

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ЛЕТУНОВСЬКА НАТАЛІЯ ЄВГЕНІВНА

УДК 330.52+338.12:614.2:005.2(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ЗДОРОВОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ**

Спеціальність 08.00.03 – економіка та управління національним господарством
08 – Економічні науки

Подається на здобуття наукового ступеня
докторки економічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів

мають посилання на відповідне джерело

_____ Н. Є. Летуновська

Науковий консультант:

Люльов Олексій Валентинович

доктор економічних наук, професор

Суми – 2023

АНОТАЦІЯ

Летуновська Н. Є. Методологічні засади забезпечення здорового розвитку національної економіки. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук за спеціальністю 08.00.03 – економіка та управління національним господарством. – Сумський державний університет, Суми, 2023.

Дисертаційна робота присвячена розробленню теоретико-методологічного та методичного підґрунтя забезпечення здорового розвитку національної економіки у системі державного управління.

У дисертації досліджено закономірність еволюції концепції здорового розвитку національної економіки за допомогою інструментарію метааналізу та визначено етапи розвитку концепції здорового розвитку національної економіки у змістовному та часовому вимірах, що дозволило окреслити хронологічний порядок змін зацікавленості до факторів розвитку національної економіки. Аналіз соціально-економічного становища в Україні засвідчив необхідність удосконалення державної політики щодо розвитку системи медико-соціального забезпечення населення, реалізації стратегії реформування сфери охорони здоров'я.

Поглиблено типологізацію підходів до оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки з урахуванням двох параметрів: набору показників (номінаційний параметр) та інструментарію їх зведення. Розроблено методологічне підґрунтя до оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки з урахуванням системоутворювальних складових цього процесу та ступеня їх впливу на інтегральний показник, розрахованого за допомогою ентропійного методу. Розрахунки дозволили оцінити рівень здорового розвитку України, визначити його зміну в динаміці з виділенням його атракторів, інгібіторів, а також «критичних» точок. На основі проведеного бенчмаркінг-аналізу досвіду реалізації стратегії здорового розвитку на національному рівні визначено важливість маркетингової політики з підтримки такого розвитку,

спрямованої на основних стейкхолдерів національної економіки. Визначено ключові орієнтири державної політики забезпечення здорового розвитку національної економіки.

Обґрунтовано, що регіон як територіальна одиниця національної економіки є каталізатором її здорового розвитку. При плануванні та реалізації стратегії здорового розвитку необхідно враховувати особливості її впровадження на регіональному рівні. Для уточнення цих особливостей проведено оцінювання регіонів України та здійснено їх кластеризацію методом k-середніх, що дало можливість класифікувати їх за рівнем здорового розвитку. Інтерпретація регіональних кластерів дозволила виявити закономірності формування політик їх здорового розвитку та формалізувати визначальні фактори його забезпечення. Визначено такі домінуючі вектори регіональної політики здорового розвитку: промоцію та адвокацію здоров'я, підвищення ефективності системи медико-соціального забезпечення населення, диджиталізацію сфери охорони здоров'я.

Розроблено теоретико-методологічний підхід до оцінювання впливу здорового розвитку регіону на його конкурентоспроможність, що здійснено в два етапи. На першому етапі регіони України класифіковано за рівнем їх інтегральної конкурентоспроможності відповідно до оцінювання за чотирма групами індикаторів (економічною, соціальною, інноваційною та екологічною) із використанням методу таксономії. Здійснені розрахунки показали, що зростання рівня здоров'я в регіоні формує визначальні передумови до підвищення його конкурентних позицій, а, отже, фактор здоров'я є атрактором національної привабливості.

Теоретично підтверджено, що пандемія COVID-19, спричинивши низку негативних явищ у соціально-економічному розвитку світової економіки та зумовивши низку ризиків для сфери громадського здоров'я, є тим дестабілізуючим фактором здорового розвитку національної економіки, який потребує врахування та нівелювання, що є визначальним завданням довгострокової державної політики забезпечення реалізації здорового розвитку.

Здійснено аналіз ефективності національних моделей медико-соціального забезпечення в умовах дії факторів дестабілізації, зокрема впливу пандемії коронавірусу, який є показовим у цій групі чинників. Проведене порівняння трьох медико-соціальних систем, а саме моделі Беверіджа, моделі Бісмарка та змішаної моделі за допомогою методології DEA-аналізу в поєднанні з методом головних компонент. Розрахунки вказали на відсутність еталонної моделі медико-соціального забезпечення, яка б найбільш ефективно протидіяла негативному впливу дестабілізуювальних факторів. Національна система України показала наявність резервів у кількості лікарів та рівномірності доходів населення, витратах на соціальний захист. При цьому має й низку слабких місць: фінансування витрат на охорону здоров'я, фінансування фізичної культури та спорту, рейтинг країн за рівнем медицини.

У ході розрахунків обґрунтовано трансформації причинно-наслідкових зв'язків між показниками соціально-економічної складової національного розвитку та медичними показниками у допандемічний та період з урахуванням пандемії. Виявлено явні та латентні наслідки дії факторів дестабілізації на розвиток системи медико-соціального забезпечення населення з використанням методології каузального моделювання та інструментарію FCM-аналізу. Виявлено, що зміни у взаємозв'язках між різними групами індикаторів викликані змінами патернів поведінки населення, на що доцільно звертати увагу при розробленні та впровадженні заходів державної політики щодо здорового розвитку національної економіки.

Емпірично доведено, що патерни поведінки населення мають статистично значущий вплив на резильєнтність сфери охорони здоров'я національної економіки до дестабілізуювального впливу пандемії коронавірусу. Факторами поведінки населення, які здійснюють найбільш істотний вплив на чутливість національної економіки до дестабілізуювальних факторів, визначено здорове споживання та фізичну активність. Дані результати можуть бути враховані при плануванні стратегії маркетингових комунікацій із населенням щодо питань

просування ідеї здорового розвитку в частині вибору напрямків інформаційної роботи.

Визначено основні складові маркетингу здорового розвитку національної економіки. Досліджено основні етапи трансформації маркетингу в процесі еволюції концепції здорового розвитку національної економіки за двома параметрами: маркетинговими цілями та ефектом від упровадження маркетингових інструментів. Визначено п'ять критичних точок, видів маркетингу, у які відбувалися кардинальні зміни в підходах до реалізації маркетингової стратегії. Перший – комерційний (на етапі ендogenous розвитку), другий – маркетинг інновацій (інноваційний розвиток), третій – зелений (сталий розвиток), четвертий – соціально відповідальний (інклюзивний розвиток), п'ятий – маркетинг здорового розвитку (добробут-орієнтований / здоровий розвиток). Це дало можливість розробити концентричну модель маркетингу здорового розвитку національної економіки, що включає в себе основні принципи організації цього процесу: мінімізацію хаотичності розвитку, єдність стратегії й тактики, розширення використання оздоровчих чинників національної економіки, поєднання децентралізації та централізації державного управління, транспарентність, омніканальність, адресність, таргетованість, інтерактивність маркетингової політики та ін. Крім того, концентрична модель здорового розвитку національної економіки визначає ключові маркетингові стратегії: атрактивну, проактивну, інтенсифікаційну, імпактну, просвітницько-культурну, що визначені відповідно до основних концептів процесу здорового розвитку. Уточнений склад стейкхолдерів у ланцюзі «держава – регіон – бізнес – населення» у сфері здорового розвитку національної економіки за групами: ринковою, інституційною, соціальною, міжнародною, державною та локальною. Обґрунтовано, що доцільним є використання поєданого впливу традиційних та інноваційно-цифрових інструментів комунікаційної взаємодії між стейкхолдерами здорового розвитку національної економіки. Зокрема проаналізовані напрями впливу та особливості застосування таких традиційних

інструментів маркетингових комунікацій у сфері здорового розвитку, як реклама, паблік рилейшнз, спонсорство, іміджеві заходи, А, WOM-заходи, зовнішня реклама), а також інноваційно-цифрові: нейро-сенсорний, емоційно-ситуативний та диджитал-інструментарій, інфлюенсинг. Класифіковано моделі поведінки споживачів у сегменті здорової продукції як складової здорового розвитку національної економіки. Виокремлено вісім таких моделей: імпульсивну (коли ухвалення рішення про купівлю товару імпліцитне, знаходиться під впливом зовнішніх емоційних каталізаторів, наприклад, у точці його продажу), адаптивну (коли рішення про купівлю ухвалюється не лише під впливом емоційних каталізаторів, а й аналітично та з урахуванням знань про маркування продукції), консервативну (рішення про купівлю продукції ухвалюється виходячи з розуміння споживачем усталених норм та суспільних цінностей), свідому (рішення про купівлю продукції здійснюється з урахуванням не лише усталених традицій і цінностей, а й з урахуванням знань про маркування продукції), альтруїстичну (рішення про купівлю ухвалюється, виходячи з міркувань корисності для спільноти чи окремих осіб), конфідентну (важливу роль у виборі та ухваленні рішення про купівлю відіграють власні переконання споживача), асертивну (ухвалення рішення про купівлю товару ухвалюється не лише виходячи з власних переконань, а й зі сформованих знань щодо особливостей продукції здорового сегменту), раціональну (ухвалення рішення здійснюється після зважування переваг та недоліків різних варіантів продукції). Визначено, що для всіх виокремлених моделей споживчої поведінки дієвим інструментом комунікації є вебресурси. Це обумовило необхідність удосконалення науково-методологічного підходу оцінювання рівня якості залучення цільової аудиторії вебресурсами сфери охорони здоров'я. Цей підхід ґрунтується на використанні інструментарію скорингового аналізу якості контенту (актуальність, змістовність та коректність інформаційного наповнення), технічних (відповідність вимогам пошукових систем) і ергономічних векторів (зручність та простота використання для користувача) функціонування вебсайтів, узгоджених за методом зваженої Каппа. Оцінювання

дозволило сформувати візуалізовану карту якості залучення інтернет-аудиторії до національних вебресурсів про здоров'я та сформувати пріоритети стратегії подальшого розвитку цих ресурсів.

Визначено важелі державної політики здорового розвитку, які класифіковано за трьома групами: організаційні, економічні та маркетингово-інформаційні. Обґрунтовано, що важливою передумовою забезпечення ефективності реалізації державної політики здорового розвитку є системність інформаційних повідомлень з питань здоров'я, орієнтованих на ключових стейкхолдерів. Запропоновано науково-методологічний підхід до прогнозування зміни рівня внутрішньогалузевої торгівлі продукції здоров'я (продукції фармацевтичної галузі) із урахуванням динаміки обсягів експортно-імпортних операцій за допомогою методології тренд-циклічного моделювання декомпозиції часового ряду з застосуванням рядів Фур'є та з перевіркою однорідності даних за допомогою двох методів Ірвіна – звичайного та модифікованого. Здійснено прогноз зростання обсягу внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичною продукцією у середньостроковій перспективі в Україні. Це дозволило конкретизувати атрактори та їх пріоритетність для розвитку ринку фармацевтичної продукції країни.

Формалізовано пріоритетні напрями здорового розвитку національної економіки, серед яких доцільно виокремити подальшу цифровізацію сфери надання медичних послуг, забезпечення якості та доступності продукції фармацевтичної галузі, промоцію та адвокацію здоров'я, профілактику захворювань. Результати аналізу поточного стану національної системи здорового розвитку дозволили визначити її слабкі місця та стратегічні напрямки подальшого розвитку за п'ятьма векторами: у сфері громадського здоров'я, надання медичних послуг, медичній освіті, маркетинговій, економічній та фармацевтичній політиках. У рамках запропонованої дорожньої карти здорового розвитку національної економіки визначені ключові індикатори досягнення цілей та пріоритетні кроки реалізації. Здійснення заходів у межах пропонованих у дорожній карті з урахуванням принципів

концентричної моделі маркетингу у підсумку дають можливість підвищити рівень здорового розвитку та значно покращити конкурентоспроможність національної економіки.

Ключові слова: державне регулювання, конкурентоспроможність національної економіки, здоров'я населення, фактор дестабілізації, система медико-соціального забезпечення, адвокація здоров'я, маркетинг здорового розвитку, маркетингові інструменти, патерни поведінки, промоція здорового способу життя, прогнозування розвитку, сегмент здорової продукції.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧКИ

Монографії

1. Летуновська Н. Є., Височина А. В., Росохата А. С. Основні детермінанти формування ефективної системи медико-соціального забезпечення населення: компаративний аналіз. *Вплив COVID-19 на національну безпеку, соціально-економічне середовище країни та здоров'я населення* : монографія / за заг. ред. А. В. Височиної, Н. Є. Летуновської. Суми : Сумський державний університет, 2022. С. 14–21 (0,33 друк. арк.). *Особистий внесок: визначені основні детермінанти формування ефективної системи медико-соціального забезпечення населення в умовах дії факторів дестабілізації* (0,14 друк. арк.).

2. Летуновська Н. Є., Височина А. В., Сміянов В. А., Мінченко М. Г. Теоретико-емпіричний аналіз впливу видатків на охорону здоров'я на національну безпеку та макроекономічну стабільність. *Вплив COVID-19 на національну безпеку, соціально-економічне середовище країни та здоров'я населення* : монографія / за заг. ред. А. В. Височиної, Н. Є. Летуновської. Суми : Сумський державний університет, 2022. С. 21–31 (0,4 друк. арк.). *Особистий внесок: змодельовано вплив загальних державних видатків на охорону здоров'я на рівень смертності населення* (0,15 друк. арк.).

3. Letunovska N. Energy-efficiency of the EU countries: on the way to a healthy region. *Circular and carbon-free economy: road map for harmonizing national and European standards for energy market* : monograph / edited by T. Pimonenko, O. Lyulyov, N. Letunovska. Szczecin : Centre of Sociological Research, 2021. P. 45–83 (1,36 друк. арк.).

