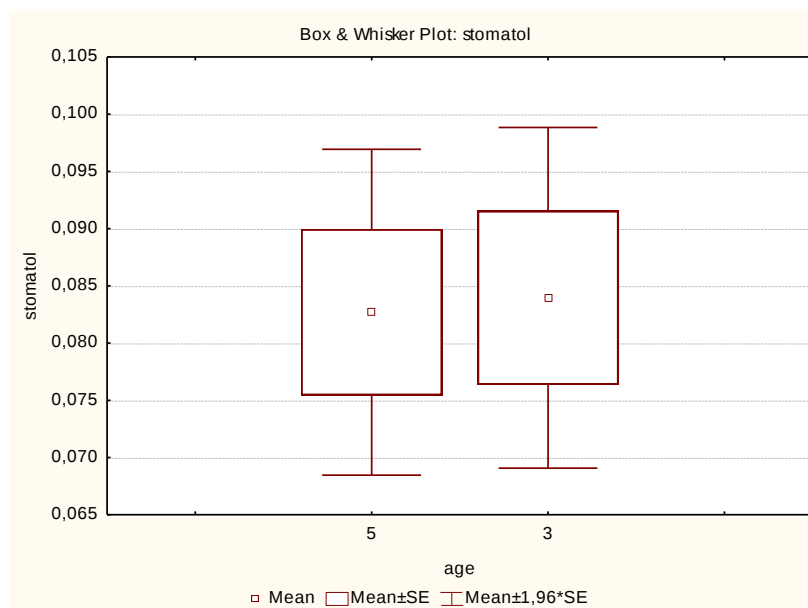
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень відвідування респондентів до закладів охорони здоров'я – поліклінік у великих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
fam_doct	0,778318	0,695652	4,969893	2771	0,000001	1439	1334	0,415522	0,460303	1,227154	0,000140



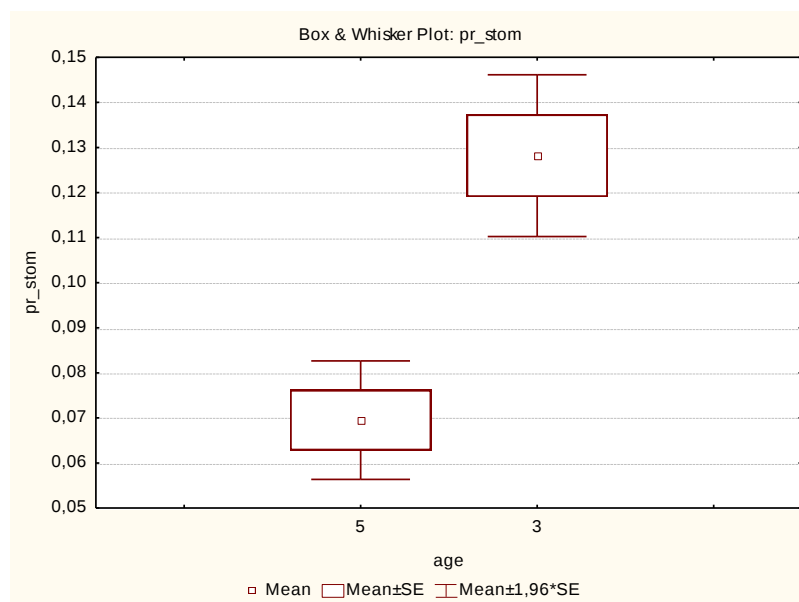
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до сімейного лікаря у великих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
stomatol	0,082696	0,083958	-0,120086	2771	0,904424	1439	1334	0,275518	0,277429	1,013916	0,796654



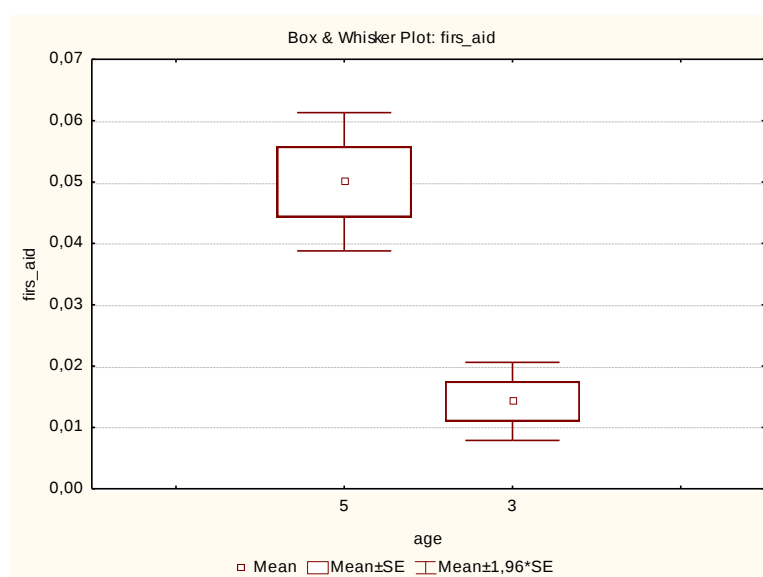
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до стоматолога у державній поліклініці у великих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
pr_stom	0,069493	0,128186	-5,22413	2771	0,000000	1439	1334	0,254379	0,334422	1,728339	0,000000



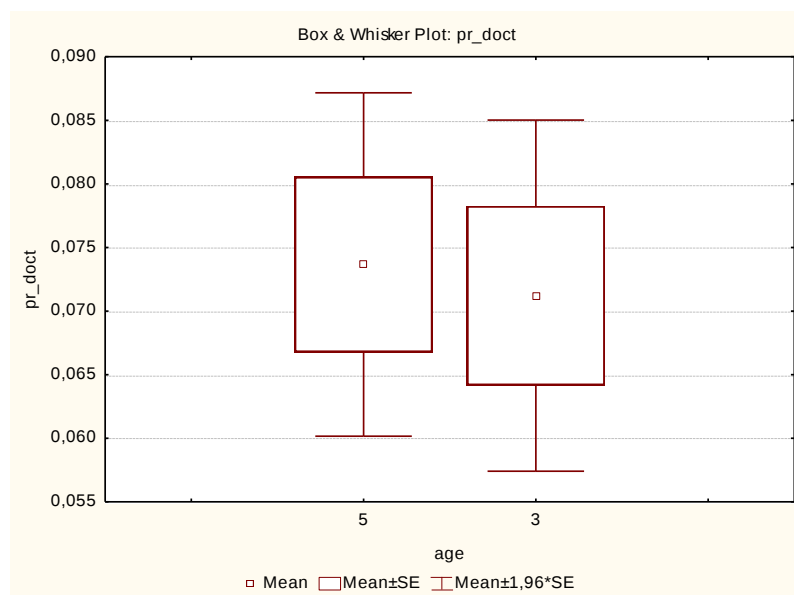
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до приватного стоматолога у великих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
firs_aid	0,050035	0,014243	5,310800	2771	0,000000	1439	1334	0,218092	0,118535	3,385228	0,00



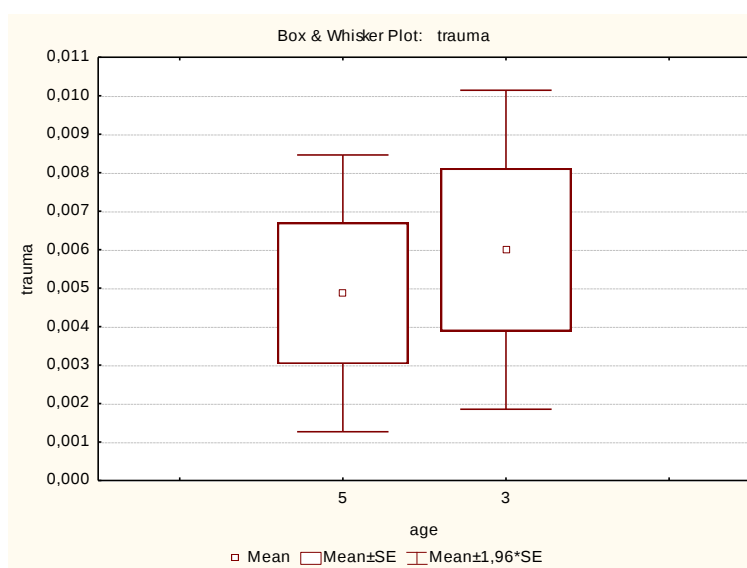
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до швидкої медичної допомоги у великих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
pr_doct	0,073662	0,071214	0,248306	2771	0,803916	1439	1334	0,261311	0,257279	1,031591	0,563589



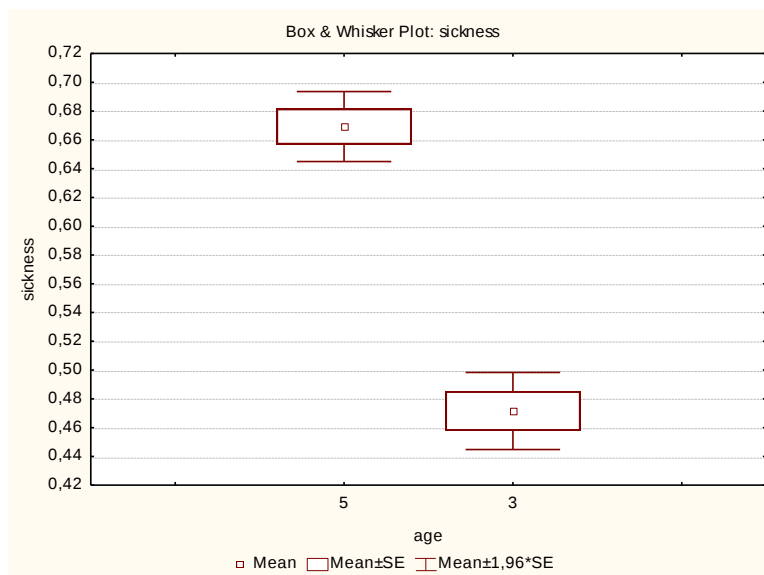
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до приватного медичного закладу або приватного практикуючого лікаря у великих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
trauma	0,004864	0,005997	-0,406106	2771	0,684696	1439	1334	0,069600	0,077237	1,231477	0,000107



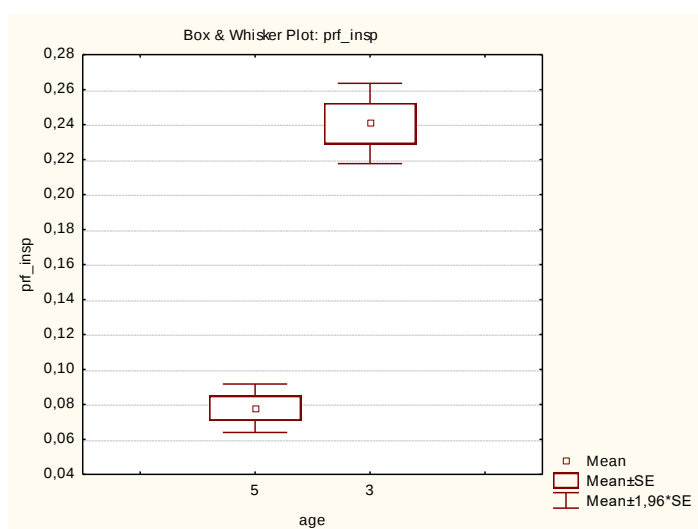
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з отриманою травмою у великих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
sickness	0,669215	0,471514	10,73201	2771	0,000000	1439	1334	0,470659	0,499375	1,125746	0,027517



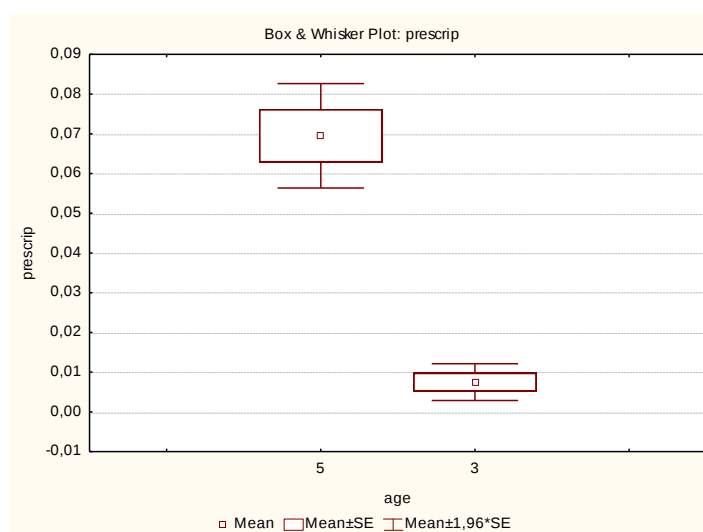
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з хворобою та проблемами зі здоров'ям у великих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
prf_insp	0,077832	0,240630	-12,1035	2771	0,00	1439	1334	0,268000	0,427626	2,546005	0,00



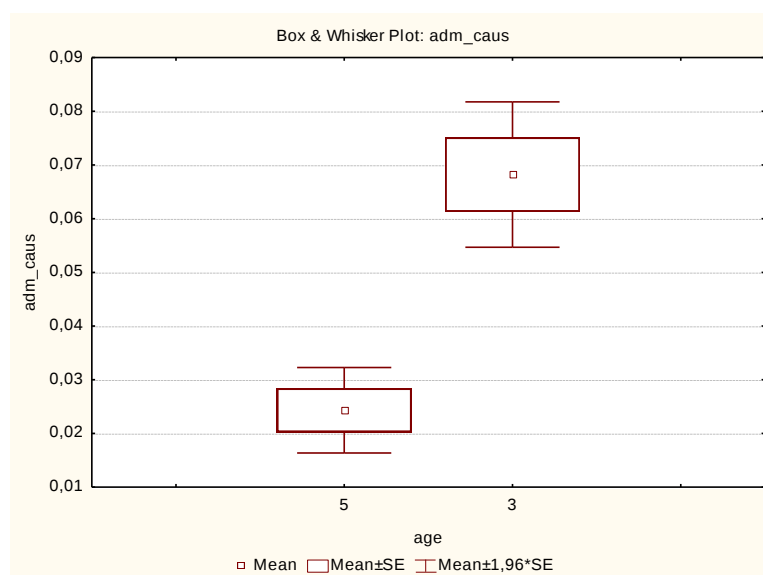
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з профілактичним оглядом у великих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
prescrip	0,069493	0,007496	8,461570	2771	0,000000	1439	1334	0,254379	0,086288	8,690783	0,00



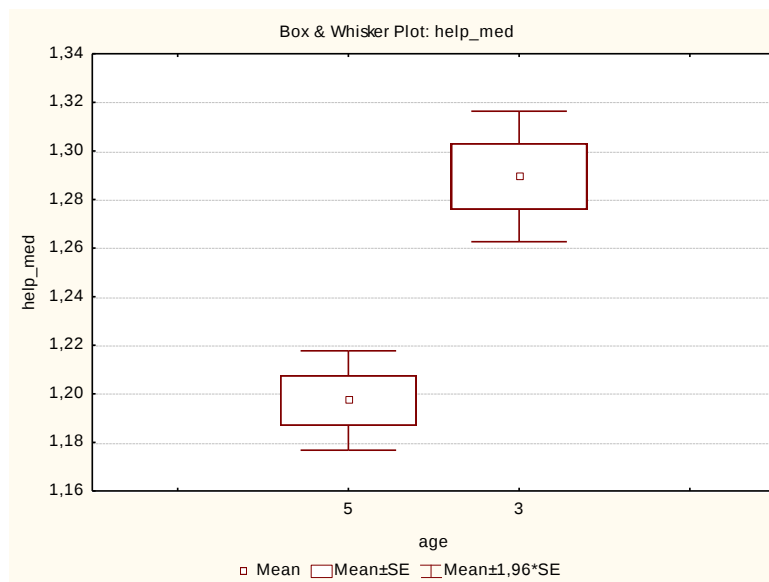
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів у великих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
adm_caus	0,024322	0,068216	-5,57424	2771	0,000000	1439	1334	0,154102	0,252211	2,678620	0,00