4. Letunovska N., Rosokhata A., Saher L. Population health as a determinant of the level of regional development: examples of marketing programs to support a healthy lifestyle. *National health as a determinant of sustainable development of society* : monograph (Editors: N. Dubrovina, S. Filip). School of Economics and Management in Public Administration in Bratislava, 2021. P. 527–539 (0,53 друк. арк.). *Особистий внесок: здійснено компаративний аналіз маркетингових підходів до промоції здорового способу життя (0,18 друк. арк.).*

5. Letunovska N., Vasilyeva T., Lyeonov S. *Modeling and forecasting the impact of the COVID-19 pandemic on socio-economic development*. Poland : Centre of Sociological Research, 2020. 145 p. (6,31 друк. арк.). *Особистий внесок: виявлено основні канали прояву наслідків дії фактору дестабілізації – пандемії COVID-19 на національний соціально-економічний розвиток (4,98 друк. арк.).*

6. Летуновська Н. Є., Шевлюга О. Г. Оцінювання інноваційної активності країн Прибалтики, Казахстану та України на основі показників та рейтингів. *Випереджаючий інноваційний розвиток: теорія, методика, практика* : монографія / за ред. Н. С. Ілляшенко. Суми : Триторія, 2018. С. 60–73 (0,62 друк. арк.). *Особистий внесок: формалізовано інноваційні показники складових інтегрального рівня конкурентоспроможності регіонів країни (0,56 друк. арк.).*

Публікації в зарубіжних наукових виданнях

7. Letunovska N., Kuzmenko O., Lyeonov S., Kashcha M., Strielkowski W. Impact of COVID-19 on the national development of countries: Implications for the public health. *PLoS ONE* (Scopus, Web of Science та ін.). 2023. № 18 (3 March). e0277166 (1,25 друк. арк.). *Особистий внесок: систематизовано наслідки*

COVID-19 як дестабілізуючого фактору національної економіки на параметри добробуту в країні, фінансово-бюджетне та політико-інституційне середовища (0,5 друк. арк.).

8. Letunovska N., Kashcha M., Dluhopolskyi O., Lyeonov S., Artyukhova N., Gasior M., Sak-Skowron M. Health risks and country sustainability: the impact of the COVID-19 pandemic with determining cause-and-effect relationships and their transformations. *Sustainability* (Scopus, Web of Science та ін.). 2023. № 15 (1). (1,25 друк. арк.). *Особистий внесок: досліджено типи моделей систем медико-соціального забезпечення та їх резильєнтність до впливу пандемії коронавірусу (0,4 друк. арк.).*

9. Letunovska N., Saher L., Syhyda L., Yevdokymova A. Analysis of health care system development in the regions amidst the economic inclusiveness and social determinants of health. *WSEAS Transactions on Environment and Development*. (Scopus та ін.). 2023. № 19. P. 163–173 (0,56 друк. арк.). *Особистий внесок: розвинено методологічні засади оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки (0,25 друк. арк.).*

10. Letunovska N., Abazov R., Chen Y. Framing a regional spatial development perspective: the relation between health and regional performance. *Virtual Economics* (Scopus та ін.). 2022. № 5 (4). P. 87–99 (0,77 друк. арк.). *Особистий внесок: визначено вплив рівня здорового розвитку регіонів на їх конкурентоспроможність (0,55 друк. арк.).*

11. Letunovska N., Vasilyeva T., Kuzmenko O., Kuryłowicz M. Neural network modeling of the economic and social development trajectory transformation due to quarantine restrictions during COVID-19. *Economics and Sociology* (Scopus, Web of Science та ін.). 2021. № 14 (2). P. 313–330 (0,97 друк. арк.). *Особистий внесок: оцінено зміну показників розвитку національної економіки при пандемії COVID-19 (0,6 друк. арк.).*

12. Letunovska N., Kwilinski A., Dzwigol H., Lyulyov O., Pimonenko T. Sustainable tourism for the green economy. *Virtual Economics* (Scopus та ін.). 2021.

№ 4 (4). P. 33–51 (0,48 друк. арк.). *Особистий внесок: визначено особливості просування туристичних послуг у межах реалізації атрактивної маркетингової стратегії здорового розвитку національної економіки (0,3 друк. арк.).*

13. Letunovska N., Teletov A., Teletova S., Lazorenko V. Innovations in online advertising management of Ukrainian business entities. *International Journal of Advanced Trends in Computer Science and Engineering* (Google Scholar та ін.). 2020. № 9 (1.2). P. 272–279 (0,93 друк. арк.). *Особистий внесок: розроблено науково-методологічний підхід до оцінювання рівня якості залучення цільової аудиторії вебресурсами сфери охорони здоров'я (0,65 друк. арк.).*

14. Letunovska N., Lyulyov O., Pimonenko T., Stoyanets N. Sustainable development of agricultural sector: democratic profile impact among developing countries. *Research in World Economy* (Scopus та ін.). 2019. № 10 (4). P. 97–105 (0,9 друк. арк.). *Особистий внесок: визначено основні складові ринку здорової продукції як драйвера здорового розвитку національної економіки (0,4 друк. арк.).*

Публікації в наукових фахових виданнях України

15. Letunovska N., Demchyshak N., Minchenko M., Kriskova P., Kashcha M., Volk A. Management of country's social brand under conditions of uncertainty in the health domain. *Marketing and Management of Innovations* (Web of Science та ін.). 2023. № 14 (2). P. 10–18 (0,62 друк. арк.). *Особистий внесок: обґрунтовано вплив пандемії коронавірусу на бренд країни (0,3 друк. арк.).*

16. Letunovska N., Boliukh V. Countries' vulnerability to COVID-19 depending on the health behaviour patterns of the population. *Health Economics and Management Research* (Index Copernicus та ін.). 2023. № 1. P. 103–112 (0,63 друк. арк.). *Особистий внесок: визначено вплив патернів поведінки населення на резильєнтність сфери охорони здоров'я національної економіки в умовах дії факторів дестабілізації (0,5 друк. арк.).*

17. Letunovska N. Ye., Kazymirova V. O. Using marketing techniques to promote healthy lifestyle among various segments of people. *Інфраструктура ринку* (Index Copernicus та ін.). 2023. № 72 (0,37 друк. арк.). *Особистий внесок: описано компоненти концентричної моделі маркетингу здорового розвитку національної економіки* (0,28 друк. арк.).

18. Letunovska N., Kobushko Ia., Khrystii V. Basic determinants of effective health institutions management as an element of social and medical provision in a region. *Управління змінами та інновації* (Index Copernicus та ін.). 2022. № 3. P. 33–38 (0,54 друк. арк.). *Особистий внесок: запропоновані заходи щодо покращання маркетингової діяльності закладів охорони здоров'я* (0,35 друк. арк.).

19. Letunovska N., Koroshchenko V. The impact of the COVID-19 on the marketing activities of medical institutions. *Економіка та суспільство* (Index Copernicus та ін.). 2022. № 40 (0,83 друк. арк.). *Особистий внесок: описано інформаційні кампанії промоції здорового способу життя* (0,6 друк. арк.).

20. Letunovska N., Offei F. A. Influence of ICT on effectiveness of inventory control in the public sector on the way to healthy green development in conditions of uncertainty. *Проблеми і перспективи економіки та управління* (Google Scholar та ін.). 2022. № 1. P. 49–57 (0,6 друк. арк.). *Особистий внесок: обґрунтовано вплив інформаційно-комунікаційних технологій на здоровий розвиток національної економіки* (0,3 друк. арк.).

21. Летуновська Н. Є. Система медико-соціального забезпечення населення та її роль в підтриманні національної та регіональної безпеки: кластеризація наукових досліджень. *Вісник Сумського державного університету. Серія «Економіка»* (Google Scholar та ін.). 2022. № 2. С. 36–49 (0,66 друк. арк.).

22. Летуновська Н. Є., Каца М. О. Торгівля фармацевтичною продукцією в європейському регіоні: зміни тенденцій під впливом пандемії COVID-19. *Ефективна економіка* (Index Copernicus та ін.). 2022. № 11 (0,7 друк. арк.). *Особистий внесок: розроблено інструментарій до прогнозування зміни рівня*

внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної галузі національної економіки (0,4 друк. арк.).

23. Letunovska N. Ye. Feedback from customers of healthy products: strategy of marketing actions in the offline and online environment. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі* (Index Copernicus та ін.). 2021. № 1 (102). С. 82–89 (0,56 друк. арк.).

24. Letunovska N., Yashkina O., Saher L., Alkhashrami F. A., Nikitin Yu. Analysis of the model of consumer behavior in the healthy products segment as a perspective for the inclusive marketing development. *Marketing and Management of Innovations* (Web of Science та ін.). 2021. № 4. Р. 20–35 (1,08 друк. арк.). *Особистий внесок: класифіковано моделі поведінки споживачів у сегменті здорової продукції національної економіки (0,65 друк. арк.).*

25. Летуновська Н. Є. Рівень здоров'я та фактори, що впливають на позицію регіону за цим показником у рейтингах. *Бізнес Інформ* (DOAJ та ін.). 2021. № 6. С. 127–136 (0,4 друк. арк.).

26. Летуновська Н. Є. Розвиток регіонів: від моделі економічного зростання до моделі здорової смарт-спеціалізації. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія «Економіка та управління»* (Index Copernicus та ін.). 2021. Т. 32 (71), № 4. С. 87–94 (0,45 друк. арк.).

27. Летуновська Н. Є., Сагер Л. Ю., Назаренко А. П. Система забезпечення громадського здоров'я в умовах інклюзивного зростання регіону. *Вісник Сумського державного університету. Серія «Економіка»* (Google Scholar та ін.). 2021. № 2. С. 165–171 (0,24 друк. арк.). *Особистий внесок: проаналізовано профілі громадського здоров'я регіонів (0,14 друк. арк.).*

28. Летуновська Н., Росохата А., Магерська В., Кропива В. Поведінка споживачів у цифровому середовищі під впливом пандемії COVID-19: важливість фактору здоров'я та прозорості бізнесу. *Вісник економіки* (Index Copernicus та ін.). 2021. № 3. С. 98–109 (0,36 друк. арк.). *Особистий*

внесок: проаналізовано зміну поведінки споживачів у цифровому середовищі під впливом пандемії коронавірусу (0,18 друк. арк.).

29. Летуновська Н. Є. Маркетингові компоненти регіонального середовища в системі забезпечення здоров'я. *Вісник Черкаського національного університету ім. Б. Хмельницького. Серія «Економічні науки»* (Google Scholar та ін.). 2021. № 4. С. 21–32 (0,58 друк. арк.).

30. Letunovska N., Rosokhata A., Saher L., Lazorenko V. Health threats in the European region and their economic impact: lessons for Ukraine. *Economics and Region* (Index Copernicus та ін.). 2020. № 3 (78). Р. 70–77 (0,45 друк. арк.).
Особистий внесок: обґрунтовано змістовну сутність здорового розвитку національної економіки (0,15 друк. арк.).

31. Letunovska N. Ye., Saher L. Yu., Nazarenko A. P. Comparison of Ukraine and the EU on key indicators of a healthy economy. *Механізм регулювання економіки* (Google Scholar та ін.). 2020. № 3. Р. 134–141 (0,21 друк. арк.).
Особистий внесок: побудовано ретроспективні портрети здорового розвитку національної економіки (0,11 друк. арк.).

32. Letunovska N., Rosokhata A., Jasnikowski A., Moiseienko D. Marketing services MIX for healthy territories: Europe – Ukraine features. *Економічний простір* (Index Copernicus та ін.). 2020. № 162. Р. 13–19 (0,63 друк. арк.).
Особистий внесок: обґрунтовано концепти маркетингу здорового розвитку національної економіки (0,3 друк. арк.).

33. Летуновська Н. Є., Рибіна О. І. Порівняння та прогнозування детермінант формування здорового регіону. *Ефективна економіка* (Index Copernicus та ін.). 2020. № 4 (0,61 друк. арк.).
Особистий внесок: сформовано методологічний підхід до кластеризації регіонів залежно від узгодженості та збалансованості складових ЗР (0,45 друк. арк.).

34. Летуновська Н. Є., Васильєва Т. А., Сміянов В. А. Пандемія COVID-19 як кризоформуєчий фактор здорового розвитку регіонів. *Вісник Сумського державного університету. Серія «Економіка»* (Google Scholar та ін.). 2020. № 3.

С. 191–198 (0,44 друк. арк.). *Особистий внесок: визначено принципи забезпечення здорового розвитку національної економіки в умовах дії факторів дестабілізації* (0,3 друк. арк.).

35. Летуновська Н. Є., Рибіна О. І., Кужьор А. Соціально-відповідальний маркетинг як спосіб підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання. *Механізм регулювання економіки* (Google Scholar та ін.). 2020. № 1. С. 86–96 (0,4 друк. арк.). *Особистий внесок: досліджено особливості впровадження маркетингових стратегій у процесі формування та реалізації політики здорового розвитку національної економіки в ланцюзі «держава – регіон – бізнес»* (0,25 друк. арк.).

36. Летуновська Н. Є., Телетов О. С. Інноваційно-маркетингові перспективи в умовах створення сільських територіальних громад. *Вісник Сумського національного аграрного університету. Серія «Економіка і менеджмент»* (Google Scholar та ін.). 2018. № 6 (76). С. 71–76 (0,58 друк. арк.). *Особистий внесок: описано концепцію маркетингу здорового розвитку національної економіки на різних рівнях* (0,4 друк. арк.).

37. Letunovska N., Voda H., Kadurina S., Tsunenکو S. Peculiarities of innovations implementation on the Ukrainian brand example. *Галицький економічний вісник* (Index Copernicus та ін.). 2020. № 2 (63). Р. 45–55 (0,74 друк. арк.). *Особистий внесок: описано маркетингові інструменти розвитку національного бренду країни як експортера товарів та послуг у сфері охорони здоров'я* (0,6 друк. арк.).

38. Летуновська Н. Є., Сагер Л. Ю., Сигида Л. О. Формування стратегії випереджального інноваційного розвитку в умовах індустрії 4.0. *Економічний аналіз* (Index Copernicus та ін.). 2019. Т. 29, № 2. С. 53–61 (0,44 друк. арк.). *Особистий внесок: обґрунтовано складові маркетингу здорового розвитку національної економіки в диджитал-середовищі* (0,24 друк. арк.).

Публікації в інших наукових виданнях України

39. Letunovska N., Vasiliev Yu., Syhyda L., Tambovceva T., Khaba A., Honcharova K. Health care in rural areas in Ukraine: current business processes and prospects. *Health Economics and Management Review* (Google Scholar та ін.). 2021. № 2 (3). P. 113–123 (0,63 друк. арк.). *Особистий внесок: визначено рівень задоволеності населення якістю та доступністю медичних послуг (0,37 друк. арк.).*

40. Letunovska N., Kwilinski A., Kaminska B. Scientific research in the health tourism market: a systematic literature review. *Health Economics and Management Review* (Google Scholar та ін.). 2020. № 1. P. 8–19 (0,65 друк. арк.). *Особистий внесок: проведено бібліометричний аналіз маркетингу здорового розвитку національної економіки (0,48 друк. арк.).*

Тези доповідей на наукових конференціях

41. Letunovska N., Koroshchenko V. Marketing innovations in the activities of medical institutions under the influence of COVID-19. *Цифрові трансформації та інноваційні технології в економіці: виклики, реалії, стратегії* : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (Суми, 17–19 червня 2022 р.). Суми : Сумський державний університет, 2022. С. 29–30 (0,13 друк. арк.). *Особистий внесок: досліджено трансформацію каналів комунікації стейкхолдерів національної економіки під час пандемії COVID-19 (0,9 друк. арк.).*

42. Letunovska N., Zakharchenko V. Innovative marketing tools for prevention threats in the health sector. *Socio-economic challenges* : proceedings of the International Scientific and Practical Conference (Sumy, November 14–15, 2022). Sumy : Sumy State University, 2022. P. 164–168 (0,17 друк. арк.). *Особистий внесок: описано компоненти маркетингу у сфері громадського здоров'я (0,12 друк. арк.).*

43. Летуновська Н. Є. Індикатори прояву наслідків COVID-19 в регіоні. *Економічна безпека: держава, регіон, підприємство* : матеріали Міжнародної

науково-практичної інтернет-конференції (Полтава, 29 вересня 2022 р.). Полтава : НУПП, 2022. С. 174–176 (0,07 друк. арк.).

44. Летуновська Н. Є., Павленко М. С. Вплив COVID-19 на сферу електронно-комунікаційних послуг. *Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень* : матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції аспірантів і студентів (Луцьк, 17 травня 2022 р.). Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2022. С. 279-281 (0,08 друк. арк.). *Особистий внесок: проаналізовано інструментарій оцінювання контенту вебресурсів у сфері охорони здоров'я* (0,05 друк. арк.).

45. Letunovska N., Saher L., Vasylieva T., Lieonov S. Dependence of public health on energy consumption: a cross-regional analysis. *1st Conference on Traditional and Renewable Energy Sources: Perspective and Paradigms for the 21st Century*, 2021. Vol. 250, 04014 (0,32 друк. арк.). *Особистий внесок: досліджено зв'язки між індикаторами розвитку національної економіки та рівнем її здорового розвитку* (0,12 друк. арк.).

46. Letunovska N. Ye., Nazarenko A. P. Medical content marketing for promotion healthcare services in a region. *Економічний розвиток держави, регіонів і підприємств: проблеми та перспективи* : матеріали IV Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції молодих учених (Львів, 28-29 квітня 2021 р.). Львів : Вид-во Львівської політехніки, 2022. С. 114–116 (0,08 друк. арк.). *Особистий внесок: досліджено особливості та інструментарій медичного контент-маркетингу* (0,05 друк. арк.).

47. Letunovska N., Khomenko L., Saher L., Jasniewski A. Segmentation as a base for digital marketing strategies in blood service: A cluster analysis for classifying healthy regional subjects. *E3S Web Conf. International interdisciplinary Scientific Conference «Digitalisation and Sustainability for Development Management: Economic, Social, and Ecological Aspects»*, 2021. 03001 (0,64 друк. арк.). *Особистий внесок: здійснено класифікацію стейкхолдерів*

здорового розвитку національної економіки за способом життя (0,15 друк. арк.).

48. Летуновська Н. Є. Маркетинг оздоровлення: розвиток спеціалізованих напрямків туризму в регіоні. *Актуальні проблеми маркетингового менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки* : матеріали VIII Міжнародної наук.-практ. конф. здобувачів та молодих учених (Луцьк, 26 березня 2021 р.). Луцьк : ІВВ Луцького НТУ, 2021. С. 228–229 (0,1 друк. арк.).

49. Летуновська Н. Є., Росохата А. С., Кропива В. В. Тренди інтернет-маркетингу в оздоровчій галузі. *Актуальні проблеми теорії менеджменту, маркетингу та фінансів: наукові ідеї та механізми реалізації* : матеріали Всеукраїнської наукової конференції. Покровськ : ДВНЗ «ДонНТУ», 2021. С. 195–197 (0,1 друк. арк.). *Особистий внесок: обґрунтовано цифрові маркетингові стратегії здорового розвитку національної економіки (0,05 друк. арк.).*

50. Летуновська Н. Є. Дослідження трендів здорового маркетингу. *Маркетинг : виклики та рішення* : матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції (Одеса, 21 квітня 2021 р.). Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2021. С. 60–61 (0,14 друк. арк.).

51. Letunovska N. Ye. Marketing innovations in the tourism product of the sphere of health and treatment. *Маркетинг XXI століття: виклики змін* : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (Харків, 8-10 жовтня 2020 р.). Харків : ХДУХТ. С. 142–143 (0,09 друк. арк.).

52. Letunovska N. Challenges for the health components of a region in the context of globalization. *Socio-economic challenges* : Proceedings of the International Scientific and Practical Conference (Sumy, November 3-4, 2020). Sumy : Sumy State University, 2020. P. 312–316 (0,19 друк. арк.).

53. Letunovska N., Rosokhata A., Jasniewski A. Current issues of a healthy economy in the region: marketing aspects. *Conference proceedings of the 3rd*

International Scientific Conference «Economic and Social-Focused Issues of Modern World (Bratislava, November 17-18 , 2020). Bratislava : The School of Economics and Management in Public Administration in Bratislava, 2020. P. 41–43 (0,12 друк. арк.). Особистий внесок: обґрунтоване місце маркетингу у вирішенні питань громадського здоров'я в країні (0,04 друк. арк.).

54. Letunovska N., Saher L. Compatibility between the concepts of healthy region and regional health: comparison of values in Ukraine and other countries of the European region. *Innovation, Social and Economic Challenges : Proceedings of the International Scientific Online Conference (Suny, December 1-3, 2020). Sumy : Sumy State University, 2020. P. 33–34. (0,1 друк. арк.). Особистий внесок: здійснено типологізацію підходів до оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки (0,05 друк. арк.).*

ABSTRACT

Letunovska N. Ye. Methodological basics of healthy development implementation in the national economy. – Manuscript.

The dissertation for reception of scientific degree of doctor of economic science on speciality 08.00.03 – Economics and management of national economy. – Sumy State University, Sumy, 2023.

The dissertation is devoted to developing the theoretical, methodological and methodical basis for implementation of the principles of healthy development in the national economy.

The dissertation investigates the evolution of the healthy development concept in the national economy using meta-analysis, which outlines the chronological order of changes in the preferred national economy's development factors. The analysis of the socioeconomic situation in Ukraine proved the need to improve the state policy regarding the development of the medical and social security system and the implementation of the strategy for reforming the healthcare sector.

The typology of approaches to assessing the level of healthy development of the national economy has been deepened, considering two parameters: a set of indicators (nomination parameter) and the toolkit for their compilation. A methodological basis for assessing the level of healthy development of the national economy has been developed, considering the system-forming components of this process and the degree of their influence on the integral indicator, calculated using the entropy method. The calculations made it possible to assess Ukraine's healthy development level to determine its change in dynamics with the selection of its attractors, inhibitors, and "critical" points. Based on the benchmarking analysis, the importance of the marketing policy in this process is determined. The key vectors of the state policy of ensuring the healthy development of the national economy have been determined.

When planning and implementing a healthy development strategy, it is necessary to consider the peculiarities of its implementation at the regional level. To account for these features, the regions of Ukraine were assessed and clustered by the

k-means method to classify them according to the level of their healthy development. The interpretation of regional clusters made it possible to identify patterns of policy formation and factors of its provision. The dominant vectors of the regional policy of healthy development have been determined. Among them, are health promotion and advocacy, increasing the efficiency of the medical and social security system, and digitalizing the healthcare sector. A theoretical-methodological two-stage approach to assessing the impact of the healthy development of the region on its competitiveness was developed. In the first stage, the regions of Ukraine are classified according to the level of their integral competitiveness by the assessment of four groups of indicators (economic, social, innovative, and environmental) using the taxonomy method. The performed calculations showed that the region's health level growth forms the determining prerequisite for improving its competitive position. This indicates that the health factor is an attractor of national attractiveness.

It is theoretically confirmed that the COVID-19 pandemic, having caused several negative phenomena in the socio-economic development of the world economy and caused risks for the sphere of public health, is a destabilizing factor in the healthy development of the national economy, which needs to be taken into account and leveled, is a defining task long-term state policy of ensuring the implementation of healthy development. An analysis of the effectiveness of national medical and social security models under destabilizing factors was conducted. A comparison of three medical and social systems, namely the Beveridge model, the Bismarck model, and the mixed was made using the DEA analysis methodology in combination with the method of principal components. The calculations indicated the absence of a medical and social security reference model, which would most effectively counter the negative impact of destabilizing factors. The national system of Ukraine showed the presence of reserves in the number of doctors and the uniformity of the population's income expenses for social protection. At the same time, the national medical and social provision system has several drawbacks: health care financing, expenses for physical culture and sports, and the level of medicine.

During the calculations, the transformation of cause-and-effect relationships between indicators of the socio-economic component of national development and medical indicators in the pre-pandemic period and the period considering the pandemic was substantiated. Explicit and latent consequences of the destabilization factors on the development of the population's medical and social security system using the causal modeling methodology and the FCM analysis toolkit were revealed. It was found that changes in the relationships between different groups of indicators are caused by changes in the behavior patterns of the population, which should be paid attention to when developing and implementing state policy measures for healthy development

It has been empirically proven that population behaviour patterns have a statistically significant impact on the resilience of the national economy to the destabilizing impact of the coronavirus pandemic. The factors of population behaviour that exert the greatest significant influence on the sensitivity of the national economy to destabilizing factors were identified: healthy consumption and physical activity. These results can be considered when planning the marketing communications strategy with the population on promoting healthy development in terms of choosing the directions of information work.

The main marketing components in the healthy development of the national economy were defined. The main stages of marketing transformation in the evolution of the concept of healthy development of the national economy were studied using marketing goals and the effect of introducing marketing tools. Five radical changes in approaches to implementing the marketing strategy took place. The first is commercial (at the stage of endogenous development), the second is innovation marketing (innovative development), the third is green (sustainable development), the fourth is socially responsible (inclusive development), the fifth is the marketing of the healthy development of the national economy (welfare-oriented / healthy development). This made it possible to develop a concentric model of marketing for the healthy development of the national economy, which includes the main principles of marketing for the healthy development of the national economy: minimization of

chaotic development, unity of strategy and tactics, expansion of the use of healthy factors of the national economy, combination of decentralization and centralization of state administration, transparency, omnichannel, addressability, targeting, interactivity of marketing policy, etc. In addition, the concentric model of healthy development of the national economy defines key marketing strategies: attractive, proactive, intensification, impactful, educational, and cultural, which are defined by the main constructions of the healthy development process. The detailed composition of stakeholders in the chain "state – region – business – population" in the healthy development of the national economy: market, institutional, social, international, state, and local groups of stakeholders. It is substantiated that using the combined influence of traditional and innovative digital tools of communication interaction between stakeholders is expedient for the healthy development of the national economy. In particular, the direction of influence and features of the use of such traditional tools of marketing communications in the field of healthy development, such as advertising, public relations, sponsorship, image measures, branding, WOM measures, and outdoor advertising), as well as innovative and digital ones: neuro-sensory, emotional-situational, are analyzed and digital toolkit, co-branding, influencing. The models of consumer behavior in the segment of healthy products are classified as a component of the healthy development of the national economy. In particular, eight such models are distinguished: impulsive (when the decision to buy a product is implicit, is under the influence of external emotional catalysts, for example, at the point of sale), adaptive (when the decision to buy is made not only under the influence of emotional catalysts, but also analytically and with taking into account knowledge about product labeling), conservative (the decision to buy products is made based on the consumer's understanding of established norms and social values), conscious (the decision to buy products is made taking into account not only established traditions and values, but also taking into account knowledge about product labeling) , altruistic (the purchase decision is made based on considerations of utility for the community or individuals), confidential (the consumer's own beliefs play an essential role in choosing and making a purchase

decision), assertive (the decision to purchase a product is made not only based on one's own beliefs, but also from the formed knowledge about the features of products of the healthy segment), rational (the decision is made after weighing the advantages and disadvantages of various product options). It was determined that all selected resources are effective for all selected consumer behaviour models. There is a need to improve the scientific and methodological approach to assessing the quality of engaging the target audience with health web resources. This approach is based on the use of a toolkit for scoring analysis of content quality (relevance, meaningfulness, and correctness of information content), technical (compliance with the requirements of search engines), and ergonomic vectors (convenience and ease of use for the user) of website functioning, coordinated by the weighted Kappa method. The evaluation made it possible to form a visualized map of the quality of the involvement of the Internet audience in national health web resources and to form the priorities of the strategy for further development.