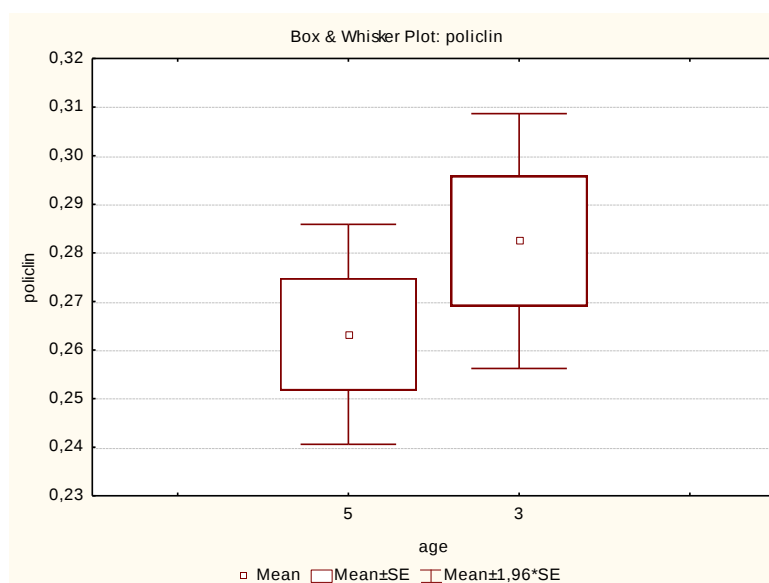
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з адміністративною необхідністю у великих містах у 2020 році

T-tests; Grouping: age (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
help_med	1,197251	1,289497	-5,45275	2586	0,000000	1455	1133	0,398060	0,461451	1,343861	0,000000



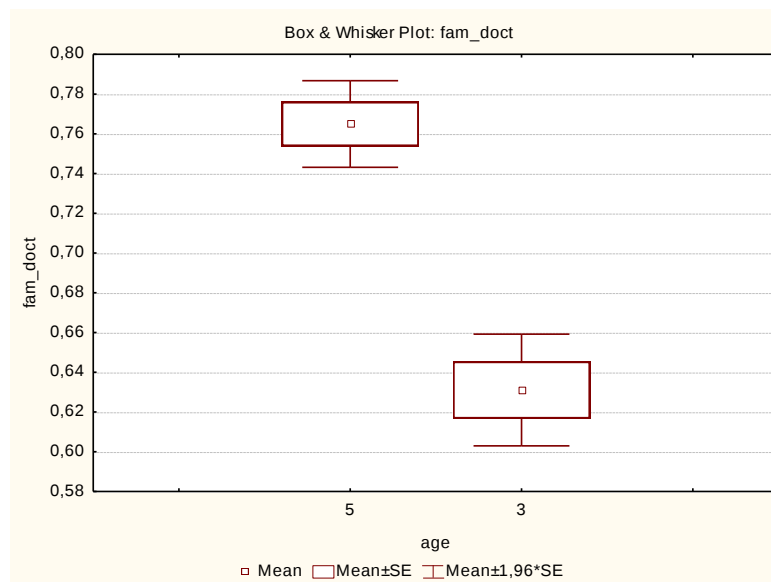
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у малих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
policlin	0,263230	0,282436	-1,08958	2586	0,276000	1455	1133	0,440538	0,450383	1,045197	0,428681



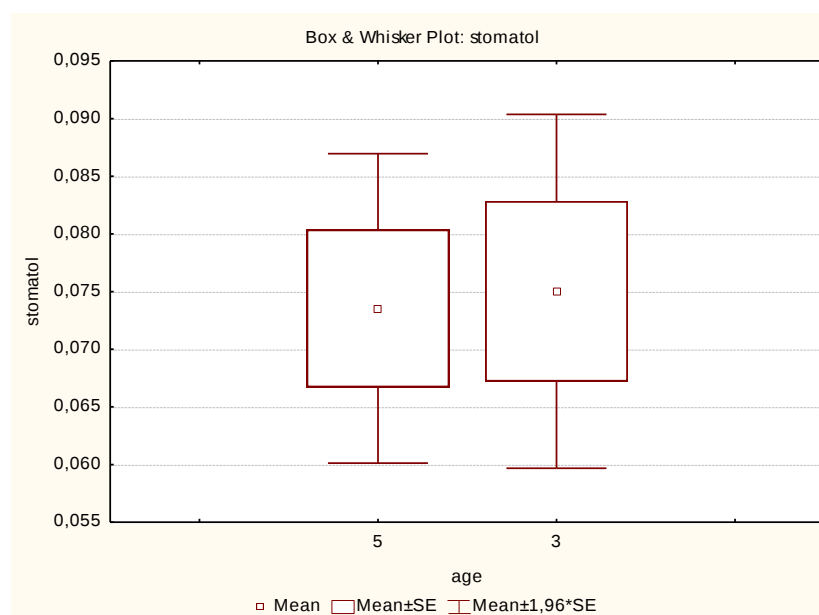
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я - поліклінік у малих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
fam_doct	0,764948	0,631068	7,496376	2586	0,000000	1455	1133	0,424177	0,482729	1,295126	0,000004



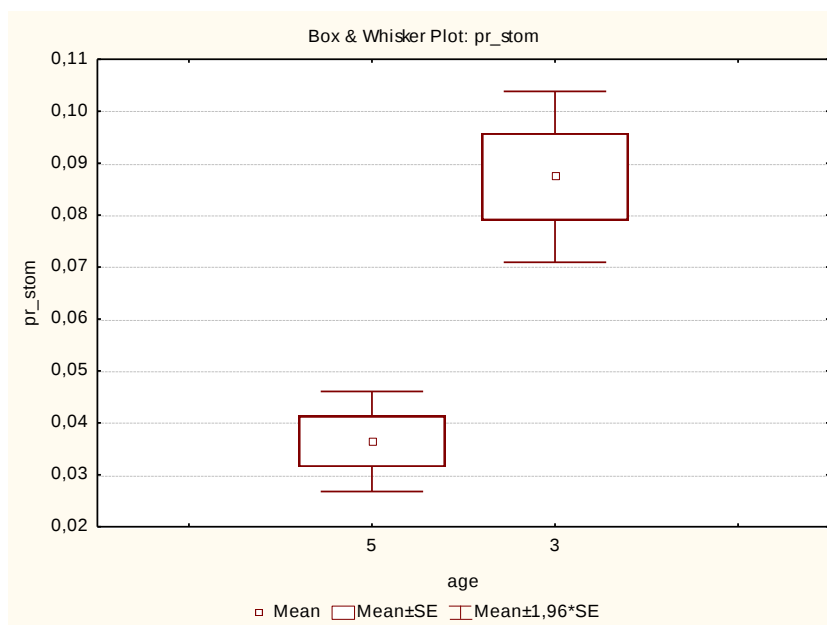
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до сімейних лікарів у малих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
stomatol	0,073540	0,075022	-0,142717	2586	0,886525	1455	1133	0,261110	0,263543	1,018726	0,738859



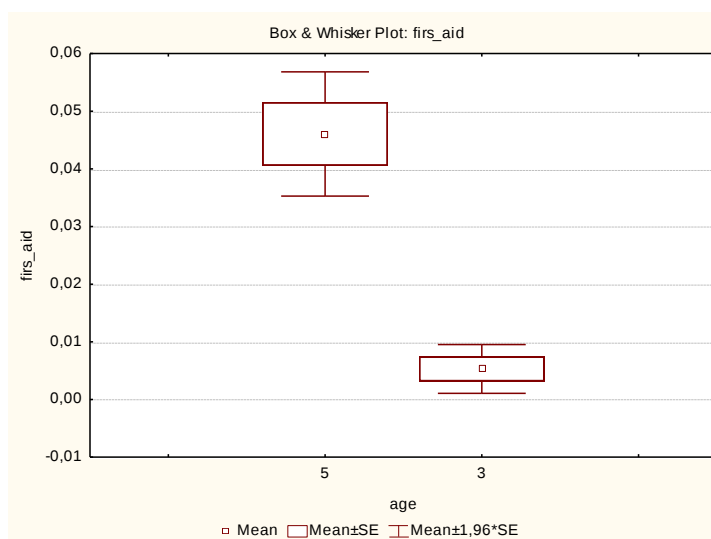
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до стоматологів у державній медичній установі у малих містах у 2021 році

Variable	T-tests; Grouping: age (MM фізичні особи 21.sta)										
	Group 1: 5										
	Group 2: 3										
	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
pr_stom	0,036426	0,087379	-5,49909	2586	0,000000	1455	1133	0,187412	0,282514	2,272390	0,00



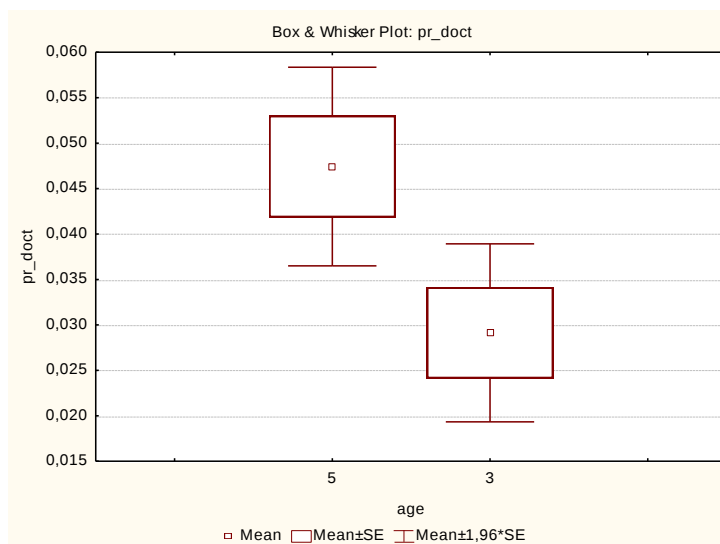
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до приватних стоматологів у малих містах у 2021 році

Variable	T-tests; Grouping: age (MM фізичні особи 21.sta)										
	Group 1: 5										
	Group 2: 3										
	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
firs_aid	0,046048	0,005296	6,256715	2586	0,000000	1455	1133	0,209661	0,072610	8,337542	0,00



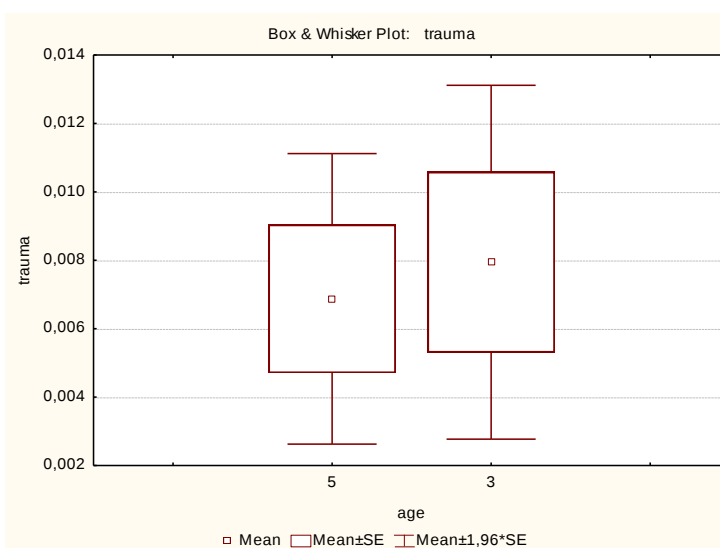
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до швидкої медичної допомоги у малих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
pr_doct	0,047423	0,029126	2,374928	2586	0,017625	1455	1133	0,212614	0,168235	1,597183	0,000000



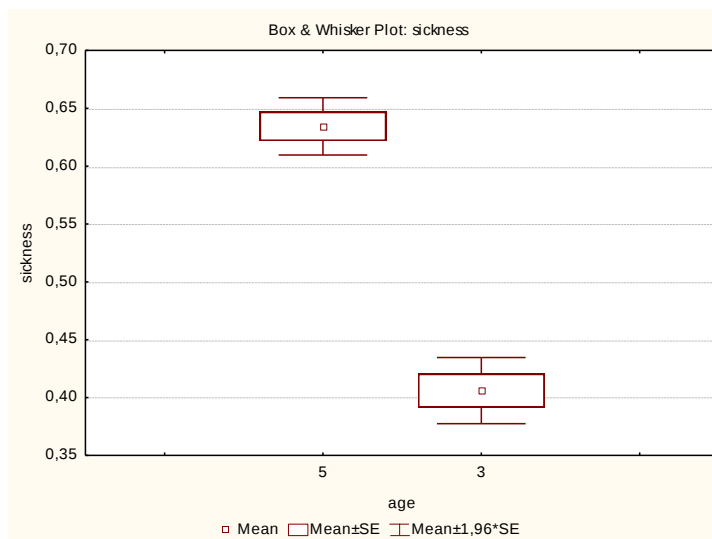
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до приватних медичних закладів або приватного практикуючого лікаря у малих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
trauma	0,006873	0,007944	-0,316419	2586	0,751710	1455	1133	0,082646	0,088811	1,154761	0,010014



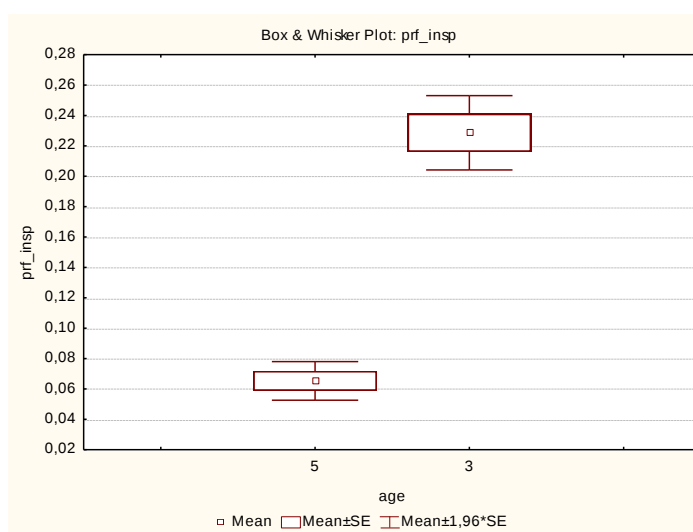
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з травмою або нещасним випадком у малих містах у 2021 році

T-tests; Grouping: age (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
sickness	0,634364	0,406002	11,85992	2586	0,00	1455	1133	0,481774	0,491302	1,039946	0,483009



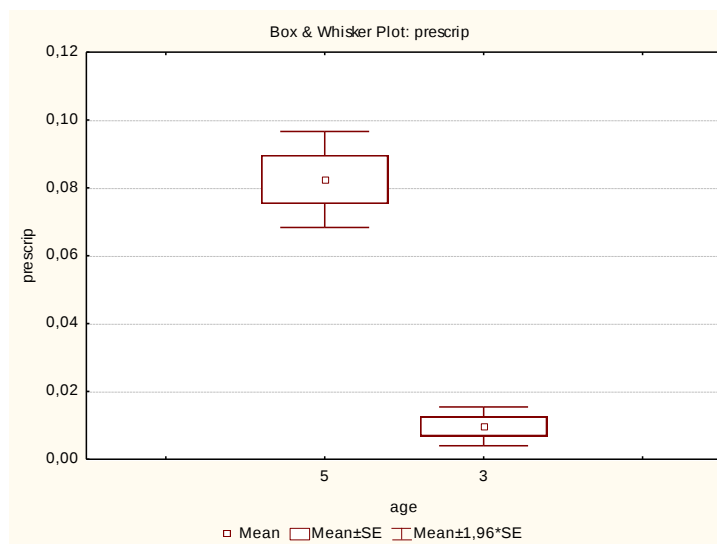
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям у малих містах 2021 році

T-tests; Grouping: age (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
prf_insp	0,065292	0,228597	-12,3377	2586	0,00	1455	1133	0,247125	0,420114	2,890013	0,00



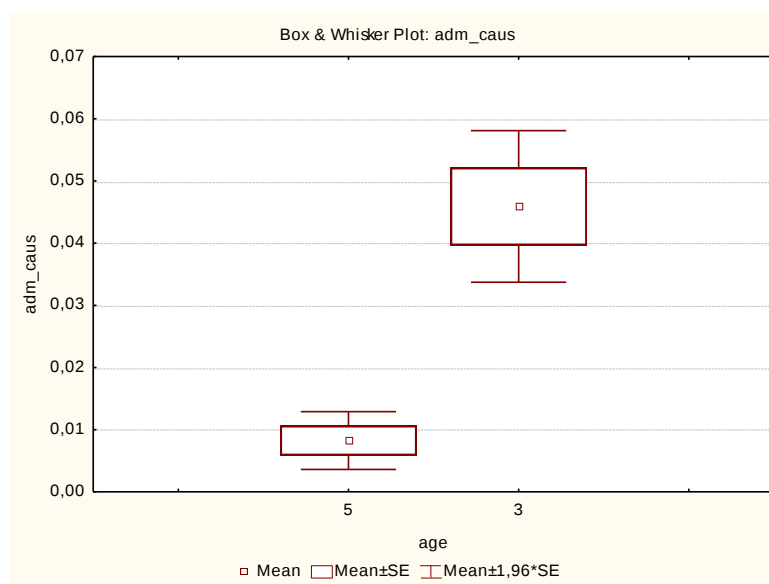
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з профілактичним оглядом у малих містах 2021році

T-tests; Grouping: age (ММ фізичні особи 21.ста)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
prescrip	0,082474	0,009709	8,490201	2586	0,000000	1455	1133	0,275180	0,098097	7,869115	0,00



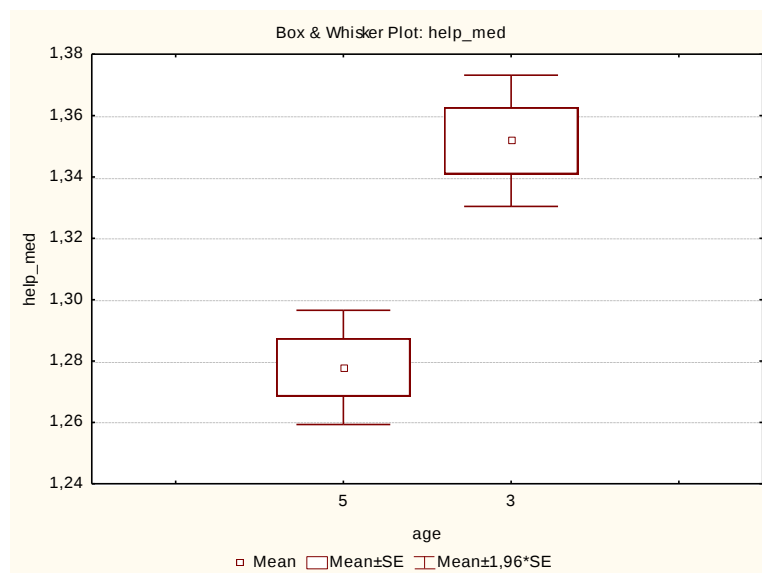
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з поновленням рецептів у малих містах 2021 році

T-tests; Grouping: age (ММ фізичні особи 21.ста)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
adm_caus	0,008247	0,045896	-6,16080	2586	0,000000	1455	1133	0,090471	0,209352	5,354668	0,00



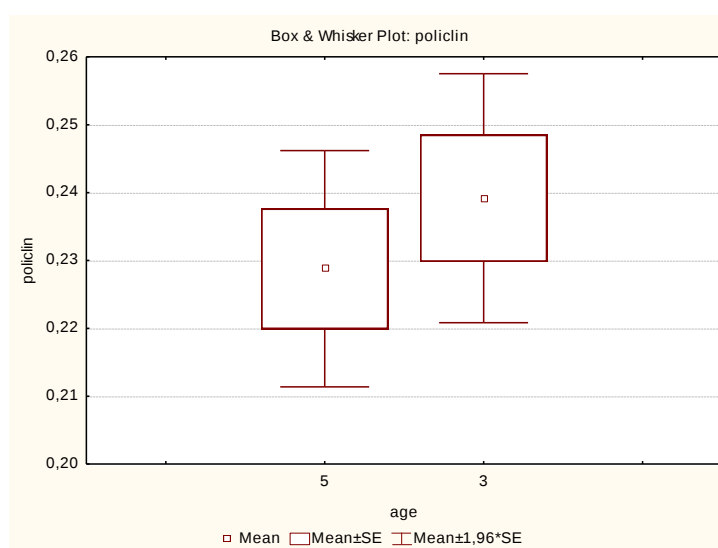
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з адміністративних причин у малих містах 2021 році

T-tests; Grouping: age (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
help_med	1,277927	1,351781	-5,12586	4314	0,000000	2238	2078	0,449074	0,497393	1,226770	0,000002



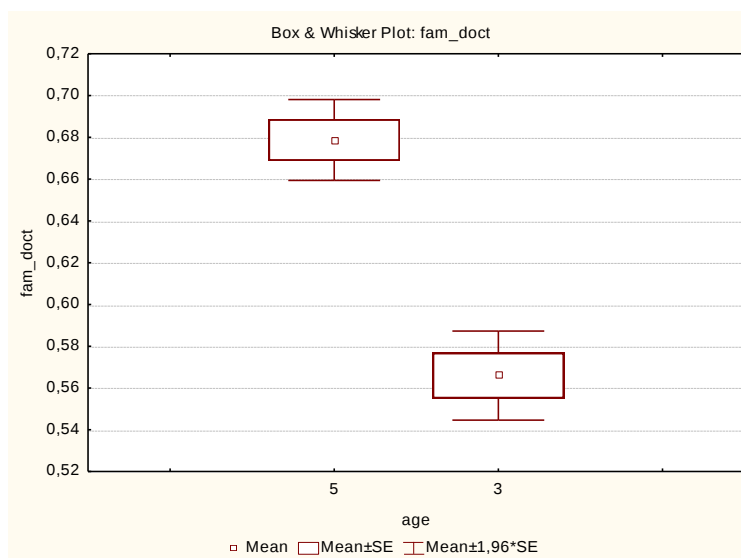
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до медичного закладу протягом останнього року на сільських територіях у 2021 році

T-tests; Grouping: age (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
policlin	0,228776	0,239172	-0,806220	4314	0,420160	2238	2078	0,420138	0,426681	1,031387	0,472924



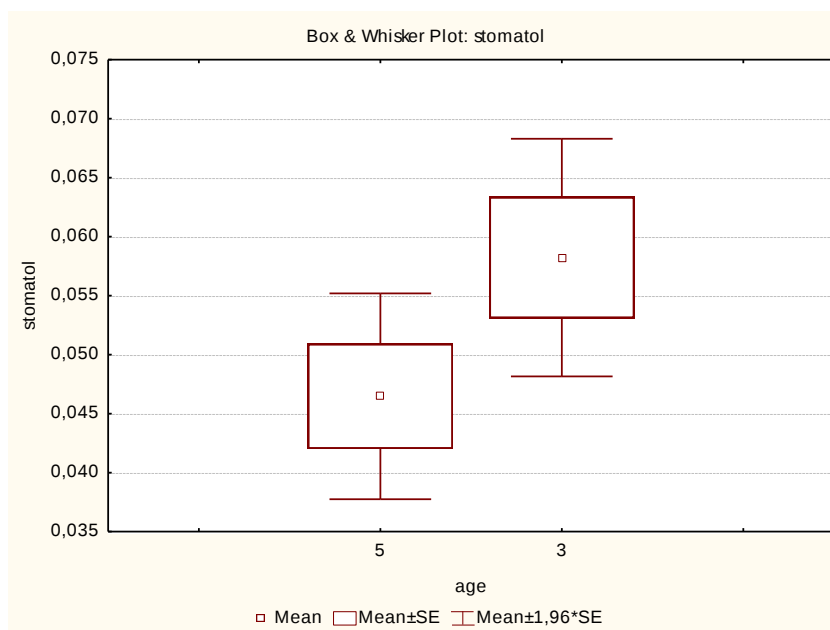
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я - поліклініки протягом останнього року на сільських територіях у 2021 році

T-tests; Grouping: age (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
fam_doct	0,678731	0,565929	7,696640	4314	0,000000	2238	2078	0,467068	0,495754	1,126604	0,005645



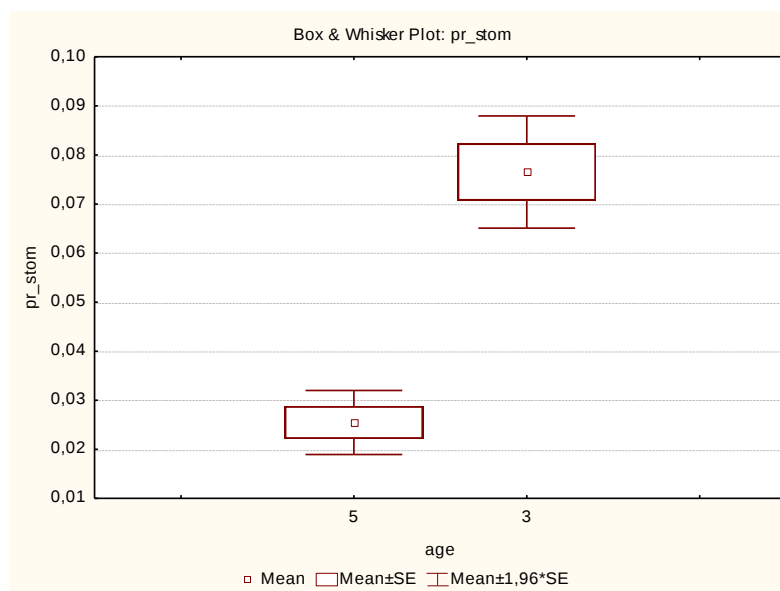
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до сімейного лікаря на сільських територіях у 2021 році

T-tests; Grouping: age (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
stomatol	0,046470	0,058229	-1,73664	4314	0,082523	2238	2078	0,210548	0,234232	1,237635	0,000001



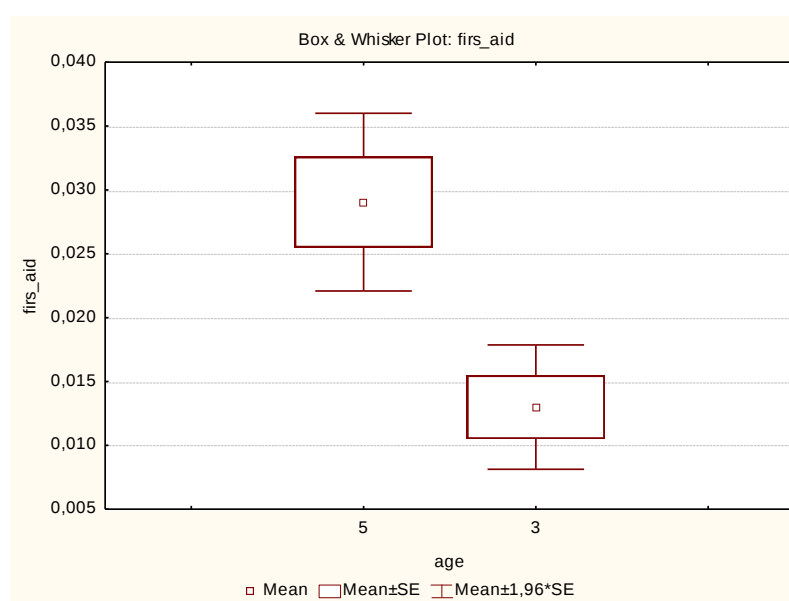
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до стоматолога в державі установи на сільських територіях у 2021 році

T-tests; Grouping: age (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
pr_stom	0,025469	0,076516	-7,73631	4314	0,000000	2238	2078	0,157580	0,265886	2,846988	0,00



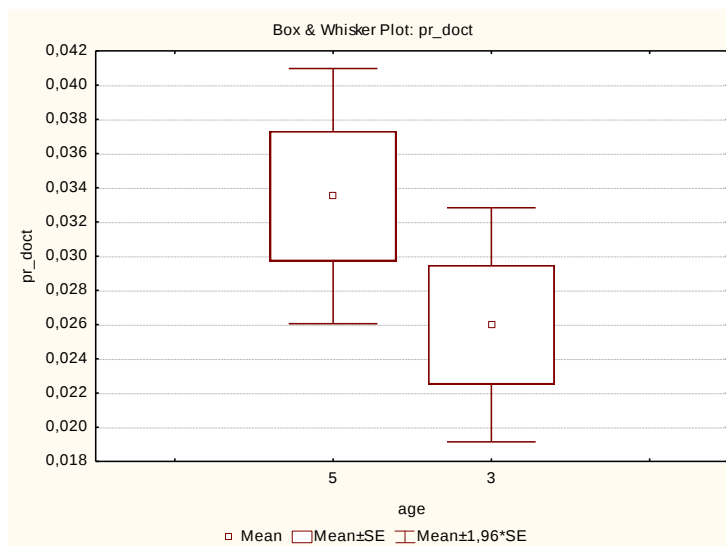
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до приватного стоматолога на сільських територіях у 2021 році

T-tests; Grouping: age (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
firs_aid	0,029044	0,012993	3,652555	4314	0,000263	2238	2078	0,167967	0,113272	2,198870	0,00



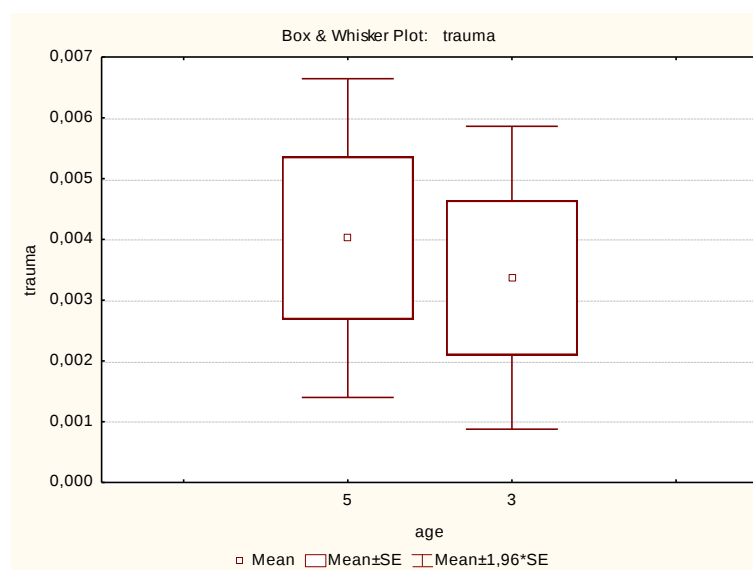
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до швидкої медичної допомоги на сільських територіях у 2021 році