The levers of the state policy of healthy development are classified into organizational, economic, marketing, and informational. It is substantiated that an essential prerequisite for ensuring the effectiveness of the state policy of healthy development is the systematicity of informational messages on health issues, aimed at key stakeholders. A scientific-methodological approach to predicting changes in the level of intra-industry trade in health products (pharmaceutical industry products) taking into account the dynamics of the volumes of export-import operations using the methodology of trend-cyclic modeling of time series decomposition using Fourier series and checking the homogeneity of data is proposed with the help of two Irwin methods - conventional and modified. As a result of the forecasting of the index of intra-industry trade in pharmaceutical industry products, the growth of the volume of intra-industry trade in such products is predicted in Ukraine in the medium term. This made it possible to specify the attractors and their priority for developing the Ukrainian pharmaceutical market.

The priority directions for the healthy development of the national economy have been formalized, including the further digitalization of the provision of medical

services, ensuring the quality and availability of pharmaceutical products, health promotion and advocacy, and disease prevention. The results of the analysis of the current state of the medical industry made it possible to determine the weak points of national healthy development and strategic directions for the healthy development of the national economy in five vectors: in the field of public health, provision of medical services, medical education, marketing, economic and pharmaceutical policies. Within the framework of the proposed road map for the healthy development of the national economy, critical indicators of goal achievement and priority implementation steps are defined. Implementation of measures within the limits proposed in the road map, taking into account the principles of the concentric marketing model, in the end, provides an opportunity to increase the level of healthy development and significantly improve the competitiveness of the national economy.

Key words: state regulation, national economy competitiveness, population health, destabilization factor, system of medical and social security, health advocacy, healthy development marketing, marketing tools, patterns of behaviour, healthy lifestyle promotion, foresight of development, healthy products segment.

LIST OF PUBLICATIONS

Monographs

1. Letunovska N. Ye., Vysochyna A. V., Rosokhata A. S. The main determinants of the formation of an effective system of medical and social welfare of the population: a comparative analysis. *The impact of COVID-19 on national security, the socio-economic environment of the country and the health of the population* : Collective monograph / A. V. Vysochyna, Letunovska N. Ye. (Eds.). Sumy : Sumy State University. 2022. P. 14-21. *Personal contribution: the main determinants of the formation of an effective system of medical and social welfare of the population in the conditions of the action of destabilizing factors are determined.*

2. Letunovska N. Ye., Vysochyna A. V., Smiiianov V. A., Minchenko M. H. A theoretical and empirical analysis of the impact of health care expenditures on national security and macroeconomic stability. *The impact of COVID-19 on national*

security, the socio-economic environment of the country and the health of the population : Collective monograph / A. V. Vysochyna, Letunovska N. Ye. (Eds.). Sumy : Sumy State University. 2022. P. 14-21. *Personal contribution: the effect of total public health spending on population mortality is modeled.*

3. Letunovska N. Energy-efficiency of the EU countries: on the way to a healthy region. *Circular and carbon-free economy: road map for harmonizing national and European standards for energy market* : monograph / edited by T. Pimonenko, O. Lyulyov, N. Letunovska. Szczecin : Centre of Sociological Research, 2021. P. 45–83.

4. Letunovska N., Rosokhata A., Saher L. Population health as a determinant of the level of regional development: examples of marketing programs to support a healthy lifestyle. *National health as a determinant of sustainable development of society* : monograph (Editors: N. Dubrovina, S. Filip). School of Economics and Management in Public Administration in Bratislava, 2021. P. 527–539. *Personal contribution: a comparative analysis of marketing approaches to the promotion of a healthy lifestyle was carried out.*

5. Letunovska N., Vasilyeva T., Lyeonov S. *Modeling and forecasting the impact of the COVID-19 pandemic on socio-economic development*. Poland : Centre of Sociological Research, 2020. 145 p. *Personal contribution: the main channels of manifestation of the effects of the destabilizing factor – the pandemic – have been identified as COVID-19 on national socio-economic development.*

6. Letunovska N. Ye., Shevliuha O. H. Evaluation of innovative activity of the Baltic countries, Kazakhstan and Ukraine based on indicators and ratings. *Anticipatory innovative development: theory, methodology, practice* : Collective monograph / N. S. Illiashenko (Eds.). Sumy : Trytoriia, 2018. P. 60–73. *Personal contribution: innovative indicators of the components of the integral level of competitiveness of the country's regions were formalized.*

Publications in foreign scientific journals

7. Letunovska N., Kuzmenko O., Lyeonov S., Kashcha M., Strielkowski W. Impact of COVID-19 on the national development of countries: Implications for the

public health. *PLoS ONE* (Scopus, Web of Science etc.). 2023. № 18 (3 March). e0277166. *Personal contribution: the consequences of COVID-19 as a destabilizing factor of the national economy on the parameters of well-being in the country, financial-budgetary and political-institutional environment are systematized.*

8. Letunovska N., Kashcha M., Dluhopolskyi O., Lyeonov S., Artyukhova N., Gasior M., Sak-Skowron M. Health risks and country sustainability: the impact of the COVID-19 pandemic with determining cause-and-effect relationships and their transformations. *Sustainability* (Scopus, Web of Science etc.). 2023. № 15 (1). *Personal contribution: the types of models of medical and social security systems and their resilience to the impact of the coronavirus pandemic were investigated.*

9. Letunovska N., Saher L., Syhyda L., Yevdokymova A. Analysis of health care system development in the regions amidst the economic inclusiveness and social determinants of health. *WSEAS Transactions on Environment and Development*. (Scopus etc.). 2023. № 19. P. 163–173. *Personal contribution: methodological principles for assessing the level of healthy development of the national economy have been developed.*

10. Letunovska N., Abazov R., Chen Y. Framing a regional spatial development perspective: the relation between health and regional performance. *Virtual Economics* (Scopus etc.). 2022. № 5 (4). P. 87–99. *Personal contribution: the influence of the level of healthy development of regions on their competitiveness is determined.*

11. Letunovska N., Vasilyeva T., Kuzmenko O., Kuryłowicz M. Neural network modeling of the economic and social development trajectory transformation due to quarantine restrictions during COVID-19. *Economics and Sociology* (Scopus, Web of Science etc.). 2021. № 14 (2). P. 313–330. *Personal contribution: the change in indicators of the development of the national economy during the COVID-19 pandemic was assessed.*

12. Letunovska N., Kwilinski A., Dzwigol H., Lyulyov O., Pimonenko T. Sustainable tourism for the green economy. *Virtual Economics* (Scopus etc.). 2021.

№ 4 (4). P. 33–51. *Personal contribution: the specifics of the promotion of tourist services within the framework of the implementation of an attractive marketing strategy for the healthy development of the national economy are determined.*

13. Letunovska N., Teletov A., Teletova S., Lazorenko V. Innovations in online advertising management of Ukrainian business entities. *International Journal of Advanced Trends in Computer Science and Engineering* (Google Scholar etc.). 2020. № 9 (1.2). P. 272–279. *Personal contribution: a scientific and methodological approach to the evaluation of the level of quality of involvement of the target audience by web resources in the field of health care has been developed.*

14. Letunovska N., Lyulyov O., Pimonenko T., Stoyanets N. Sustainable development of agricultural sector: democratic profile impact among developing countries. *Research in World Economy* (Scopus etc.). 2019. № 10 (4). P. 97–105. *Personal contribution: the main components of the market of healthy products are defined as drivers of the healthy development of the national economy.*

Publications in scientific journals of Ukraine

15. Letunovska N., Demchyshak N., Minchenko M., Kriskova P., Kashcha M., Volk A. Management of country's social brand under conditions of uncertainty in the health domain. *Marketing and Management of Innovations* (Web of Science etc.). 2023. № 14 (2). P. 10–18. *Personal contribution: the impact of the coronavirus pandemic on the country's brand is substantiated.*

16. Letunovska N., Boliukh V. Countries' vulnerability to COVID-19 depending on the health behaviour patterns of the population. *Health Economics and Management Research* (Index Copernicus etc.). 2023. № 1. P. 103–112. *Personal contribution: the impact of population behavior patterns on the resilience of the healthcare sector of the national economy under the influence of destabilizing factors is determined.*

17. Letunovska N. Ye., Kazymirova V. O. Using marketing techniques to promote healthy lifestyle among various segments of people. *Market Infrastructure*. (Index Copernicus etc.). 2023. № 72. *Personal contribution: the components of the*

concentric marketing model of the healthy development of the national economy are described.

18. Letunovska N., Kobushko Ia., Khrystii V. Basic determinants of effective health institutions management as an element of social and medical provision in a region. *Управління змінами та інновації* (Index Copernicus etc.). 2022. № 3. P. 33–38. *Personal contribution: proposed measures to improve the marketing activities of healthcare institutions.*

19. Letunovska N., Koroshchenko V. The impact of the COVID-19 on the marketing activities of medical institutions. *Economy and Society* (Index Copernicus etc.). 2022. № 40. *Personal contribution: information campaigns promoting a healthy lifestyle are described.*

20. Letunovska N., Offei F. A. Influence of ICT on effectiveness of inventory control in the public sector on the way to healthy green development in conditions of uncertainty. *Problems and prospects of economics and management* (Google Scholar etc.). 2022. № 1. P. 49–57. *Personal contribution: the influence of information and communication technologies on the healthy development of the national economy is substantiated.*

21. Letunovska N. Ye. The system of medical and social security of the population and its role in supporting national and regional security: clustering of scientific research. *Bulletin of Sumy State University. "Economy" series* (Google Scholar etc.). 2022. № 2. P. 36–49.

22. Letunovska N. Ye., Kashcha M. O. Trade in pharmaceutical products in the European region: changing trends under the influence of the COVID-19 pandemic. *Effective Economy* (Index Copernicus etc.). 2022. № 11. *Personal contribution: a toolkit for forecasting changes in the level of intra-industry trade in the pharmaceutical industry of the national economy has been developed.*

23. Letunovska N. Ye. Feedback from customers of healthy products: strategy of marketing actions in the offline and online environment. *Scientific Bulletin of the*

Poltava University of Economics and Trade (Index Copernicus etc.). 2021. № 1 (102). P. 82–89.

24. Letunovska N., Yashkina O., Saher L., Alkhashrami F. A., Nikitin Yu. Analysis of the model of consumer behavior in the healthy products segment as a perspective for the inclusive marketing development. *Marketing and Management of Innovations* (Web of Science etc.). 2021. № 4. P. 20–35. *Personal contribution: models of consumer behavior in the segment of healthy products of the national economy are classified.*

25. Letunovska N. Ye. The level of health and factors affecting the position of the region according to this indicator in the ratings. *Business Inform* (DOAJ etc.). 2021. № 6. P. 127–136.

26. Letunovska N. Ye. Development of regions: from the model of economic growth to the model of healthy smart specialization. *Scholarly notes of V. I. Vernadsky Tavri National University. Series "Economics and Management"* (Index Copernicus etc.). 2021. Vol. 32 (71), № 4. P. 87–94.

27. Letunovska N. Ye., Saher L. Yu., Nazarenko A. P. The system of ensuring public health in conditions of inclusive growth of the region. *Bulletin of Sumy State University. "Economy" series* (Google Scholar etc.). 2021. № 2. P. 165–171. *Personal contribution: the public health profiles of the regions were analyzed.*

28. Letunovska N., Rosokhata A., Makerska V., Kropyva V. Consumer behavior in the digital environment under the influence of the COVID-19 pandemic: the importance of the health factor and business transparency. *Bulletin of the Economy* (Index Copernicus etc.). 2021. № 3. P. 98–109. *Personal contribution: the change in consumer behavior in the digital environment under the influence of the coronavirus pandemic is analyzed.*

29. Letunovska N. Ye. Marketing components of the regional environment in the health care system. *Bulletin of the Cherkasy National University named after B. Khmelnytskyi. Series "Economic Sciences"* (Google Scholar etc.). 2021. № 4. P. 21–32.

30. Letunovska N., Rosokhata A., Saher L., Lazorenko V. Health threats in the European region and their economic impact: lessons for Ukraine. *Economics and Region* (Index Copernicus etc.). 2020. № 3 (78). P. 70–77. *Personal contribution: the meaningful essence of the healthy development of the national economy is substantiated.*

31. Letunovska N. Ye., Saher L. Yu., Nazarenko A. P. Comparison of Ukraine and the EU on key indicators of a healthy economy. *Mechanism of Economic Regulation* (Google Scholar etc.). 2020. № 3. P. 134–141. *Personal contribution: retrospective portraits of the healthy development of the national economy were built.*

32. Letunovska N., Rosokhata A., Jasnikowski A., Moiseienko D. Marketing services MIX for healthy territories: Europe – Ukraine features. *ЕКОНОМІЧНИЙ ПРОСМІП* (Index Copernicus etc.). 2020. № 162. P. 13–19. *Personal contribution: marketing concepts of healthy development of the national economy are substantiated.*

33. Letunovska N. Ye., Rybina O. I. Comparison and forecasting of the determinants of the formation of a healthy region. *Effective Economy* (Index Copernicus etc.). 2020. № 4. *Personal contribution: a methodological approach to the clustering of regions was formed depending on the consistency and balance of the components of healthy development of the national economy.*

34. Letunovska N. Ye., Vasilyeva T. A., Smiiyanov V. A. The COVID-19 pandemic as a crisis-forming factor in the healthy development of regions. *Bulletin of Sumy State University. "Economy" series* (Google Scholar etc.). 2020. № 3. P. 191–198. *Personal contribution: the principles of ensuring the healthy development of the national economy under the conditions of destabilizing factors are defined.*

35. Letunovska N. Ye., Rybina O. I., Kuzhior A. Socially responsible marketing as a way to increase the competitiveness of business entities. *Mechanism of Economic Regulation* (Google Scholar etc.). 2020. № 1. P. 86–96. *Personal contribution: the peculiarities of the implementation of marketing strategies in the*

formation and implementation of the policy of healthy development of the national economy in the chain "state - region - business" were investigated.

36. Letunovska N. Ye., Teletov O. S. Innovative and marketing prospects in the conditions of creation of rural territorial communities. *Bulletin of the Sumy National Agrarian University. "Economics and Management" series* (Google Scholar etc.). 2018. № 6 (76). P. 71–76. *Personal contribution: marketing healthy development of the national economy at different levels is described.*

37. Letunovska N., Voda H., Kadurina S., Tsunenکو S. Peculiarities of innovations implementation on the Ukrainian brand example. *Galician Economic Herald* (Index Copernicus etc.). 2020. № 2 (63). P. 45–55. *Personal contribution: marketing tools for the development of the country's national brand as an exporter of goods and services in the field of health care are described.*

38. Letunovska N. Ye., Saher L. Yu., Syhyda L. O. Formation of the strategy of anticipatory innovative development in the conditions of Industry 4.0. *Economic Analysis* (Index Copernicus etc.). 2019. Vol. 29, № 2. P. 53–61. *Personal contribution: the components of marketing for the healthy development of the national economy in the digital environment are substantiated.*

Publications in other scientific journals of Ukraine

39. Letunovska N., Vasiliev Yu., Syhyda L., Tambovceva T., Khaba A., Honcharova K. Health care in rural areas in Ukraine: current business processes and prospects. *Health Economics and Management Review* (Google Scholar etc.). 2021. № 2 (3). P. 113–123. *Personal contribution: the level of satisfaction of the population with the quality and availability of medical services is determined.*

40. Letunovska N., Kwilinski A., Kaminska B. Scientific research in the health tourism market: a systematic literature review. *Health Economics and Management Review* (Google Scholar etc.). 2020. № 1. P. 8–19. *Personal contribution: a bibliometric analysis of the marketing of the healthy development of the national economy was carried out.*

Scientific works, testifying the approbation of dissertation materials

41. Letunovska N., Koroshchenko V. Marketing innovations in the activities of medical institutions under the influence of COVID-19. *Digital transformations and innovative technologies in the economy: challenges, realities, strategies: materials of the International Scientific and Practical Conference* (Sumy, June 17–19 2022). Sumy : Sumy State University, 2022. P. 29–30. *Personal contribution: the transformation of communication channels of stakeholders of the national economy during the COVID-19 pandemic was investigated.*

42. Letunovska N., Zakharchenko V. Innovative marketing tools for prevention threats in the health sector. *Socio-economic challenges : proceedings of the International Scientific and Practical Conference* (Sumy, November 14–15, 2022). Sumy : Sumy State University, 2022. P. 164–168. *Personal contribution: components of public health marketing were analyzed.*

43. Letunovska N. Ye. Indicators of manifestation of the consequences of COVID-19 in the region. *Economic security: state, region, enterprise: materials of the International Scientific and Practical Internet Conference* (Poltava, September 29, 2022). Poltava : NUPP, 2022. P. 174–176.

44. Letunovska N. Ye., Pavlenko M. S. The impact of COVID-19 on the field of electronic communication services. *Young science in Volyn: priorities and prospects of research: materials of the 14th International scientific and practical conference of graduate students and students* (Lutsk, May 17, 2022). Lutsk : VNU named after Lesia Ukrainka, 2022. P. 279-281. *Personal contribution: the toolkit for evaluating the content of web resources in the field of health care was analyzed.*

45. Letunovska N., Saher L., Vasyliieva T., Lieonov S. Dependence of public health on energy consumption: a cross-regional analysis. *1st Conference on Traditional and Renewable Energy Sources: Perspective and Paradigms for the 21st Century*, 2021. Vol. 250, 04014. *Personal contribution: the relationship between the*

indicators of the development of the national economy and the level of its healthy development was investigated.

46. Letunovska N. Ye., Nazarenko A. P. Medical content marketing for promotion healthcare services in a region. *Economic development of the state, regions and enterprises: problems and prospects: materials of the IV International Scientific and Practical Internet Conference of Young Scientists* (Lviv, April 28-29, 2021). Lviv : Lviv Polytechnic Publishing House, 2022. P. 114–116. *Personal contribution: the features and tools of medical content marketing are explored.*

47. Letunovska N., Khomenko L., Saher L., Jasniewski A. Segmentation as a base for digital marketing strategies in blood service: A cluster analysis for classifying healthy regional subjects. *E3S Web Conf. International interdisciplinary Scientific Conference «Digitalisation and Sustainability for Development Management: Economic, Social, and Ecological Aspects»*, 2021. 03001. *Personal contribution: the classification of stakeholders for the healthy development of the national economy by lifestyle was carried out.*

48. Letunovska N. Ye. Wellness marketing: development of specialized tourism destinations in the region. *Current problems of marketing management in the conditions of innovative economic development: materials of the 8th International Scientific and Practical Conference. conf. applicants and young scientists* (Lutsk, March 26, 2021). Lutsk : IVV Lutsk National Technical University, 2021. P. 228–229.

49. Letunovska N. Ye., Rosokhata A. S., Kropyva B. B. Internet marketing trends in the health industry. *Actual problems of the theory of management, marketing and finance: scientific ideas and implementation mechanisms: materials of the All-Ukrainian scientific conference*. Pokrovsk : State University "DonNTU", 2021. P. 195–197. *Personal contribution: justified digital marketing strategies for the healthy development of the national economy.*

50. Letunovska N. Ye. Study of healthy marketing trends. *Marketing: challenges and solutions: materials of the 2nd International Scientific and Practical*

Conference (Odesa, April 21, 2021). Odesa : Helvetica Publishing House, 2021. P. 60–61.

51. Letunovska N. Ye. Marketing innovations in the tourism product of the sphere of health and treatment. *Marketing of the 21st century: challenges of change: materials of the International Scientific and Practical Conference* (Kharkiv, October 8-10, 2020). Kharkiv : KhDUHT. P. 142–143.

52. Letunovska N. Challenges for the health components of a region in the context of globalization. *Socio-economic challenges : Proceedings of the International Scientific and Practical Conference* (Sumy, November 3-4, 2020). Sumy : Sumy State University, 2020. P. 312–316.

53. Letunovska N., Rosokhata A., Jasniewski A. Current issues of a healthy economy in the region: marketing aspects. *Conference proceedings of the 3rd International Scientific Conference «Economic and Social-Focused Issues of Modern World* (Bratislava, November 17-18 , 2020). Bratislava : The School of Economics and Management in Public Administration in Bratislava, 2020. P. 41–43. Personal contribution: the justified place of marketing in the solution of public health issues in the country.

54. Letunovska N., Saher L. Compatibility between the concepts of healthy region and regional health: comparison of values in Ukraine and other countries of the European region. *Innovation, Social and Economic Challenges : Proceedings of the International Scientific Online Conference* (Sumy, December 1-3, 2020). Sumy : Sumy State University, 2020. P. 33–34. *Personal contribution: a typology of approaches to assessing the level of healthy development of the national economy was carried out.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	38
РОЗДІЛ 1 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ПАРАДИГМИ ЗДОРОВОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ	50
1.1. Передумови формування теорії здорового розвитку національної економіки	50
1.2. Концептуальні засади забезпечення здорового розвитку національної економіки	73
1.3. Здоров'я-центричні патерни поведінки стейкхолдерів у системі детермінант здорового розвитку національної економіки: теоретико-методичні основи дослідження	90
Висновки до розділу 1	116
РОЗДІЛ 2 РОЗВИТОК МЕТОДИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ ЗДОРОВОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ.....	118
2.1. Прикладний інструментарій оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки	118
2.2. Здоровий розвиток регіональних одиниць країни як компонент національної економіки	139
2.3. Теоретико-методологічні засади дослідження впливу рівня здорового розвитку регіонів на їх конкурентоспроможність	159
Висновки до розділу 2	188
РОЗДІЛ 3 ДЕТЕРМІНАНТИ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЗДОРОВОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ: ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ІНСТРУМЕНТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	191
3.1. Дослідження ризиків здорового розвитку національної економіки: сфера громадського здоров'я.....	191
3.2. Удосконалення теоретико-методологічного інструментарію формування підґрунтя до прогнозування розвитку системи медико-соціального забезпечення як складової здорового розвитку національної економіки	224

3.3. Теоретико-методологічний підхід до емпіричного обґрунтування поведінкових детермінант резильєнтного здорового розвитку національної економіки	237
Висновки до розділу 3	249
РОЗДІЛ 4 ТЕОРЕТИЧНЕ ТА МЕТОДОЛОГІЧНЕ ПІДґРУНТЯ МАРКЕТИНГОВОЇ ПОЛІТИКИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ.....	251
4.1. Теоретико-методологічне підґрунтя створення концентричної моделі маркетингу здорового розвитку національної економіки.....	251
4.2. Науково-методичні основи вибору моделей поведінки споживачів здорової продукції національної економіки.....	292
4.3. Науково-методологічні засади обґрунтування цифрових каналів комунікації у системі промоції та адвокації концепції здоров'я	312
Висновки до розділу 4	334
РОЗДІЛ 5 СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗДОРОВОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ	336
5.1. Дослідження компонентів державної політики здорового розвитку національної економіки	336
5.2. Науково-методологічний підхід до оцінювання та прогнозування привабливості міжнародної торгівлі продукцією галузі здоров'я національної економіки	350
5.3. Дорожня карта запровадження здорового розвитку національної економіки України	361
Висновки до розділу 5	374
ВИСНОВКИ.....	376
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	381
ДОДАТКИ.....	434

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Одним із завдань реалізації Національної економічної стратегії України 2030 року є підвищення її позицій у світових рейтингах. У 2017–2022 рр. Україна посідала в середньому: за Індексом конкурентоспроможності 83-тє місце серед 142 країн світу; за Індексом процвітання 92-ге місце серед 167 країн; за Індексом щастя та задоволення життям 123-тє місце серед 154 країн світу; за Рівнем репутації 74-ге місце серед 75 країн світу. Одним із ключових факторів досягнення поставлених стратегічних цілей є людський капітал країни, якість якого безпосередньо залежить від ефективності забезпечення здорового розвитку національної економіки. За рейтингом міжнародної агенції Bloomberg у допандемічний період коронавірусу Україна мала досить низький рівень здоров'я та займала 93-тє місце серед 169 країн світу. Це обумовлено такими негативними тенденціями у 2017–2019 рр., як зниження очікуваної тривалості життя в середньому щороку на 0,9 % та темпів народжуваності – на 16 %; зростання рівня захворюваності на інсульт щорічно в середньому на 9,2 тис. осіб, на злякисні новоутворення – на 6 тис. осіб, на ВІЛ – на 2,6 тис. осіб. Пандемія інтенсифікувала ці негативні тенденції та, за оцінками експертів, призвела до економічних втрат розміром 50 млрд дол. США. Проведення успішної політики підвищення здорового розвитку національної економіки потребує чітких механізмів оцінювання її ефективності, інструментів реалізації, науково обгрунтованого та узгодженого підходу до визначення детермінант забезпечення здорового розвитку національної економіки. Сучасні наукові дослідження свідчать про те, що реконфігурація патернів поведінки населення, промоція та адвокація здоров'я є важливими детермінантами, які можуть позитивно впливати на здоровий розвиток національної економіки. З огляду на це розвиток теоретико-методологічного базису забезпечення здорового розвитку національної економіки з урахуванням цих детермінант стає одним із

центральных елементів державного управління економікою для забезпечення її конкурентоспроможності.

Фундаментальні засади дослідження механізмів здорового розвитку національної економіки та визначення його ролі в системі управління економікою країни закладені в наукових працях зарубіжних учених: П. Безнец, Й. Беко, Т. Бойс, Ч. Браун, У. Г. Гертдам, С. О. Грбенича, Х. Клуге, М. Льотгрен, Д. Фістер, Р. Хадсона, З. Хорватової, В. Ягрич, Т. Ягрич, А. Якубовської та ін. Цій проблематиці присвячені наукові праці вітчизняних учених, зокрема, О. В. Бєрвєно, О. В. Бондар-Підгурської, В. І. Борщ, Т. А. Васильєвої, А. В. Височиної, Т. Л. Желюк, М. М. Забаштанського, І. В. Заюкова, О. В. Кузьменко, С. В. Леонова, О. В. Люльова, І. О. Макаренко, Л. О. Петкової, Т. В. Пімоненко, О. П. Славкової, Л. М. Таранюка, О. Ю. Чигрин, Д. Г. Шушпанова та ін.

Незважаючи на значний науковий доробок із теми дослідження, остаточно не вирішеними залишаються такі теоретико-методологічні та прикладні проблеми, як дослідження еволюції концепції здорового розвитку національної економіки, оцінювання його ролі в забезпеченні конкурентоспроможності національної економіки, визначення ефективності моделей медико-соціального забезпечення національної економіки, впливу патернів поведінки населення на резильєнтність сфери здоров'я національної економіки, обґрунтування ролі маркетингових детермінант у його забезпеченні, формування дорожньої карти досягнення здорового розвитку національної економіки. Викладене вище обумовило актуальність дослідження, його мету, завдання й зміст.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Тематика дослідження узгоджується з основними положеннями Резолюції Генеральної Асамблеї ООН «Здоров'я населення світу і зовнішня політика», Національної економічної стратегії України на період до 2030 року (затверджена Постановою Кабінету Міністрів України № 179 від 3 березня 2021 року), Загальнонаціональної програми «Здорова Україна» (започаткована 23 червня

2021 року), Стратегії сталого розвитку «Україна – 2030» (затверджена Указом Президента України № 722/2019 від 30 вересня 2019 року) та ін.