T-tests; Grouping: age (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
pr_doct	0,033512	0,025987	1,450742	4314	0,146925	2238	2078	0,180010	0,159133	1,279586	0,000000



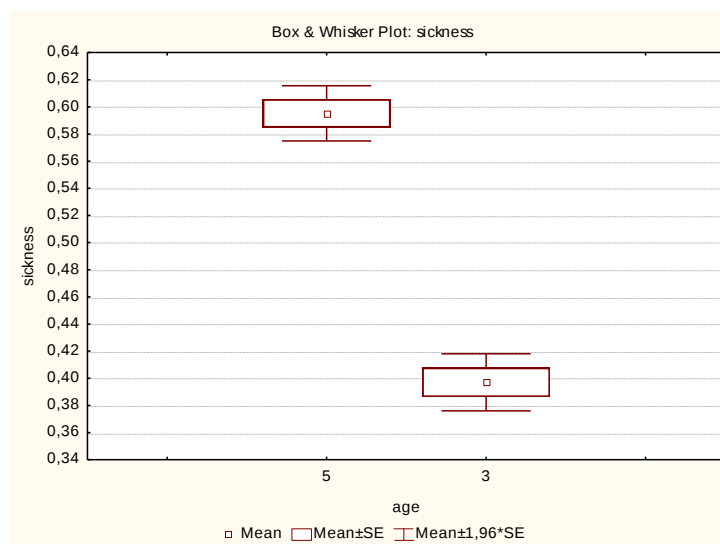
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до приватних медичних закладів або приватного практикуючого лікаря на сільських територіях у 2021 році

T-tests; Grouping: age (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
trauma	0,004021	0,003369	0,352534	4314	0,724455	2238	2078	0,063301	0,057956	1,192972	0,000044



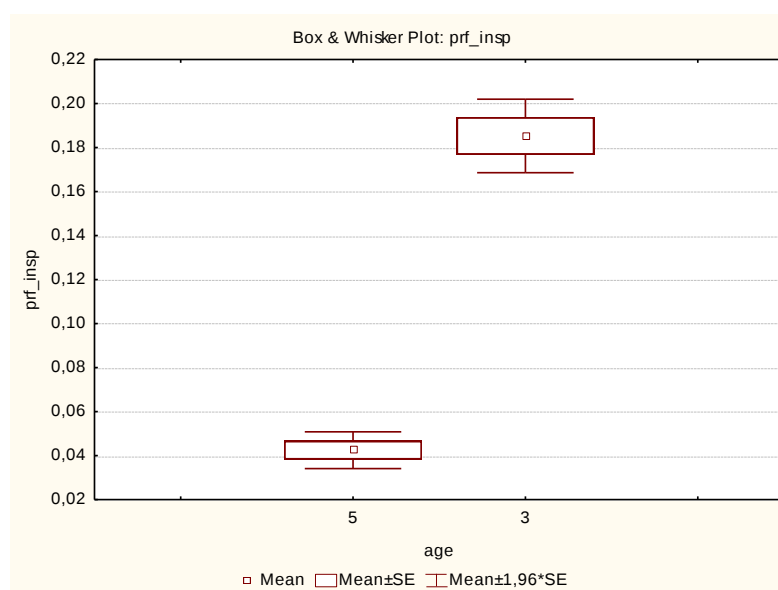
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з травмою або нещасним випадком на сільських територіях у 2021 році

T-tests; Grouping: age (CT фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
sickness	0,595174	0,397016	13,26903	4314	0,00	2238	2078	0,490968	0,489397	1,006430	0,882209



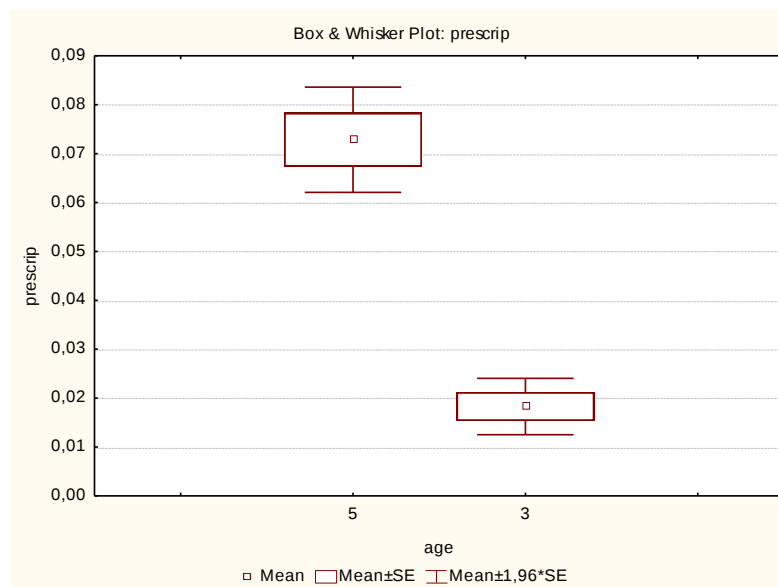
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з профілактичним оглядом на сільських територіях у 2021 році

T-tests; Grouping: age (CT фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
prf_insp	0,042449	0,185274	-15,3083	4314	0,00	2238	2078	0,201655	0,388613	3,713778	0,00



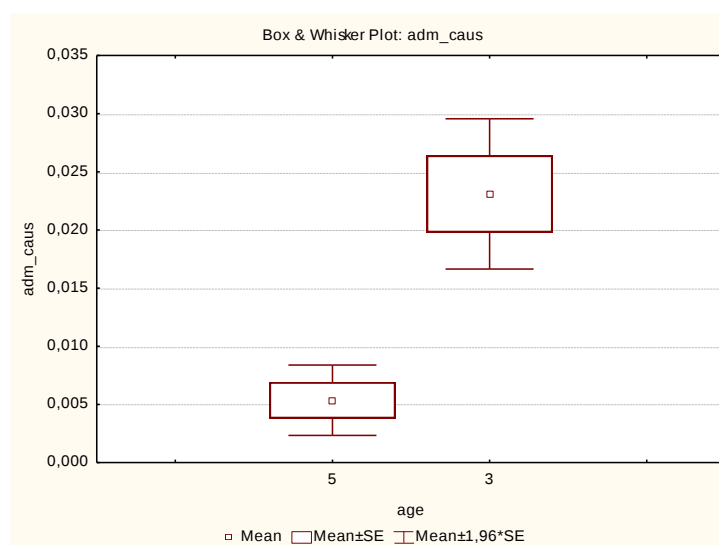
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям на сільських територіях у 2021 році

T-tests; Grouping: age (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
prescrip	0,072833	0,018287	8,567158	4314	0,000000	2238	2078	0,259920	0,134019	3,761386	0,00



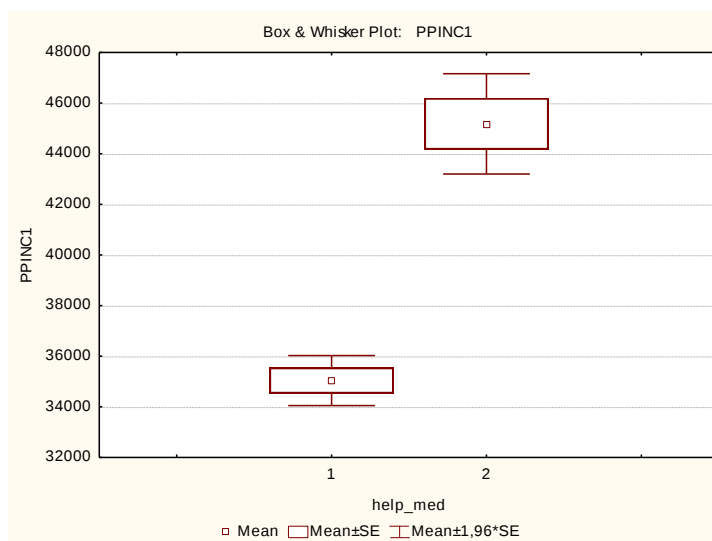
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів на сільських територіях у 2021 році

T-tests; Grouping: age (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 5											
Group 2: 3											
Variable	Mean 5	Mean 3	t-value	df	p	Valid N 5	Valid N 3	Std.Dev. 5	Std.Dev. 3	F-ratio Variances	p Variances
adm_caus	0,005362	0,023099	-4,98597	4314	0,000001	2238	2078	0,073045	0,150255	4,231311	0,00



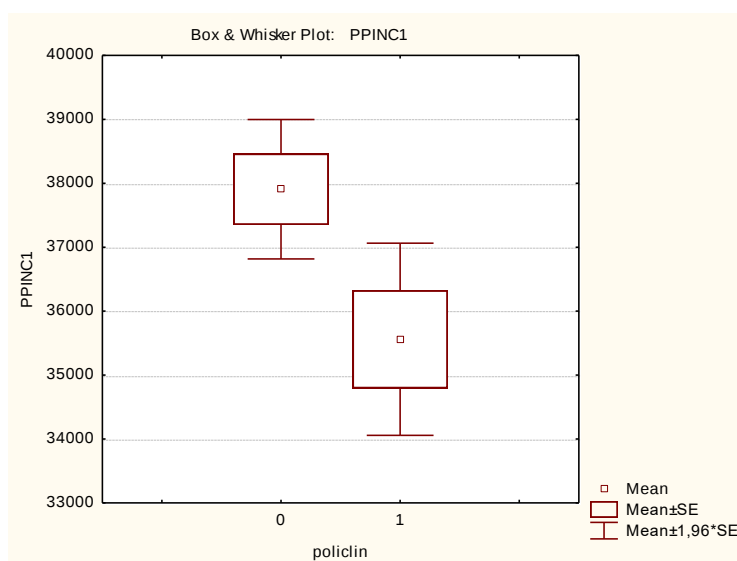
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до закладів охорони здоров'я з адміністративних причин на сільських територіях у 2021 році

T-tests; Grouping: help_med (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 2											
Variable	Mean 1	Mean 2	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 2	Std.Dev. 1	Std.Dev. 2	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	35038,69	45181,21	-9,32767	15747	0,000000	12258	3491	55782,32	59726,66	1,146419	0,000000



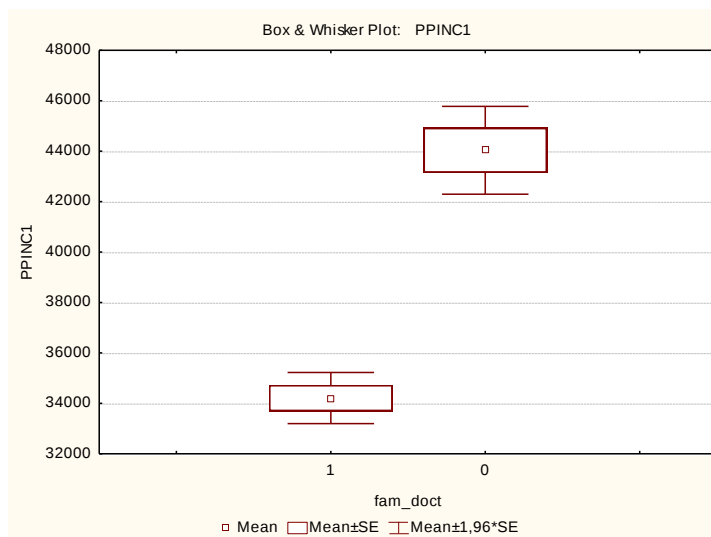
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до медичного закладу протягом останнього року в залежності від рівня доходів респондентів в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: policlin (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	37907,63	35559,55	2,422447	15822	0,015428	10808	5016	57830,38	54299,57	1,134277	0,000000



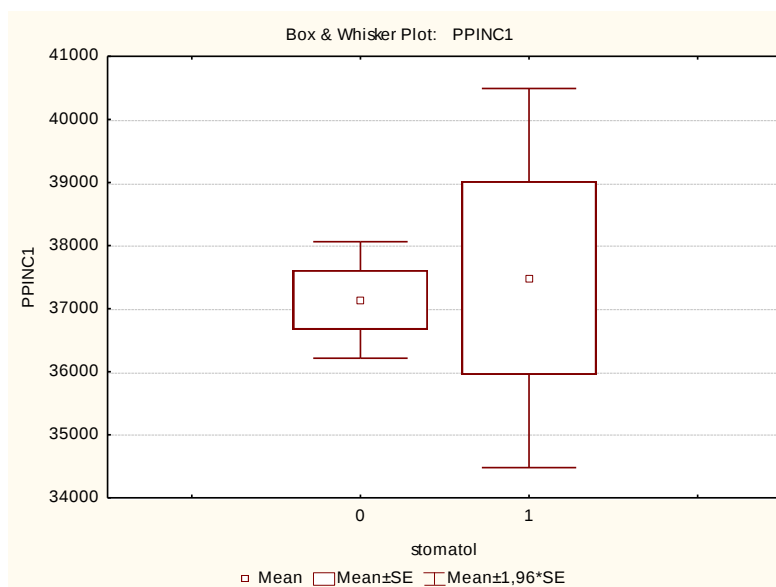
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів в поліклініку (крім стоматолога) в залежності від рівня доходів респондентів в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: fam_doct (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 0											
Variable	Mean 1	Mean 0	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 0	Std.Dev. 1	Std.Dev. 0	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	34211,22	44037,46	-10,0178	15822	0,000000	11070	4754	54435,30	61242,74	1,265750	0,000000



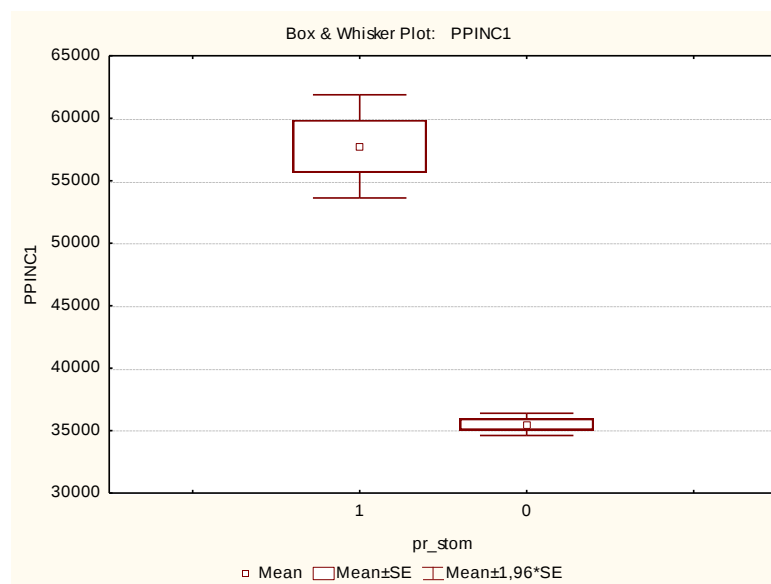
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звернень респондентів в поліклініку до сімейного лікаря в залежності від рівня доходів респондентів в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: stomatol (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	37137,81	37484,84	-0,200744	15822	0,840901	14661	1163	57083,82	52289,25	1,191794	0,000075



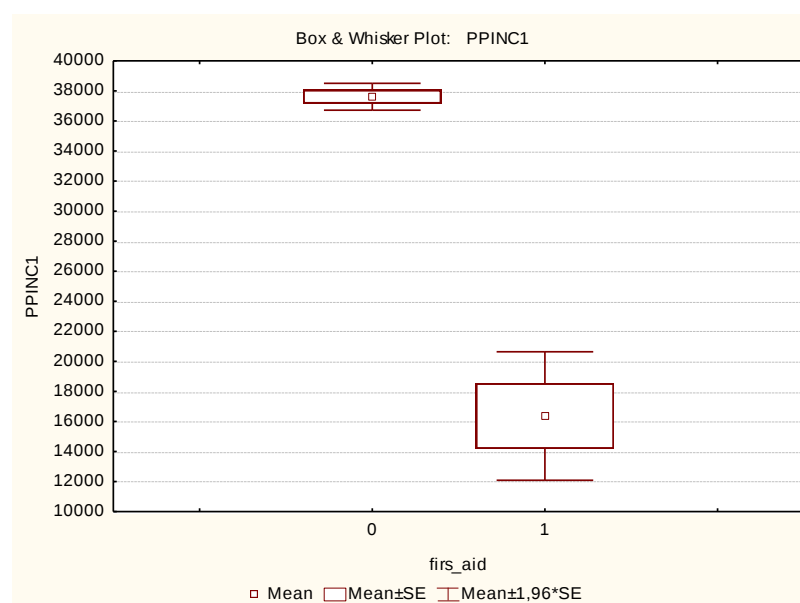
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до стоматолога в державній медичній установі в залежності від рівня доходів респондентів в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: pr_stom (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 0											
Variable	Mean 1	Mean 0	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 0	Std.Dev. 1	Std.Dev. 0	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	57752,90	35499,67	13,04378	15822	0,00	1183	14641	72438,34	54948,68	1,737891	0,00



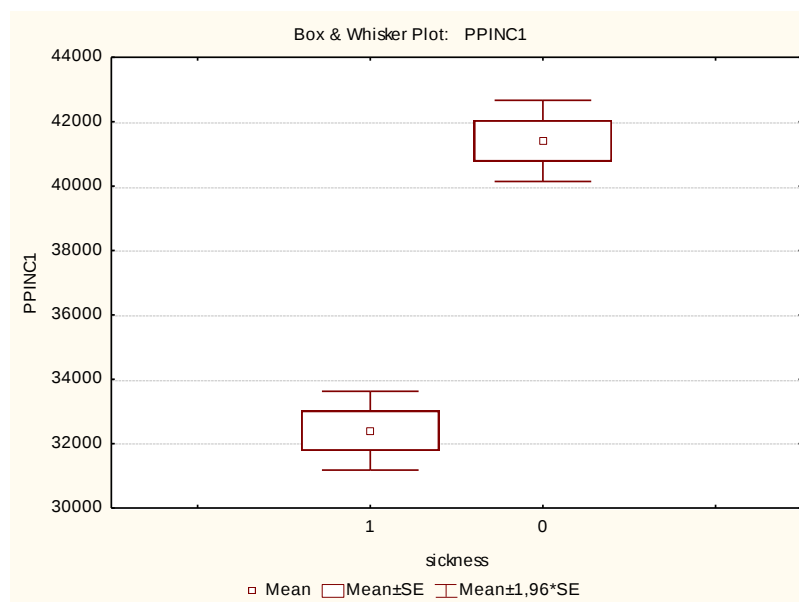
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо візитів до приватного стоматолога в залежності від рівня доходів респондентів в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: firs_aid (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	37613,18	16363,36	6,790963	15822	0,000000	15489	335	56970,02	39913,43	2,037298	0,000000



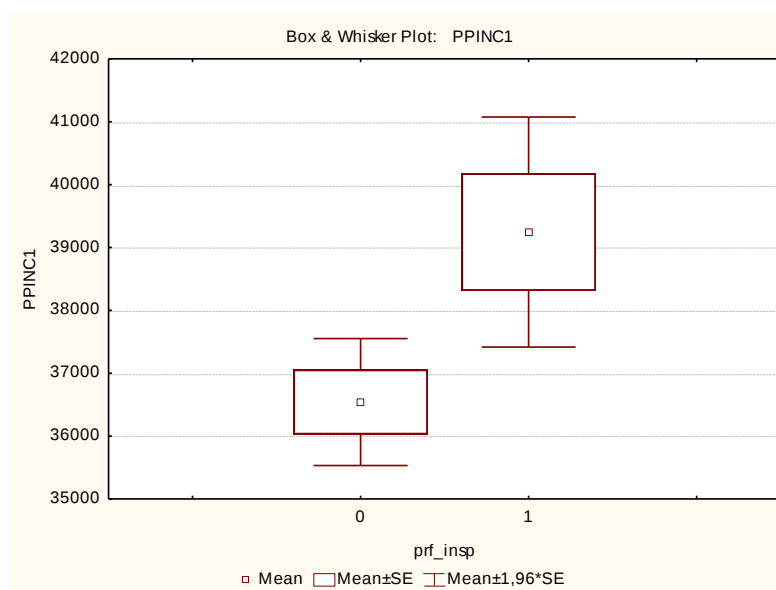
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертання до швидкої медичної допомоги в залежності від рівня доходів респондентів в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: sickness (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 0											
Variable	Mean 1	Mean 0	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 0	Std.Dev. 1	Std.Dev. 0	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	32402,61	41404,09	-9,99196	15822	0,000000	7455	8369	53932,16	58815,38	1,189286	0,000000



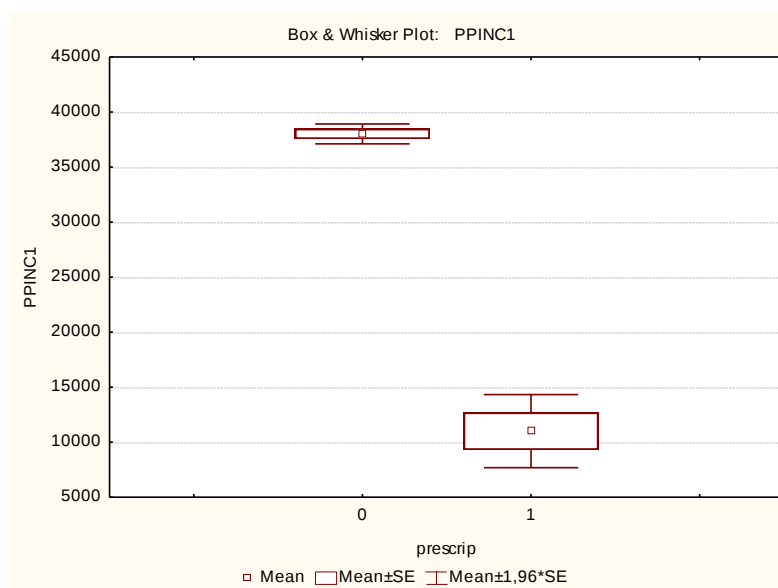
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертання до медичних закладів у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: prf_insp (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	36541,30	39246,10	-2,52369	15822	0,011623	12185	3639	56858,34	56316,15	1,019348	0,476996



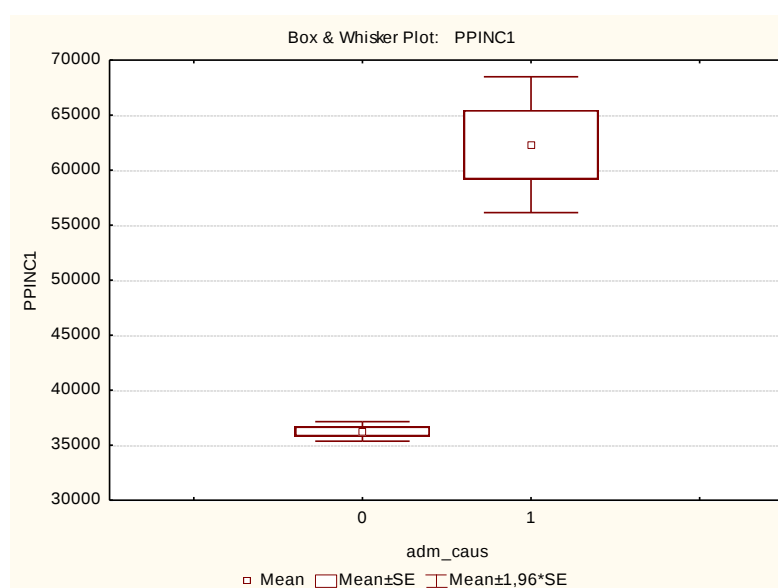
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертання до медичних закладів у зв'язку з необхідністю профілактичного огляду в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: prescrip (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	38016,83	11004,95	10,51107	15822	0,000000	15324	500	57053,26	37905,08	2,265510	0,000000



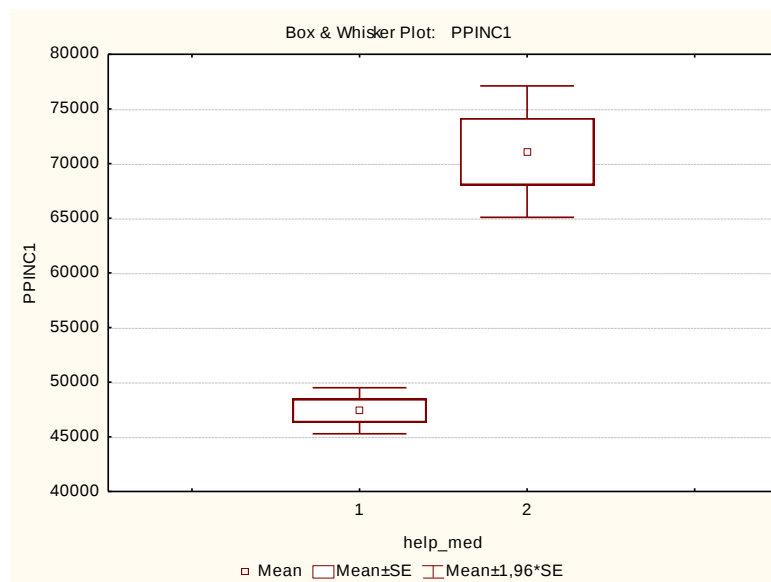
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертання до медичних закладів у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: adm_caus (Україна фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	36254,23	62314,73	-10,6380	15822	0,000000	15272	552	55810,00	74039,55	1,759963	0,000000



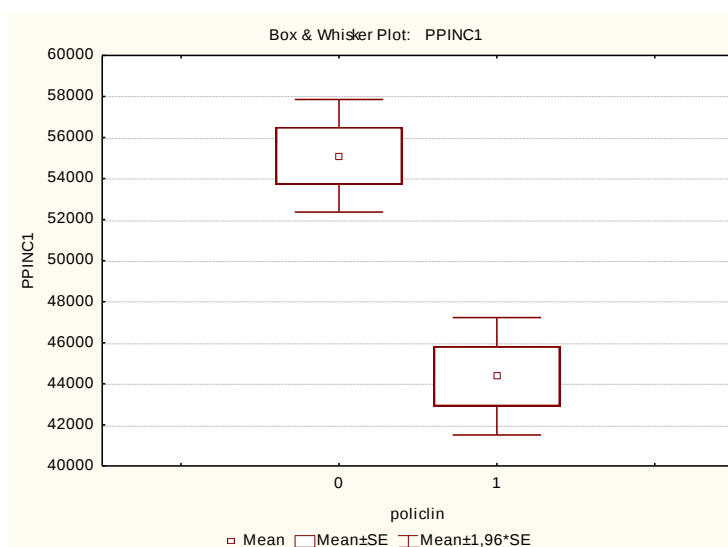
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертання до медичних закладів у зв'язку з адміністративними причинами в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: help_med (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 2											
Variable	Mean 1	Mean 2	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 2	Std.Dev. 1	Std.Dev. 2	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	47393,39	71097,55	-8,33859	4787	0,000000	4055	734	68429,03	83076,31	1,473919	0,000000



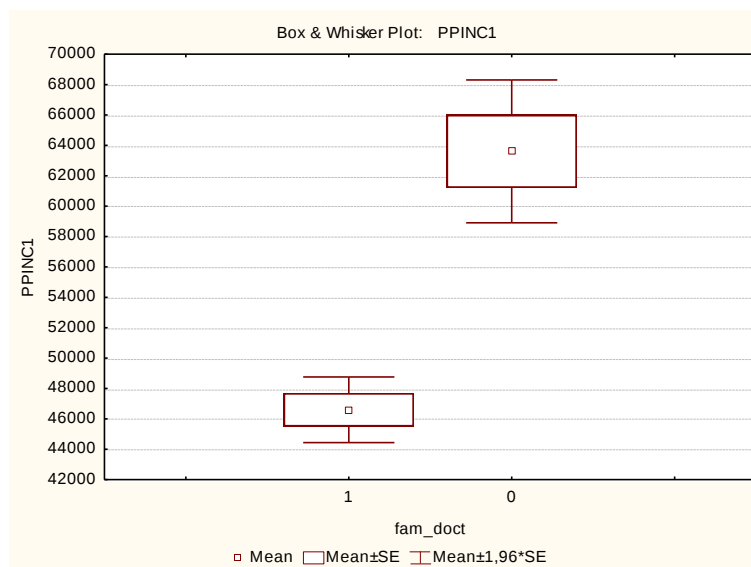
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до медичного закладу протягом останнього року в залежності від рівня доходів респондентів у великих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: policlin (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	55111,45	44368,21	5,095143	4796	0,000000	2940	1858	75901,59	62886,29	1,456766	0,000000



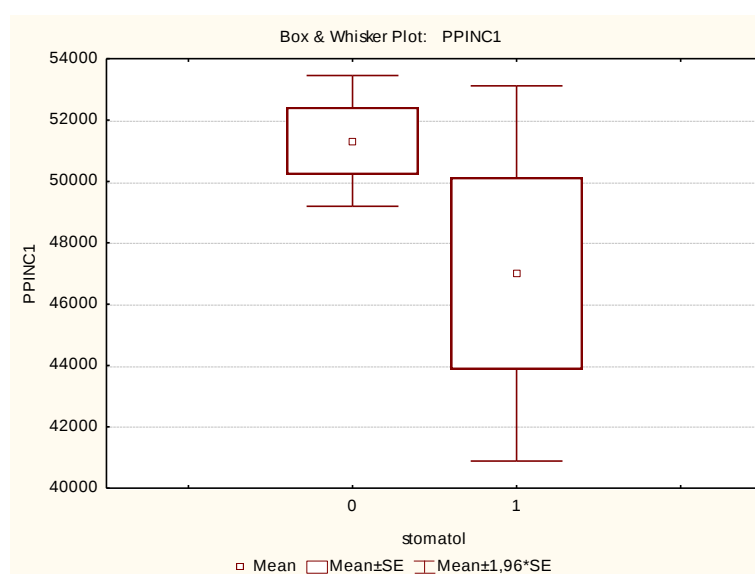
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів в поліклініку (крім стоматолога) в залежності від рівня доходів респондентів у великих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: fam_doct (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 0											
Variable	Mean 1	Mean 0	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 0	Std.Dev. 1	Std.Dev. 0	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	46598,28	63605,79	-7,24587	4796	0,000000	3570	1228	65837,11	84073,01	1,630691	0,000000