Дисертація виконана відповідно до тематики наукових досліджень Сумського державного університету. До звіту з теми «Вплив COVID-19 на трансформацію системи медико-соціального забезпечення населення: економічні, фінансово-бюджетні, інституційно-політичні детермінанти» (№ д/р 0122U000781) ввійшли пропозиції щодо прогнозування зміни рівня внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної галузі національної економіки; з теми «Соціально-економічне відновлення після COVID-19: моделювання наслідків для макроекономічної стабільності, національної безпеки та резильєнтності громад» (№ д/р 0122U000778) – щодо обґрунтування впливу поведінкових детермінант на здоровий розвиток національної економіки; з теми «Каузальне моделювання колаборації стейкхолдерів при чистому виробництві: узгодження соціо-еколого-економічних протиріч» (№ д/р 0119U101860) – щодо формування комунікативної мережі взаємодії стейкхолдерів здорового розвитку національної економіки; з теми «Економіко-математичне моделювання та прогнозування, розроблення методологічних та методичних засад створення дорожньої карти реформування системи охорони здоров'я в Україні з урахуванням поведінкових, соціальних, економічних та правових детермінант» (№ д/р 0121U112685) – щодо формування інструментарію оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки з урахуванням системоутворювальних детермінант.

Мета та завдання дослідження. Метою дослідження є розроблення теоретико-методологічного та методичного підґрунтя забезпечення здорового розвитку національної економіки у системі державного управління.

Поставлена мета зумовила необхідність вирішення таких завдань:

– описати закономірності еволюції концепції здорового розвитку національної економіки;

- поглибити типологізацію підходів до оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки;
- розвинути методологічні засади оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки;
- удосконалити науково-методологічний підхід до кластеризації регіонів залежно від узгодженості та збалансованості складових здорового розвитку;
- обґрунтувати вплив рівня здорового розвитку регіонів на їх конкурентоспроможність;
- поглибити методологічний інструментарій визначення ефективності моделей медико-соціального забезпечення національної економіки в умовах дії факторів дестабілізації;
- виявити основні канали прояву явних та латентних наслідків дії факторів дестабілізації для розвитку системи медико-соціального забезпечення;
- обґрунтувати силу впливу патернів поведінки населення на резильєнтність сфери здоров'я національної економіки в умовах дії факторів дестабілізації;
- розвинути концентричну модель маркетингу здорового розвитку національної економіки;
- розробити підхід до класифікації моделей поведінки споживачів у сегменті здорової продукції як складової здорового розвитку національної економіки;
- досконалити науково-методологічний підхід до оцінювання рівня якості залучення цільової аудиторії вебресурсами сфери здоров'я;
- розробити методологічний інструментарій до прогнозування зміни рівня внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної галузі національної економіки;
- поглибити теоретичне підґрунтя формування дорожньої карти здорового розвитку національної економіки.

Об'єктом дослідження є економіко-організаційні відносини, що виникають у ланцюзі «держава – регіон – бізнес – населення» в процесі формування та реалізації державної політики здорового розвитку національної економіки.

Предметом дослідження є методологічні засади та науково-методичний інструментарій формування й реалізації державної політики здорового розвитку національної економіки.

Методи дослідження. Методологічну основу дослідження складають фундаментальні положення економічної теорії, теорії управління національною економікою, державного регулювання національної економіки, економічного прогнозування та економіко-математичного моделювання, наукові праці щодо забезпечення здорового розвитку національної економіки.

Відповідно до поставлених завдань використано такі методи дослідження: метааналіз (під час дослідження наукового ландшафту еволюції концепції здорового розвитку національної економіки); дедукцію та системний аналіз (під час обґрунтування ролі маркетингових детермінант здорового розвитку національної економіки); логічне узагальнення та наукову абстракцію (під час поглиблення понятійного апарату дослідження, типологізації підходів до оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки, побудови концентричної моделі маркетингу здорового розвитку національної економіки); системно-структурний та компаративний аналіз (під час типологізації підходів до оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки); компонентно-ентропійний (під час оцінювання інтегрального рівня здорового розвитку національної економіки); штучний інтелект та функцію бажаності Харрінгтона (під час кластеризації регіонів національної економіки за рівнем здорового розвитку); ANOVA-моделювання (під час обґрунтування впливу рівня здорового розвитку регіону на рівень його конкурентоспроможності); DEA-аналіз (під час визначення ефективності систем медико-соціального забезпечення національної економіки в умовах дії факторів дестабілізації); FCM-аналіз та каузальне моделювання (під час формалізації причинно-

наслідкових зв'язків між індикаторами медичної та соціальної сфер національної економіки); дискримінантний та канонічний аналіз (під час обґрунтування сили впливу поведінкових патернів населення на резильєнтність сфери здоров'я національної економіки); матричний метод (під час побудови матриці селекції моделей поведінки споживачів у сегменті здорової продукції); скоринговий метод (під час визначення рівня якості залучення цільової аудиторії вебресурсами у сфері охорони здоров'я); тренд-циклічне моделювання (під час прогнозування зміни рівня внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної галузі національної економіки); бенчмаркінг-аналіз (під час розроблення дорожньої карти здорового розвитку національної економіки). Розрахунки здійснено з використанням програмних продуктів Stata 18/SE, Statistica 10, Banxia Frontier Analyst 4, Viscosity SOMine, метааналізу – інструментарію VOSviewer v. 1.6.18, трендового аналізу – Google Trends.

Інформаційно-фактологічну базу дослідження становили: закони України; укази Президента України; нормативні акти Кабінету Міністрів України; міністерств та відомств, Державної служби статистики України; статистичні та аналітичні дані Світового банку та Організації економічного співробітництва і розвитку, Статистичної служби Європейського Союзу; інтернет-ресурси Національної служби здоров'я України; аналітичні матеріали проекту «Індекс здоров'я. Україна»; результати проведеного опитування громадськості щодо споживання здорової продукції; наукові праці вітчизняних та закордонних дослідників.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в розробленні теоретико-методологічного та методичного підґрунтя забезпечення здорового розвитку національної економіки у системі державного управління економікою.

Найбільш вагомими науковими результатами дослідження є такі:

вперше:

– розроблено теоретико-методологічні засади оцінювання впливу рівня здорового регіону регіону на його конкурентоспроможність, що базується на

інтегральному поєднанні методу таксонометрії та інструментарію ANOVA-моделювання. Це дозволило обґрунтувати домінуючі напрями регіональної політики здорового розвитку, враховуючи виявлені статистично значущі відмінності щодо рівнів конкурентоспроможності регіонів залежно від їх належності до кластеру здорового розвитку;

– запропоновано концентричну модель маркетингу здорового розвитку національної економіки, що ґрунтується на: 1) ідентифікації та формуванні основних принципів маркетингу здорового розвитку національної економіки; 2) визначенні та обґрунтуванні маркетингових стратегій здорового розвитку національної економіки (атрактивна, проактивна, інтенсифікаційна, імпактна, просвітницько-культурна) залежно від їх концептів; 3) конкретизації стейкхолдерів, традиційних та інноваційно-цифрових комунікативних інструментів їх взаємодії. Ця модель дозволяє врахувати характерні особливості трансформації маркетингових підходів з урахуванням двох критеріальних ознак (маркетингові цілі, ефект від упровадження) та еволюції теорії здорового розвитку національної економіки;

– розроблено методологію селекції моделей поведінки споживачів у сегменті здорової продукції на основі комбінації трьох критеріальних ознак (адресність, емоційність та обізнаність), що дозволило формалізувати типи моделей поведінки споживачів (імпульсивна, адаптивна, консервативна, свідомо, альтруїстична, конфідентна, асертивна, раціональна), обґрунтувати переважачі критерії ухвалення рішень для кожної з моделей, сформулювати підґрунтя для розроблення оптимального набору комунікаційних інструментів маркетингу здорового розвитку національної економіки;

вдосконалено:

– теоретико-методологічне підґрунтя оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки, що на відміну від наявних урахує ступінь важливості його системоутворювальних складових (демографічної, превентивної, медичної, інклюзивної, інформаційної, поведінкової),

визначеного ентропійним методом. Це дозволило оцінити рівень здорового розвитку національної економіки, описати динаміку його змін, формалізувати інгібітори та атрактори здорового розвитку національної економіки, уточнити цільові орієнтири державної політики його забезпечення;

– науково-методологічний підхід до кластеризації регіонів методом k-середніх, що на відміну від наявних ураховує гетерогенність вхідних параметрів, нелінійні та неоднорідні структурні взаємозалежності між нейронами, які відображають властивості системоутворювальних складових здорового розвитку з використанням інструментарію штучного інтелекту (самоорганізованої мапи Кохонена) та функції бажаності Харрінгтона. Це дозволило виокремити чотири кластери регіонів, виявити закономірності у формуванні політик їх здорового розвитку, описати тригери й інгібітори його забезпечення;

– науково-методологічний інструментарій до оцінювання ефективності національних моделей медико-соціального забезпечення населення (Беверіджа, Бісмарка та змішаної), що на відміну від наявних базується на системному поєднанні методології DEA-аналізу та методу головних компонент. Це дозволило визначити ступінь впливу факторів-регресорів на ефективність системи медико-соціального забезпечення, обґрунтувати можливості розвитку та резерви щодо підвищення її результативності в умовах дії факторів дестабілізації;

– науково-методичне підґрунтя визначення явних і латентних наслідків дії факторів дестабілізації для розвитку системи медико-соціального забезпечення, що на відміну від наявних базується на інтегральному поєднанні каузального моделювання та інструментарію FCM-аналізу. Це дало можливість ідентифікувати трансформації причинно-наслідкових зв'язків між показниками медичного та соціального спрямування під впливом фактору дестабілізації (пандемії коронавірусу);

– теоретико-методичне обґрунтування сили впливу поведінкових патернів населення на резильєнтність національної економіки до фактору дестабілізації (пандемії COVID-19), що на відміну від наявних здійснено на основі інтегрального поєднання інструментарію дискримінантного й канонічного аналізів. Це дозволило обґрунтувати державні заходи з промоції здорового способу життя для забезпечення резильєнтності національної економіки до впливу дестабілізуювальних факторів;

– дорожню карту здорового розвитку національної економіки, що на відміну від наявних урахує емпірично обґрунтовані індикатори, формалізовані пріоритетні напрями та кроки забезпечення здорового розвитку національної економіки у рамках визначених політик у сфері громадського здоров'я, надання медичних послуг, медичної освіти, а також фармацевтичної, економічної та маркетингової політик;

набули подальшого розвитку:

– теоретичні засади еволюції наукового ландшафту теорії здорового розвитку національної економіки, що відрізняються від існуючих використанням інструментарію метааналізу та дозволяють визначити етапи розвитку концепції здорового розвитку національної економіки в змістовному (кластеризовано виявлені взаємозв'язки досліджень із теорії розвитку національної економіки) та часовому вимірах (визначено періоди зростання публікаційної активності за кожною з концепцій розвитку). Це дало можливість окреслити хронологію зміни інтересу до факторів розвитку національної економіки та уточнити основні його етапи: ендогенний, інноваційний, сталий, інклюзивний та здоровий;

– типологізація підходів до оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки, що відрізняється від наявних урахуванням двох параметрів: номінаційного (набір показників) та інструментарію їх зведення, що дозволило виокремити рейтингово-статичний, таргетовано-еталонний,

індикаторно-аналітичний і компонентно-ентропійний підходи, описати їх сутність та особливості застосування;

– науково-методологічні засади визначення рівня якості залучення цільової аудиторії вебресурами у сфері охорони здоров'я, що на відміну від наявних ґрунтується на використанні інструментарію скорингового аналізу якості контенту, технічних та ергономічних векторів функціонування вебресурсів. Це дозволило сформуванню теоретичне підґрунтя необхідності трансформації методів маркетингової комунікації зі стейкхолдерами здорового розвитку національної економіки;

– науково-методологічний підхід до прогнозування зміни рівня внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної галузі національної економіки, який на відміну від наявних ураховує динаміку обсягів експортно-імпорتنих операцій за допомогою тренд-циклічного моделювання декомпозиції часового ряду, застосування рядів Фур'є та перевірки однорідності даних із використанням звичайного й модифікованого методів Ірвіна. Це дозволило обґрунтувати стратегічні напрями та атрактори розвитку внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичною продукцією України.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що основні наукові положення доведено до рівня методичних розробок та практичних рекомендацій, які можуть бути використані органами державної влади під час розроблення та впровадження стратегій і програм здорового розвитку національної економіки; органами місцевого самоврядування – під час розроблення та реалізації регіональних цільових програм у сфері охорони здоров'я; профільними громадськими організаціями й центрами – у процесі моніторингу прогресу реформ забезпечення здорового розвитку національної економіки.

Науково-практичні розробки щодо виокремлення напрямів зростання регіональної економіки враховані під час виконання поточних завдань Стратегії регіонального розвитку Сумської області на 2021–2027 рр.

(довідка № 03.1/1172 від 11.09.2023 р.); пропозиції щодо визначення домінантних орієнтирів міської політики здорового розвитку використані в діяльності виконавчого комітету Сумської міської ради (довідка № 1318/03.02-08 від 05.09.2023 р.); пропозиції щодо формування національної комунікаційної стратегії протидії поширенню захворюваності серед населення – у діяльності КНП Сумської обласної ради «Регіональний клінічний фтизіопульмонологічний медичний центр» (довідка № 714/1 від 27.06.2023 р.); заходи з реалізації інформаційних кампаній із питань попередження поширення соціально небезпечних захворювань – у діяльності КНП Сумської обласної ради «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань» (довідка № 01-04/01/6912 від 20.06.2023 р.); пропозиції щодо впливу інструментів маркетингових комунікацій на цільову аудиторію під час розбудови системи освіти впродовж життя та збільшення поінформованості населення про здоровий спосіб життя – у діяльності громадської організації «Центр освіти впродовж життя» (довідка № 154-2 від 24.05.2023 р.); рекомендації щодо складових атрактивної стратегії промоції туристичних локацій країни, рекреаційних зон, медичного туризму – комунальною установою «Агенція промоції «Суми»» (довідка № 114 від 09.06.2023 р.).