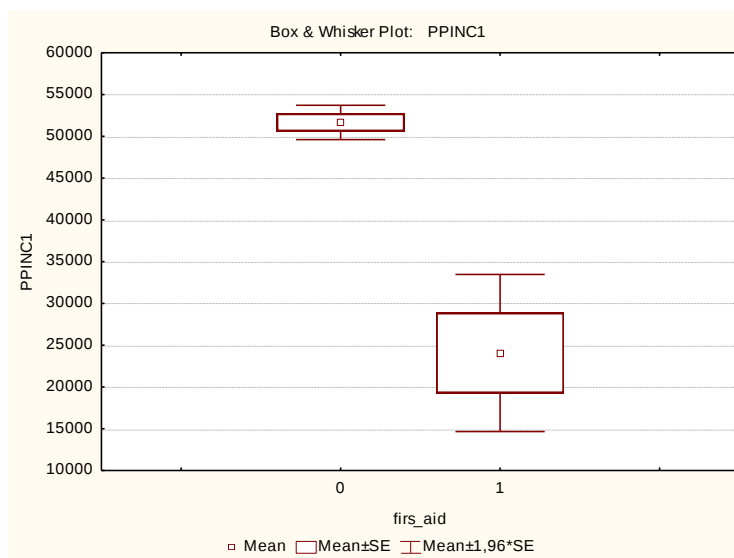
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звернень респондентів в поліклініку до сімейного лікаря в залежності від рівня доходів респондентів в великих містах в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: stomatol (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	51321,34	47000,20	1,174404	4796	0,240292	4387	411	72035,97	63249,76	1,297123	0,000635



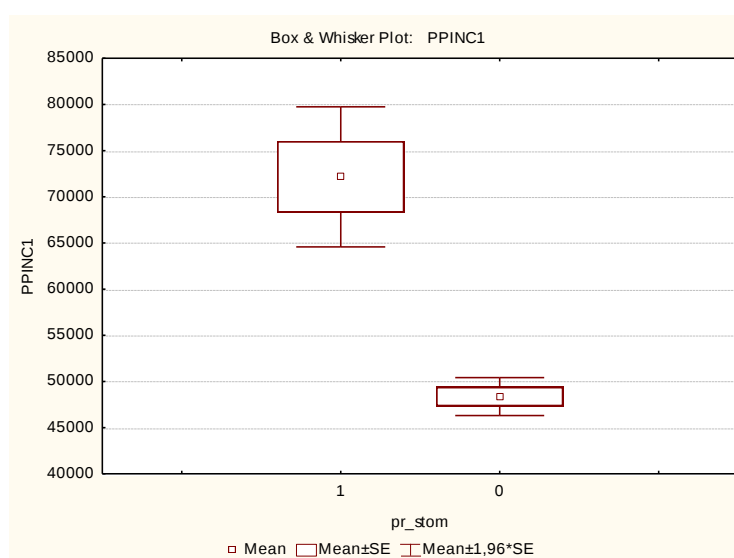
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до стоматолога в державній медичній установі в залежності від рівня доходів респондентів в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: firs_aid (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	51664,38	24068,25	4,259668	4796	0,000021	4674	124	71611,33	53419,06	1,797095	0,000040



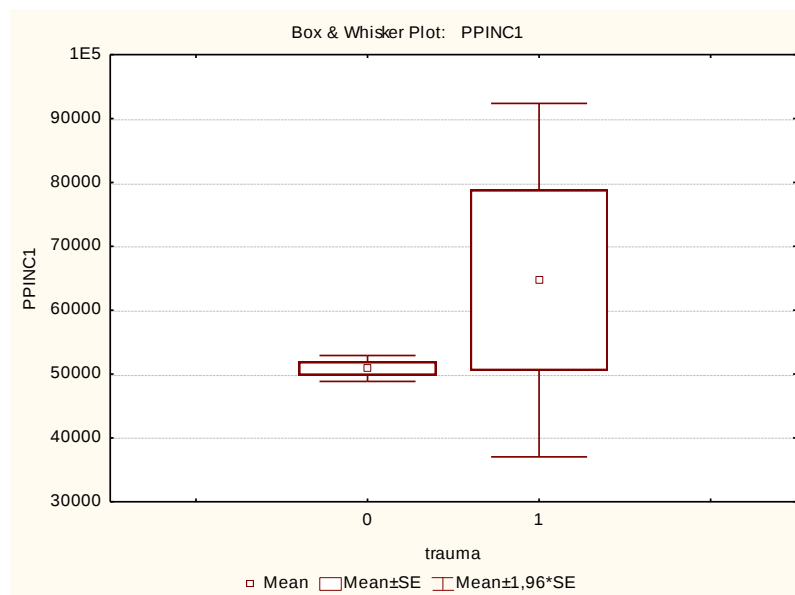
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертання до швидкої медичної допомоги в залежності від рівня доходів респондентів у великих містах в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: pr_stom (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 0											
Variable	Mean 1	Mean 0	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 0	Std.Dev. 1	Std.Dev. 0	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	72159,66	48367,69	7,226417	4796	0,000000	521	4277	88322,70	68540,21	1,660557	0,000000



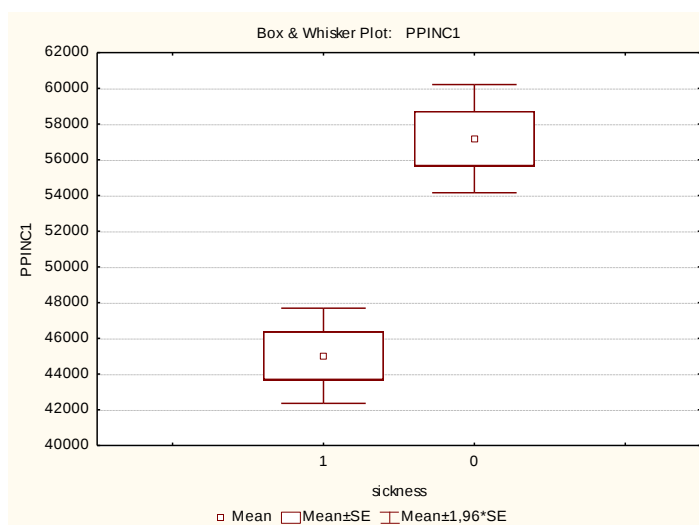
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо візитів до приватного стоматолога в залежності від рівня доходів респондентів в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: trauma (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	50873,37	64701,30	-1,00448	4796	0,315197	4771	27	71318,75	73351,20	1,057808	0,767700



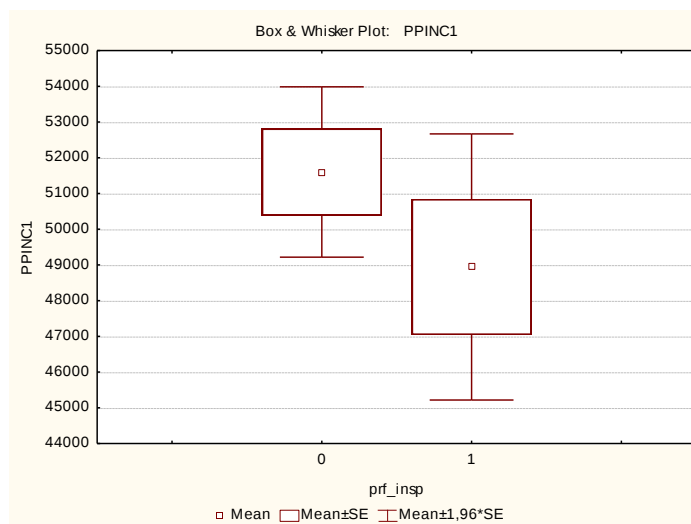
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо візитів звертання за медичною допомогою у зв'язку з травмою в залежності від рівня доходів респондентів у великих містах в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: sickness (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 0											
Variable	Mean 1	Mean 0	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 0	Std.Dev. 1	Std.Dev. 0	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	45025,64	57185,93	-5,92337	4796	0,000000	2460	2338	67430,27	74723,97	1,228033	0,000000



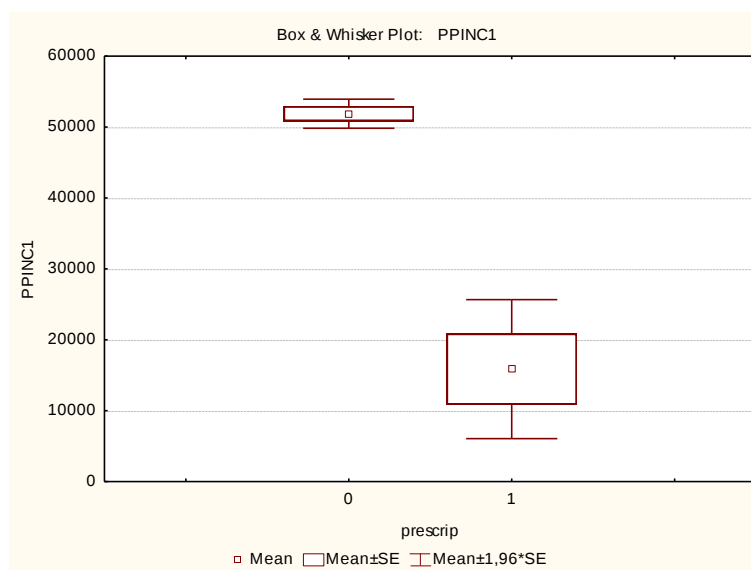
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертань за медичною допомогою у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям в залежності від рівня доходів респондентів у великих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: prf_insp (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	51601,80	48942,82	1,110071	4796	0,267024	3624	1174	73226,22	65117,77	1,264545	0,000001



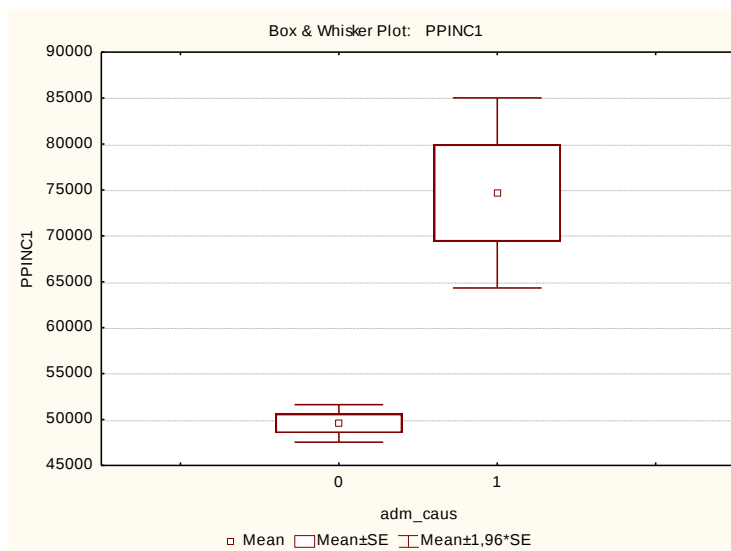
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертань за медичною допомогою у зв'язку з необхідністю профілактичного огляду в залежності від рівня доходів респондентів у великих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: prescrip (BM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	51889,74	15864,06	5,590207	4796	0,000000	4673	125	71465,40	55912,99	1,633677	0,000472



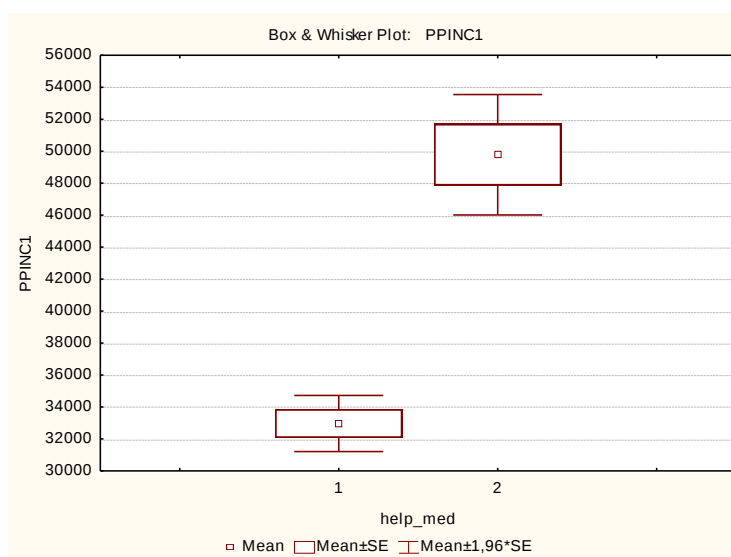
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертань за медичною допомогою у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів в залежності від рівня доходів респондентів у великих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: adm_caus (ВМ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	49575,65	74669,94	-5,56405	4796	0,000000	4535	263	70177,69	85625,38	1,488699	0,000002



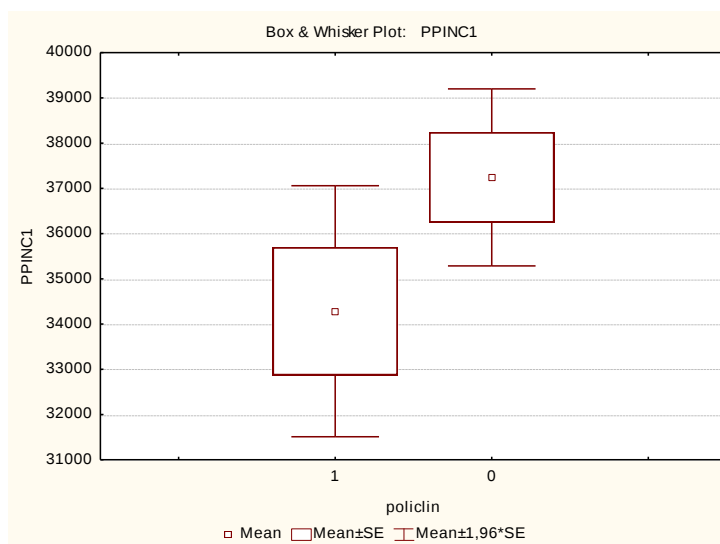
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертань за медичною допомогою у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів в залежності від рівня доходів респондентів у великих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: help_med (ММ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 2											
Variable	Mean 1	Mean 2	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 2	Std.Dev. 1	Std.Dev. 2	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	32963,99	49779,07	-8,38419	4238	0,000000	3357	883	51898,96	57123,51	1,211470	0,000251



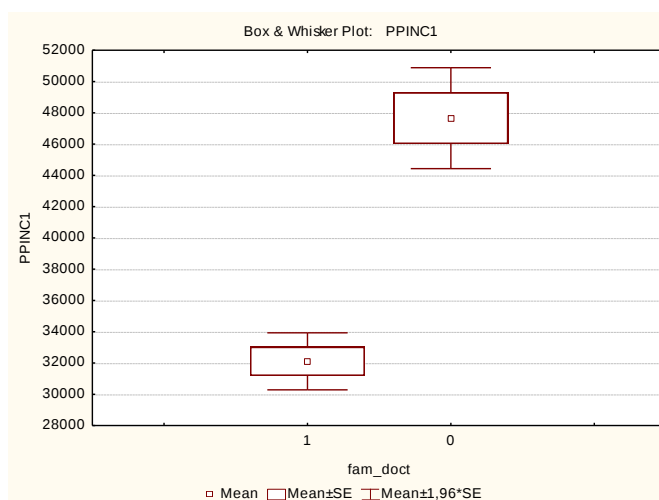
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до медичного закладу протягом останнього року в залежності від рівня доходів респондентів в малих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: policlin (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 0											
Variable	Mean 1	Mean 0	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 0	Std.Dev. 1	Std.Dev. 0	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	34283,22	37242,75	-1,64927	4253	0,099165	1256	2999	50177,28	54679,28	1,187494	0,000366



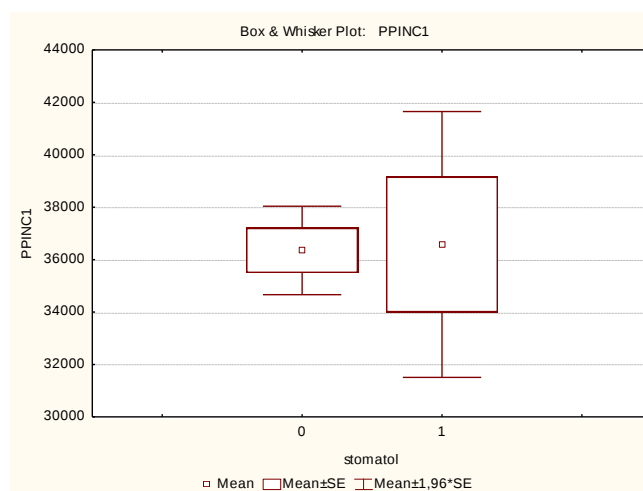
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів в поліклініку (крім стоматолога) в залежності від рівня доходів респондентів в малих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: fam_doct (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 0											
Variable	Mean 1	Mean 0	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 0	Std.Dev. 1	Std.Dev. 0	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	32107,86	47658,27	-8,54367	4253	0,000000	3089	1166	51665,12	56230,59	1,184542	0,000411



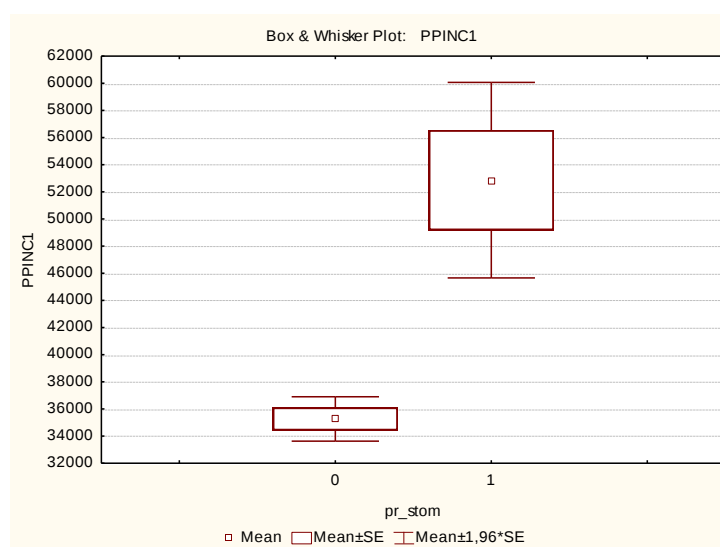
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звернень респондентів в поліклініку до сімейного лікаря в залежності від рівня доходів респондентів в малих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: stomatol (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	36351,17	36578,21	-0,074888	4253	0,940308	3918	337	53883,76	47502,13	1,286736	0,002660



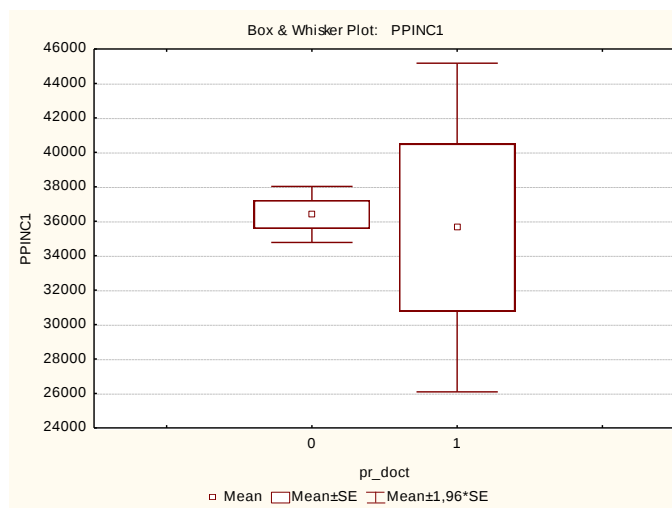
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до стоматолога в державній медичній установі в залежності від рівня доходів респондентів в малих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: pr_stom (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	35264,95	52861,84	-5,22889	4253	0,000000	3988	267	52750,15	60056,58	1,296205	0,002406



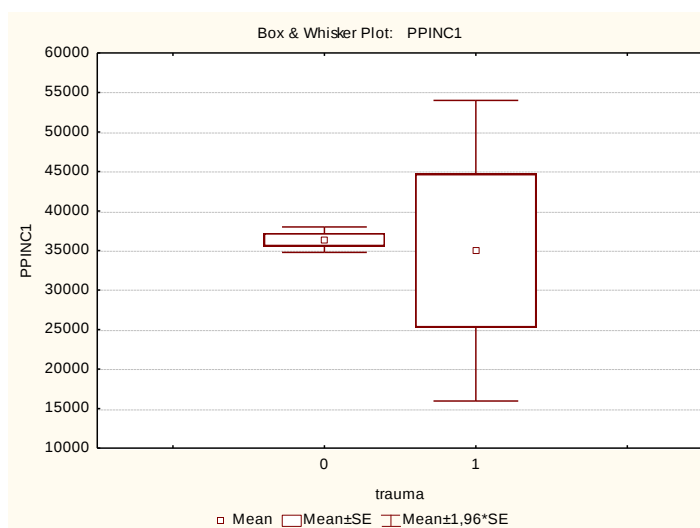
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо візитів до приватного стоматолога в залежності від рівня доходів респондентів в малих містах в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: pr_doct (ММ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	36394,29	35635,52	0,165884	4253	0,868256	4114	141	53250,66	57817,29	1,178869	0,153694



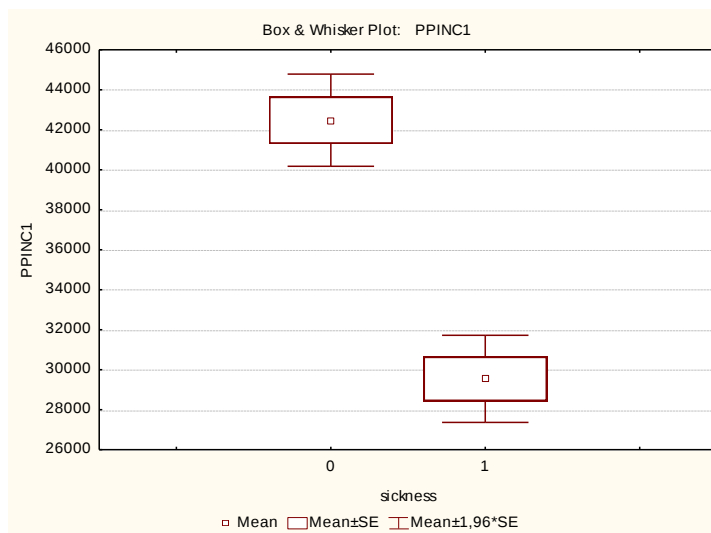
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо візитів до платної медичної установи або приватного практикуючого лікаря (крім стоматолога) в залежності від рівня доходів респондентів в малих містах в Україні в 2021 році

T-tests; Grouping: trauma (ММ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	36376,68	34984,35	0,124689	4253	0,900776	4232	23	53440,69	46535,90	1,318767	0,439406



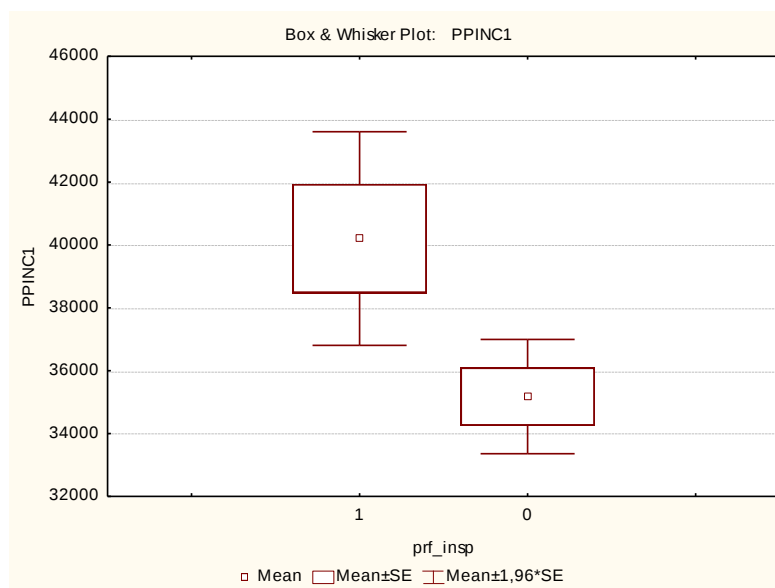
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо візитів звертання за медичною допомогою у зв'язку з травмою в залежності від рівня доходів респондентів в малих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: sickness (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean	Mean	t-value	df	p	Valid N	Valid N	Std.Dev.	Std.Dev.	F-ratio	p
	0	1				0	1	0	1	Variances	Variances
PPINC1	42480,63	29543,14	7,947052	4253	0,000000	2245	2010	55739,18	49796,71	1,252910	0,000000



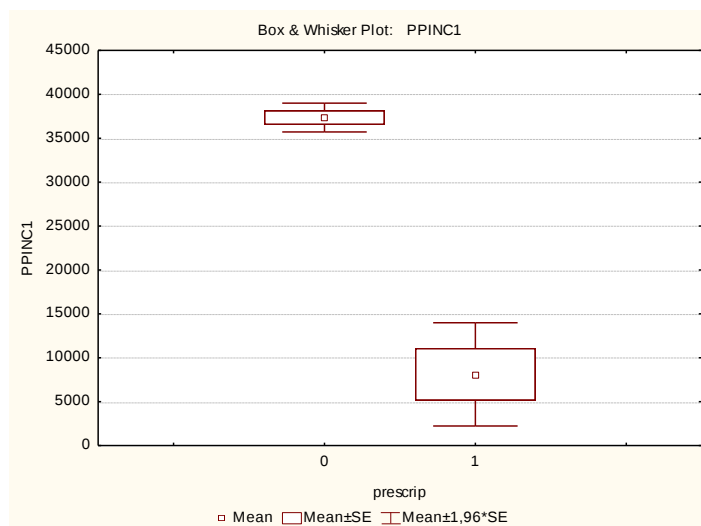
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертань за медичною допомогою у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям в залежності від рівня доходів респондентів у малих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: prf_insp (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 0											
Variable	Mean	Mean	t-value	df	p	Valid N	Valid N	Std.Dev.	Std.Dev.	F-ratio	p
	1	0				1	0	1	0	Variances	Variances
PPINC1	40204,04	35177,10	2,613493	4253	0,008994	1009	3246	55079,54	52820,47	1,087367	0,096275



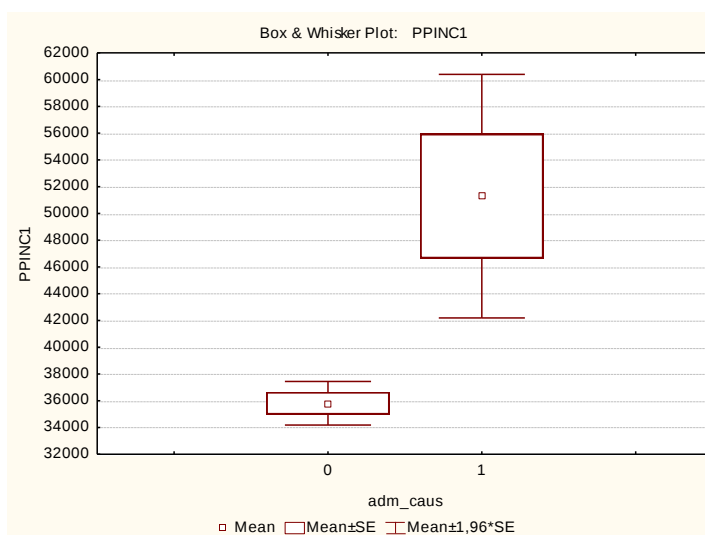
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертань за медичною допомогою у зв'язку з необхідністю профілактичного огляду в залежності від рівня доходів респондентів у малих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: prescrip (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	37351,89	8110,140	6,468038	4253	0,000000	4112	143	53643,59	35889,97	2,234032	0,000000



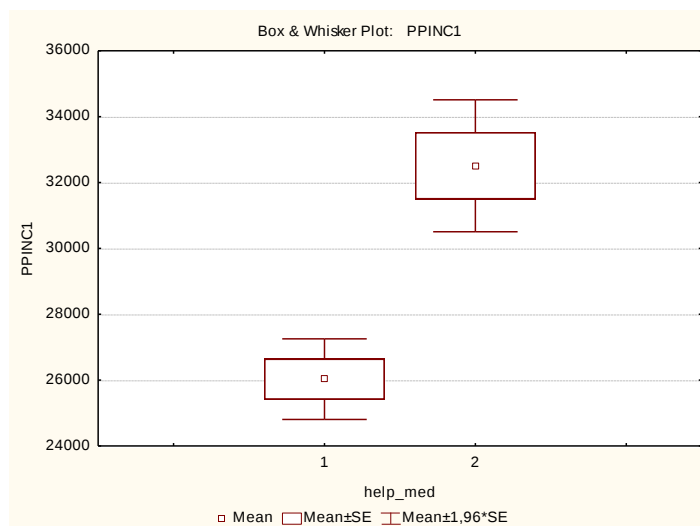
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертань за медичною допомогою у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів в залежності від рівня доходів респондентів у малих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: adm_caus (MM фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	35812,46	51294,26	-3,52572	4253	0,000427	4102	153	53170,82	57445,23	1,167242	0,163994



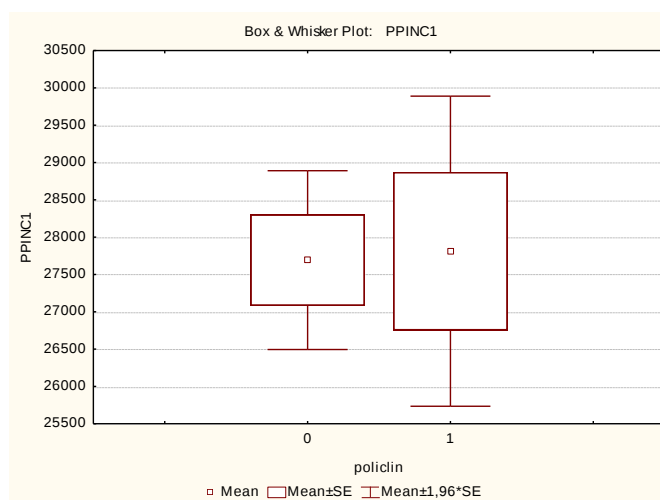
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертань за медичною допомогою у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів в залежності від рівня доходів респондентів у малих містах в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: help_med (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 2											
Variable	Mean 1	Mean 2	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 2	Std.Dev. 1	Std.Dev. 2	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	26029,51	32509,39	-5,46033	6654	0,000000	4793	1863	43211,81	44113,84	1,042185	0,280717



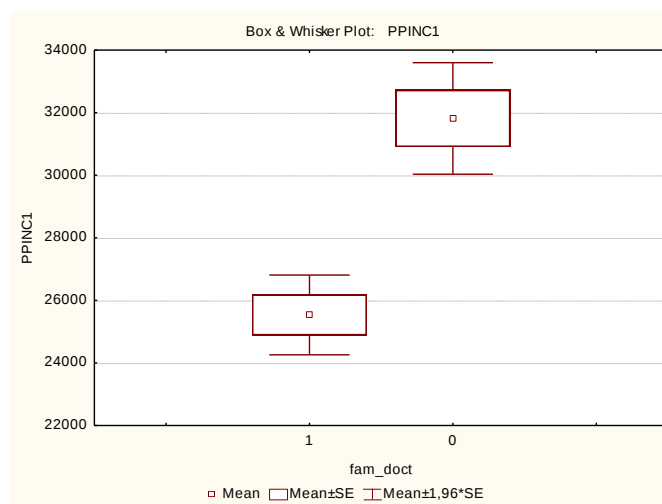
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертань за медичною допомогою у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів в залежності від рівня доходів респондентів на сільських територіях в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: policlin (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	27692,76	27811,70	-0,100664	6704	0,919820	4826	1880	42445,25	45959,32	1,172436	0,000028