Результати дисертації використовують у навчальному процесі Сумського державного університету під час викладання дисциплін «Економічна політика та державне регулювання», «Поведінка споживача», «Прогнозування в маркетингу» (акт № 1 від 15.04.2023 р.), а також реалізації міжнародного грантового проєкту за програмою Жан Моне (Еразмус+) «Здорова економіка та політика: європейські цінності для України» (101047530-HEPE4U-ERASMUS-JMO-2021-HEI-TCH-RSCH) та впровадженні його результатів у навчальний процес (акт № 1 від 10.09.2022 р.).

Особистий внесок. Дисертаційна робота є завершеним науковим дослідженням. Наукові положення, розробки, результати, висновки та рекомендації, що виносяться на захист, одержані самостійно. Особистий внесок у працях, опублікованих у співавторстві, зазначено в списку публікацій.

Апробація результатів дисертації. Основні результати дисертації оприлюднені та одержали позитивну оцінку на 14 міжнародних наукових конференціях ([41–54] у наведеному в авторефераті списку праць).

Публікації. Основні результати дисертаційної роботи опубліковано в наукових працях загальним обсягом 33,39 друк. арк., із яких особисто авторці належить 23,88 друк. арк., зокрема 6 розділів у колективних монографіях, 24 статті в наукових фахових виданнях України, 2 публікації в інших наукових виданнях України та 8 – у наукових виданнях інших держав (із яких – 7 у виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз даних Scopus та/або Web of Science), 14 публікацій у збірниках матеріалів конференцій (2 з яких індексовані міжнародною наукометричною базою даних Scopus).

Структура та обсяг роботи. Дисертаційна робота складається зі вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Повний обсяг дисертації – 478 сторінок, зокрема, 364 сторінок основного тексту, 80 таблиць, 86 рисунків, 11 додатків та список використаних джерел, що налічує 490 найменувань.

РОЗДІЛ 1 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ПАРАДИГМИ ЗДОРОВОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ

1.1. Передумови формування теорії здорового розвитку національної економіки

Сучасні тенденції світового розвитку актуалізують питання впливу фактору здоров'я населення на соціально-економічний прогрес. В умовах ринкової економіки зростає роль людини як основного чинника економічного зростання. Зважаючи на це, питання збереження та покращання здоров'я населення стало предметом жвавих економічних дискусій у XXI столітті. Здоров'я стало основою національної безпеки в країнах світу, важливим показником якості людського потенціалу. Серед важливих суспільних проблем, яким потрібно приділяти найбільшу увагу урядам країн, за результатами опитування населення у низці країн світу, здоров'я у 2023 році увійшло до семи найважливіших у рейтингу (рисунок 1.1).

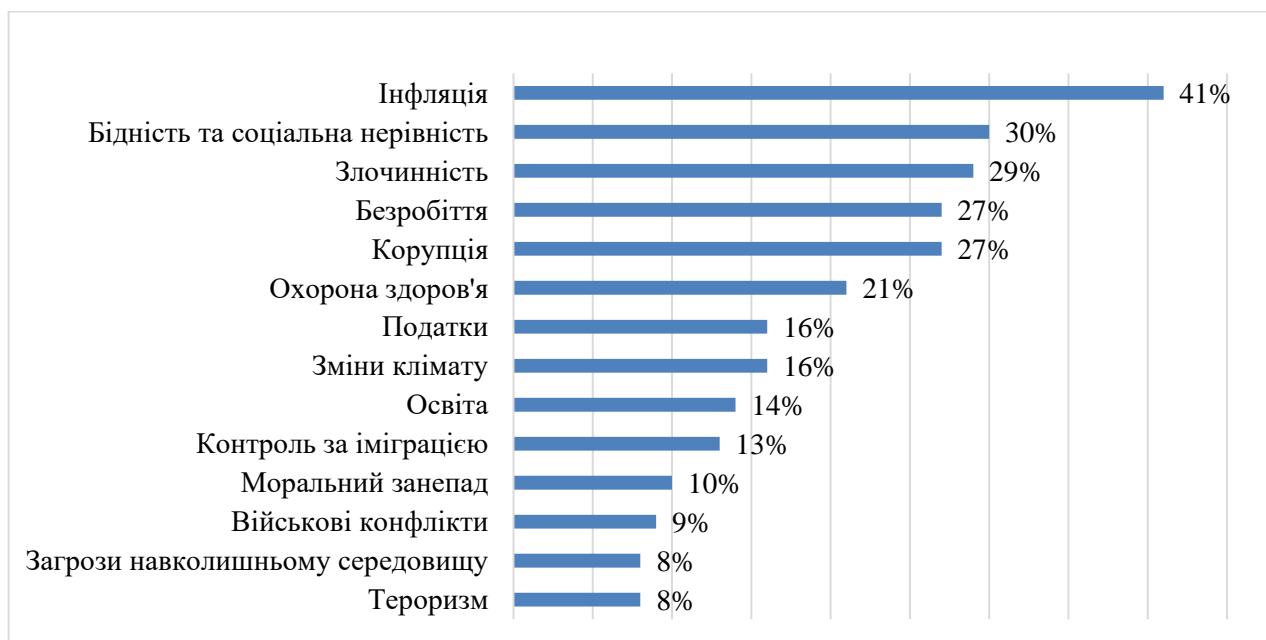


Рисунок 1.1 – Основні світові проблеми 2023 року

Джерело: побудовано на основі бази даних Statista [222].

Низка країн визнають проблеми здоров'я вирішальними, приділяють їм увагу та витрачають значні фінансові ресурси на посилення цієї сфери суспільного життя. Навіть до пандемії COVID-19 на систему охорони здоров'я витрачали значні кошти з державного бюджету такі країни, як Коста-Ріка, США, Японія, Ірландія, Німеччина та ін. (рисунок 1.2).

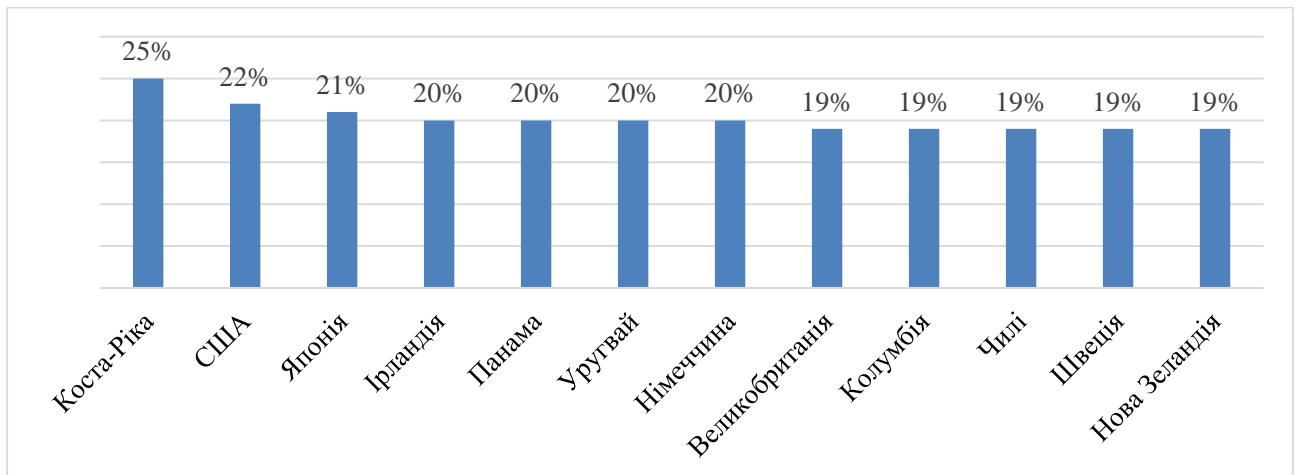


Рисунок 1.2 – Країни з найвищою часткою витрат на систему охорони здоров'я з державного бюджету в 2019 році

Джерело: побудовано на основі бази даних Statista [51].

Здоров'я визначається важливим параметром висхідного розвитку національної економіки. У низці рейтингів та підходах і методиках до розрахунку показників розвитку країн чи окремих територій фігурують показники здоров'я (таблиця 1.1). Здебільшого в зазначених показниках складові здоров'я поділяються на об'єктивні та суб'єктивні. Зокрема для Індексу процвітання індикатори субкатегорії «Охорона здоров'я» базуються на 11 рівнозважених показниках, з яких дев'ять об'єктивні та два суб'єктивні, коли це стосується визначення параметрів соціального стану суспільства. Поглянемо на рівень здоров'я, яким його оцінюють жителі країн європейського регіону, зокрема тієї частини населення, яка оцінила свій стан здоров'я як гарний і дуже гарний. Відповідний показник проаналізований і для України (рисунок 1.3). Примітно, що Україна знаходиться навіть за суб'єктивними показниками на останніх позиціях.

Таблиця 1.1

Аналіз індикаторів добробуту населення, які використовують у міжнародній практиці в контексті врахування параметру здоров'я

Назва показника (міжнародна аббревіатура)	Рік розроблення	Країни	Кількість змінних у показнику
Індекс процвітання (Index of Legatum Institute)	2008	149	104 у дев'яти категоріях
Індекс реального прогресу (GPI)	1995	59	26
Індекс якості життя (EIU)	2013	111	9
Індекс кращого життя (BLI)	2011	38	24
Індекс процвітання (LPI)	2007	142	89
Індекс живої планети (LPI)	1970	Усі	1100
Екологічний слід (EF)	1995	Усі	6
Індекс екологічної ефективності (EPI)	2006	180	16
Індекс глобальної конкурентоспроможності	2004	141	12
Готовність до епідемій (GHSI)	2019	195	7
Індекс соціального розвитку (SPG)	2013	163	12

Джерело: побудовано на основі [398].

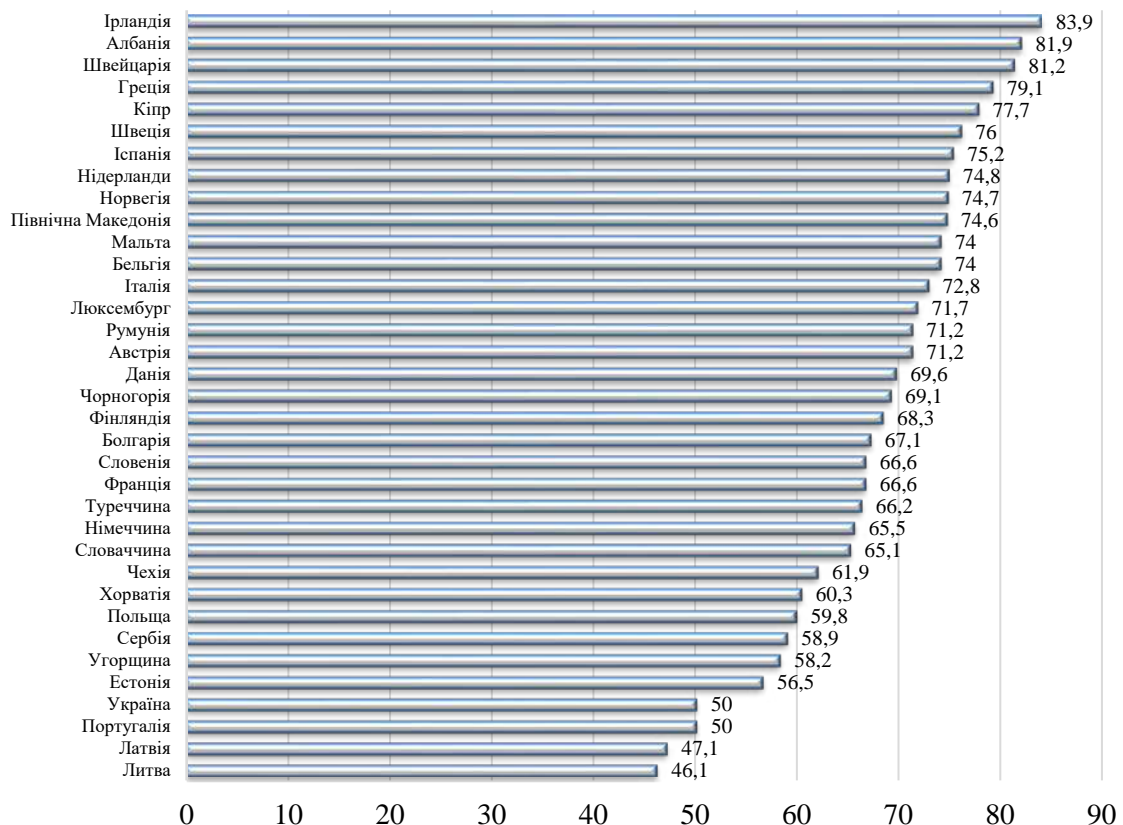


Рисунок 1.3 – Частина населення з рівнем самоусвідомлюваного здоров'я «гарний» та «дуже гарний» у 2019 році

Джерело: побудовано за даними [74].

На сьогодні низка міжнародних рейтингів, що описують рівень розвитку людського капіталу в різних аспектах, враховують параметр здоров'я з високим значенням його вагомості в результуючому індексі (рейтинг за рівнем людського капіталу (60 % від кількості індикаторів, які включають у розрахунок), людського розвитку (1/3 складових рейтингу). Також цей параметр включений в інші рейтинги: якості життя, задоволеності життям, щастя населення тощо. Примітно, що саме серед країн з рисунку 1.2 більшість входить до 50 країн-лідерів за рівнем розвитку людського капіталу (Японія (3-тє місце рейтингу), Швеція (8-ме місце), Ірландія (9-те місце), Великобританія (11-те місце), Нова Зеландія (13-те місце), Німеччина (25-те місце), США (35-те місце), Чилі (47-ме місце).