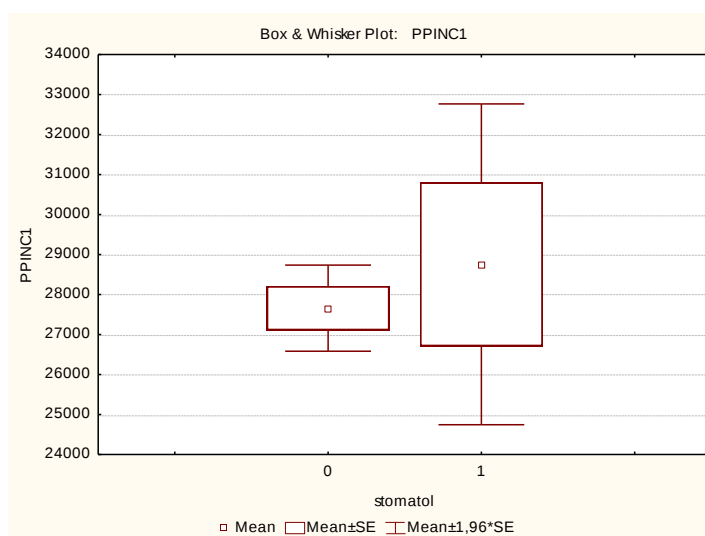
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів в поліклініку (крім стоматолога) в залежності від рівня доходів респондентів на сільських територіях в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: fam_doct (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 0											
Variable	Mean 1	Mean 0	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 0	Std.Dev. 1	Std.Dev. 0	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	25535,02	31816,93	-5,65485	6704	0,000000	4367	2339	43008,03	43997,30	1,046533	0,207181



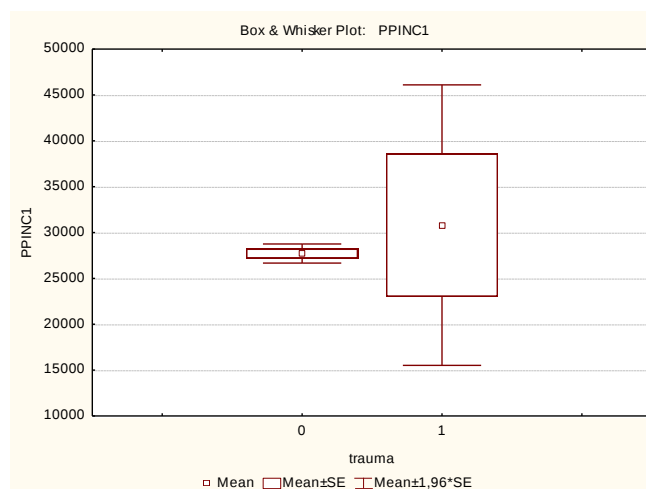
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звернень респондентів в поліклініку до сімейного лікаря в залежності від рівня доходів респондентів на сільських територіях в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: stomatol (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	27658,86	28756,02	-0,495891	6704	0,619987	6295	411	43583,83	41479,77	1,104023	0,182892



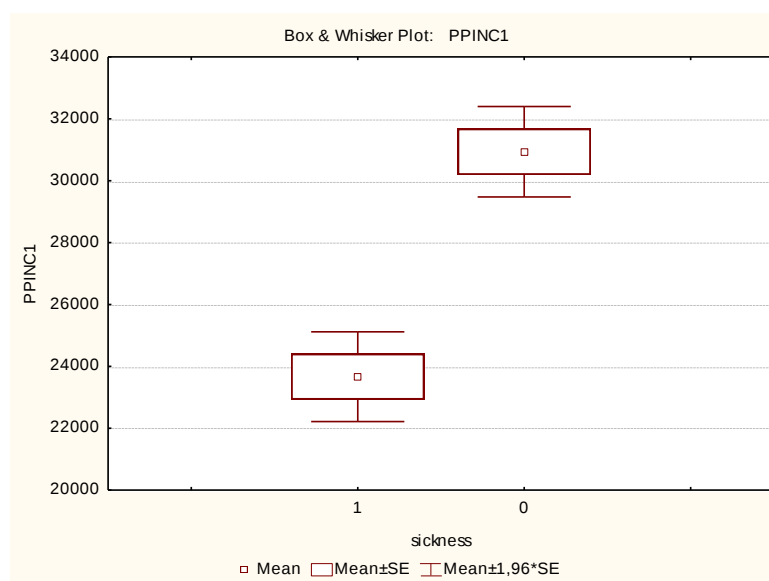
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо рівня звернень респондентів до стоматолога в державній медичній установі в залежності від рівня доходів респондентів на сільських територіях в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: trauma (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	27713,18	30809,11	-0,376173	6704	0,706800	6678	28	43466,98	41286,81	1,108399	0,779508



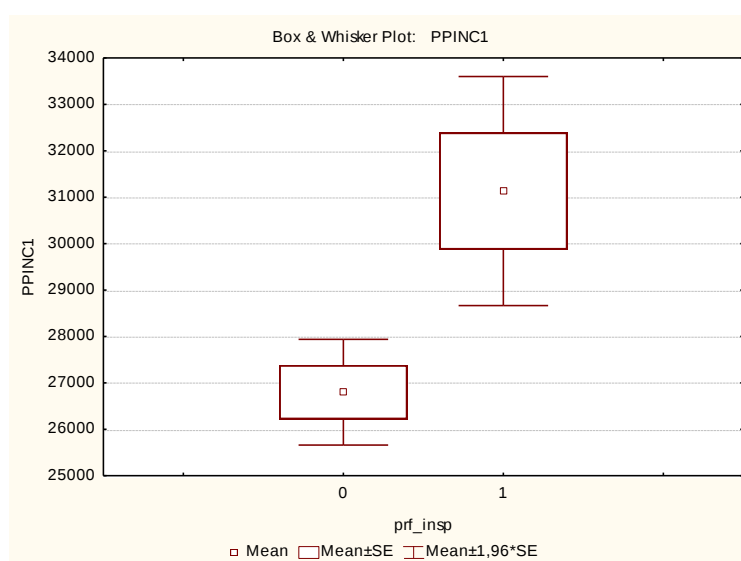
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо візитів звертання за медичною допомогою у зв'язку з травмою в залежності від рівня доходів респондентів в на сільських територіях в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: sickness (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 1											
Group 2: 0											
Variable	Mean 1	Mean 0	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 0	Std.Dev. 1	Std.Dev. 0	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	23665,62	30936,54	-6,82698	6704	0,000000	2961	3745	40237,11	45590,66	1,283803	0,000000



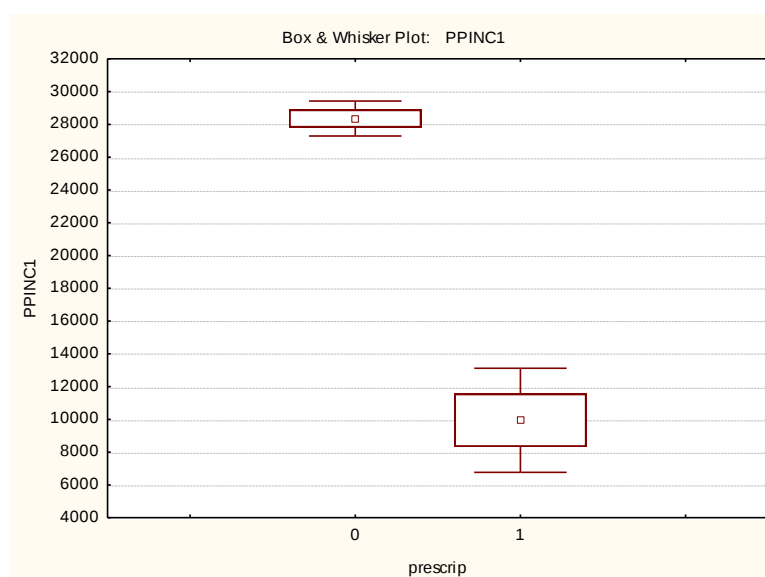
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертань за медичною допомогою у зв'язку з хворобою або проблемами зі здоров'ям в залежності від рівня доходів респондентів на сільських територіях в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: prf_insp (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	26799,52	31132,61	-3,35053	6704	0,000811	5272	1434	42194,33	47668,71	1,276317	0,000000



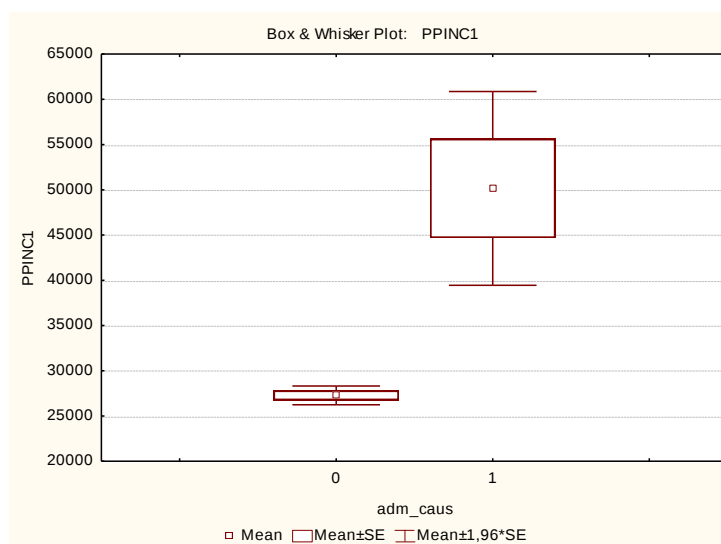
Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертань за медичною допомогою у зв'язку з необхідністю профілактичного огляду в залежності від рівня доходів респондентів на сільських територіях в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: prescrip (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	28357,67	9943,330	6,333719	6704	0,000000	6476	230	43846,52	24553,02	3,189044	0,000000



Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертань за медичною допомогою у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів в залежності від рівня доходів респондентів на сільських територіях в Україні у 2021 році

T-tests; Grouping: adm_caus (СТ фізичні особи 21.sta)											
Group 1: 0											
Group 2: 1											
Variable	Mean 0	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 0	Valid N 1	Std.Dev. 0	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
PPINC1	27279,24	50154,32	-5,98124	6704	0,000000	6575	131	42876,84	62552,30	2,128340	0,000000



Категоризована діаграма розмаху середніх значень відхилень щодо звертань за медичною допомогою у зв'язку з необхідністю поновлення рецептів в залежності від рівня доходів респондентів на сільських територіях в Україні у 2021 році

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії «А», проіндексованих у базах даних Web of Science Core Collection та/або Scopus

1. Kasianova N., Matviyiv V., Zabashtanskyi M., Dubyna M., Rogovyi A., Lashuk O. Financial Support of the Healthcare Development in the Conditions of Digitalization. *Universal Journal of Public Health*, 2022. Vol. 10, No. 2, pp. 209-218, DOI: <https://doi.org/10.13189/ujph.2022.100207> (Scopus)

Статті у наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії «Б»

2. Matviyiv V. Expenditure on the healthcare system in Ukraine in the context of improving the quality of provision of medical services, *Investytsiyi: praktyka ta dosvid*. 2020. Vol. 15-16. P. 92–99. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2020.15-16.92> **Індексується і реферується в базах даних:** CrossRef; Index Copernicus; Google Scholar, Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського.

3. Matviyiv V. Analysis of provision of medical services to the population by primary medical care doctors in the conditions of health system reform: regional level. *Економічний простір*. 2020. № 164. С. 147-151. DOI: <https://doi.org/10.32782/2224-6282/164-27> **Індексується і реферується в базах даних:** CrossRef; Index Copernicus; Google Scholar, Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського.

4. Ковальчук С.В. Матвіїв В.В. Маркетингова оцінка проблем в системі надання медичних послуг в контексті реформування сфери охорони здоров'я в Україні. *Економічний аналіз*. 2021. Том 31. № 4. С. 112-124. DOI: <https://doi.org/10.35774/econa2021.04.112> **Індексується і реферується в базах даних:** CrossRef; Index Copernicus; Google Scholar, Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського.

5. Матвіїв В. В. Рівні доступності послуг ланки первинної медичної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я: маркетинговий

підхід. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2022. Вип. 21(3(52)). С. 403–434. DOI: [https://doi.org/10.18524/2413-9998.2022.3\(52\).275822](https://doi.org/10.18524/2413-9998.2022.3(52).275822) *Індексується і реферується в базах даних*: CrossRef; Index Copernicus; Google Scholar, Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

6. Матвіїв В. В. Актуальні проблеми оплати за медичні послуги в Україні: маркетинговий аспект. *Економічний розвиток держави та регіонів в контексті сучасних інтеграційних процесів*: матеріали доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Ужгород, 19-20 травня 2023 року) / За заг. ред.: М. М. Палінчак, В. П. Приходько, В. В. Химинець та ін. Львів – Торунь: Liha-Pres, 2023. С. 131-135. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-308-1-34>

7. Матвіїв В. В. Маркетингові аспекти впливу вікової категорії респондентів на частоту та рівень звертання за профілактичними обстеженнями: статистично-економічна оцінка. *Управління персоналом у системі менеджменту організацій: тенденції та перспективи розвитку*: збірник тез доповідей II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «»: (31 травня 2023 р., м. Львів). Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2023. С. 107-109. URL: <https://lpnu.ua/sites/default/files/2023/pages/23984/maket230647.pdf>

8. Матвіїв В.В. Необхідність додаткової подяки лікарям: пережитки пострадянського минулого чи засіб одержання якісних медичних послуг. *International Scientific Conference Science in the Context of Modern Challenges: Problems and Development Priorities*: Conference Proceedings, June 9-10, 2023. Riga, Latvia: “Baltija Publishing”, 2023. P. 83-86. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-318-7-24>

9. Матвіїв В.В. Маркетинговий аналіз витрат домогосподарств населення на медичні послуги в умовах формування доступності вітчизняної

системи охорони здоров'я *Маркетинг майбутнього: виклики та реалії*: Матеріали V Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції (м. Київ, 9 червня 2023 року) / Навчально-науковий інститут менеджменту та підприємництва ДУТ. Київ, 2023. С. 37-42.
https://www.dut.edu.ua/uploads/1_2273_25663204.pdf

10. Матвіїв В.В. Регіональний вимір формування змін в системі охорони здоров'я України: маркетинговий аспект. Innovative technologies of marketing and management in conditions of transformational changes. Innovatsiini tekhnolohii marketynhu i menedzhmentu v umovakh transformatsiynykh zmin: theses of the report of the II International Scientific and Practical Conference (February 28-29, 2024, Khmelnytskyi). 253 p. Karlsruhe: ScientificWorld-NetAkhatAV, 2024. С. 157-161. DOI: <https://doi.org/10.30890/978-3-98924-013-1.2024>.

11. Матвіїв В.В. «Співфінансування» медичних послуг для населення в приватних закладах охорони здоров'я в Україні: маркетингові дослідження. *Маркетинг та конкурентоспроможність соціально-економічних систем в умовах сталого розвитку*: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Суми, 17-18 квітня 2024 р.). Суми: СНАУ, 2024. С. 204-206.

12. Matviyiv V. Marketing aspects establishing a regular interaction with the family doctor and receiving medical services in the conditions of war. *International Scientific Conference Transformation of the Economic System in the Modern Context: Processes, Strategies, Technologies*: Conference Proceedings (May 30-31, 2024. Leipzig, Germany). Riga, Latvia: Baltija Publishing, 2024. P. 90-93. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-447-4-24>