Центральним орієнтиром розвитку національної економіки України є розбудова, зміцнення міжнародних зв'язків, стабілізація соціально-економічних позицій у рамках євроінтеграційних процесів. Європейський вибір України зумовлює необхідність усе більшого наближення системи забезпечення здоров'я населення до стану, що відповідає принципам, стандартам та практикам розвитку медичної сфери в Європейському Союзі. Поки що в системі градації країн за рівнем здоров'я та якістю медичної системи Україна займає позиції аутсайдера у 2023 році і на 4 пункти відстає від Румунії, що має найнижчі позиції серед країн ЄС за цим показником. Цей показник України порівняно із середніми показниками інших країн у рейтингах за рівнем задоволеності життям та рівнем соціального прогресу відображено в Таблиці 1.2. Повний список країн розміщений у Додатку А.

Для порівняння обрані індекси, які відображають стан добробуту населення країни, але не включають показники економічного розвитку. В індекс задоволеності життям включений показник очікуваної тривалості життя; у рівень соціального прогресу – доступність медичної допомоги, рівень системи охорони здоров'я. Порівняння України з країнами ЄС щодо показників тривалості життя, зокрема здорового, здійснене на рисунку 1.4.

Таблиця 1.2

Країни ЄС та Україна за рівнем здоров'я та задоволеності життям і соціальним прогресом (фрагмент)

Країна	Рівень здоров'я (шкала 0–100 балів / 43 країни)	Рівень задоволеності життям (шкала 0–8 балів / 137 країн)	Рівень соціального прогресу (шкала 0–100 балів / 168 країн)
Швеція	82,3/3	7,395/6	91,2/7
Нідерланди	82/5	7,403/5	90,57/8
Німеччина	81,4/7	6,892/16	90,32/10
Фінляндія	81,4/8	7,804/1	92,26/2
Італія	80,9/10	6,405/33	86,56/23
Бельгія	80,6/11	6,859/17	6,805/16
Франція	80,5/12	6,661/21	88,23/19
Мальта	80,4/13	6,3/37	85,24/28
Словенія	79,9/16	6,65/22	85,83/26
Іспанія	79,7/17	6,436/32	87,53/26
Чехія	79,5/18	6,845/18	86,6/22
Кіпр	79,2/19	6,13/46	85,03/29
Латвія	74,5/27	6,213/41	83,43/34
Болгарія	74,1/30	5,466/77	78,81/43
Румунія	73/33	6,589/24	78,41/44
Україна	68,7/42	5,071/92	75,78/48

Джерело: побудовано на основі [110, 302, 328].

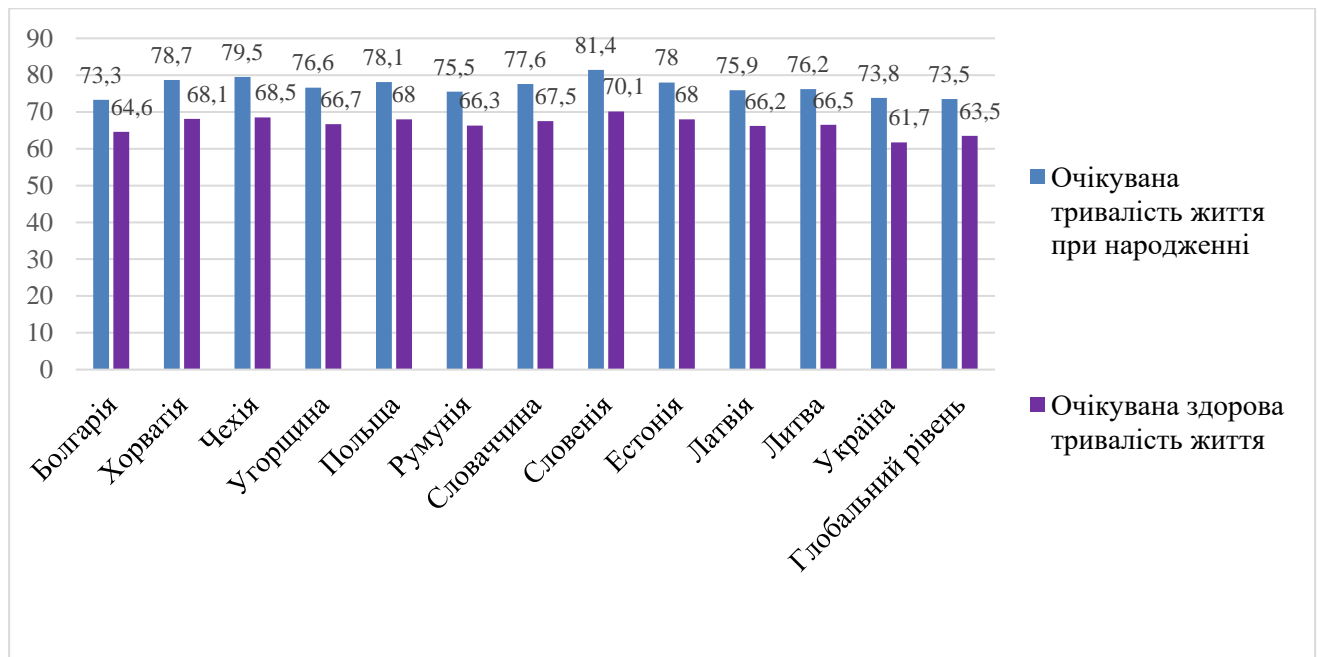


Рисунок 1.4 – Показники тривалості життя в Україні та країнах ЄС (Центральна та Східна Європа)

Джерело: побудовано на основі [93].

Як порівняно з країнами ЄС, так і з глобальним рівнем в Україні низьким є показник здорової тривалості життя – кількості років, на які індивід може розраховувати прожити з гарним рівнем здоров'я – 61,7 років порівняно з середнім глобальним показником у 63,5 років.

Аналіз рисунків 1.5 та 1.6 показує, що в Україні медична допомога доступна за ціною, але якщо брати до уваги якість послуг охорони здоров'я, то країні доцільно звернути увагу на її підвищення. При достатній забезпеченості медичними працівниками Україна залишається на низьких позиціях за індексом доступності медичних послуг.

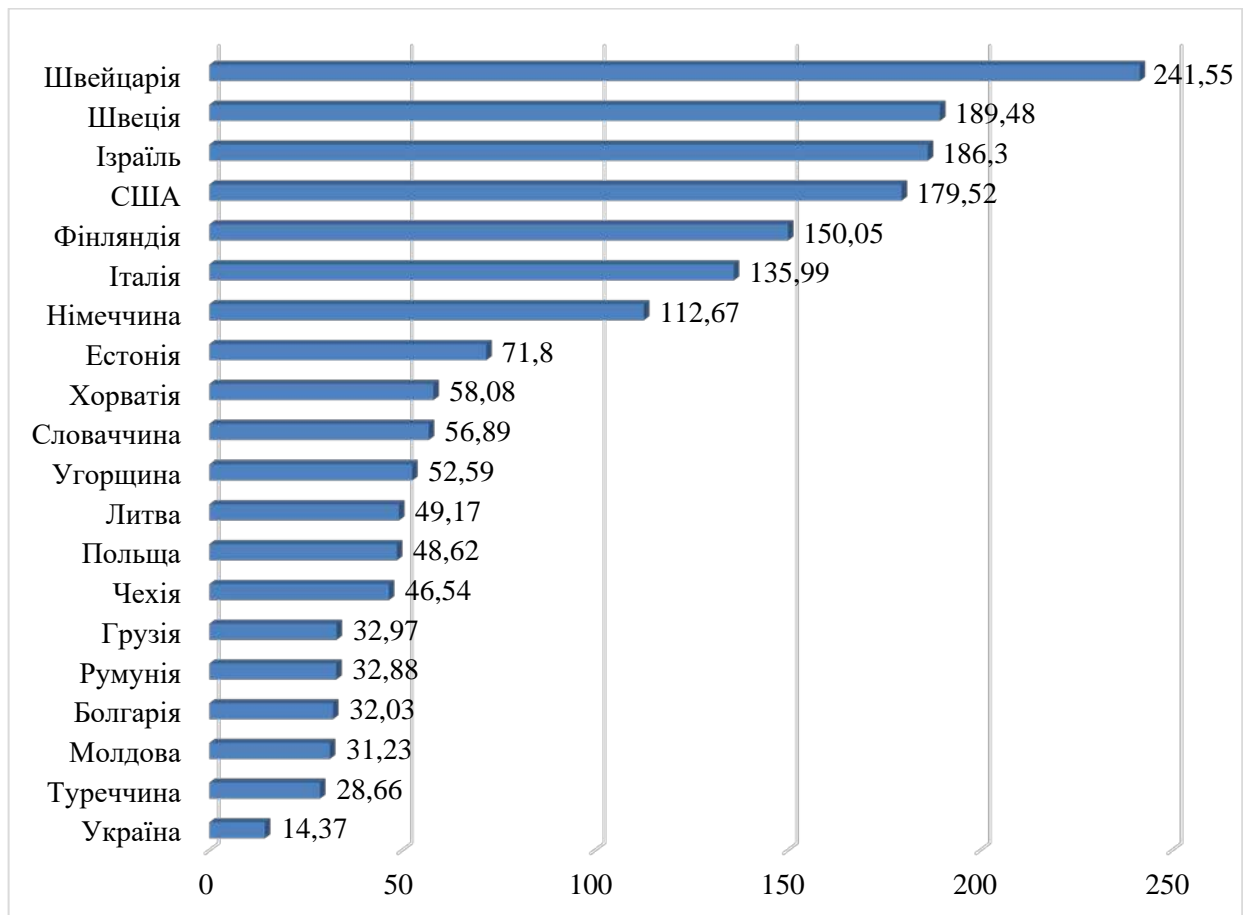


Рисунок 1.5 – Порівняння країн за ціновою доступністю послуг сфери охорони здоров'я, пункти

Примітка. Середній світовий показник прийнятий за 100 (70,35); вищі значення вказують на вищі витрати, нижче цього значення – на нижчі

Джерело: побудовано на основі [112].

На сьогодні більшість країн світу стоять перед серйозними проблемами в галузі охорони здоров'я, які пов'язані з демографічними змінами, посиленням соціально-економічної нерівності серед населення, дефіцитом ресурсів медичних систем, розвитком цифрових технологій та інновацій у сфері охорони здоров'я. Новим викликом для сфери здоров'я світу стала пандемія COVID-19 2020-2022 рр.

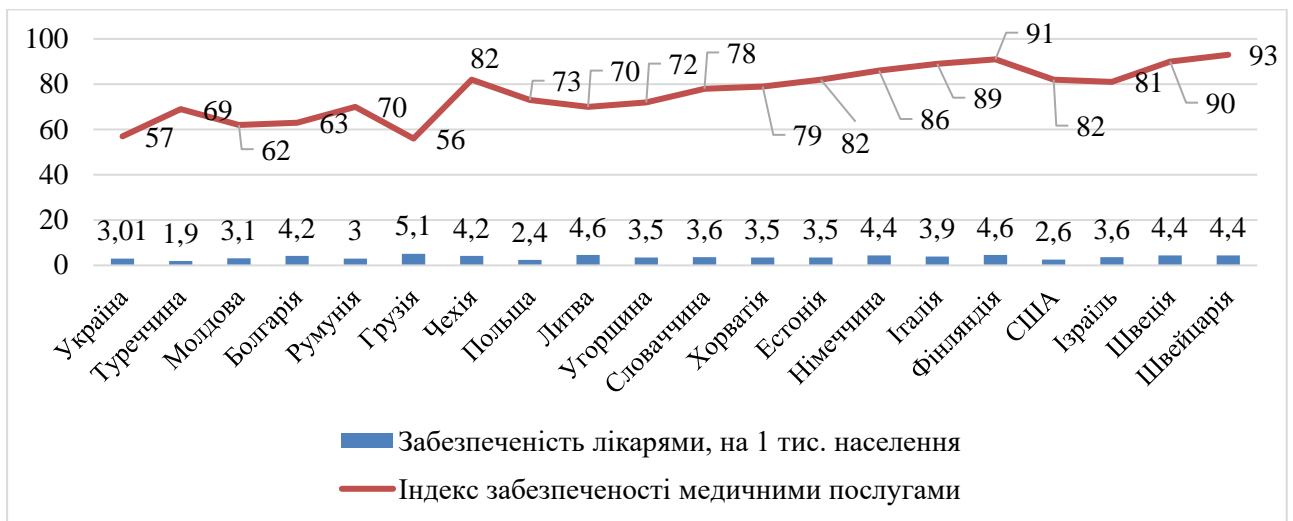


Рисунок 1.6 – Порівняння країн за забезпеченістю медичної сфери

Джерело: побудовано на основі [215, 240].

Пандемія вплинула на реалізацію можливостей національних систем охорони здоров'я в питаннях безперервного та якісного надання необхідних послуг. У 2020 пандемічному році 8,8 % робочих годин було втрачено порівняно з показником четвертого кварталу 2019 року. Найбільших втрат через скорочення робочого часу зазнали країни з доходом нижче середнього, проте через безробіття у трудовій сфері відбулися негативні явища, що спричинили найбільші біфуркації саме серед країн з високим рівнем доходу (рисунок 1.7). Найбільшу кількість робочих годин було втрачено в країнах ЄС (14,6 %) та Північній і Латинській Америці (13,7 %), де активно запроваджувалися карантинні заходи та локдауни. У світових масштабах у 2020 році відбулася втрата робочих місць у кількості близько 114 млн [94]. Такі зміни на ринку праці та в різних галузях економіки зумовили виникнення

негативних соціальних явищ у суспільстві, які можуть бути виражені різними показниками. Один з них – частка людей, що опинилися на межі надмірного рівня бідності через пандемію COVID-19 (рисунок 1.8). Найменш негативного впливу зазнали такі регіони, як Північна Америка, Європа та Центральна Азія. Проте у таких регіонах, як Південна Азія та Африка на південь від Сахари вплив набагато більш відчутний (15,6 млн та 22,6 млн осіб відповідно в стані крайньої бідності через події, спричинені пандемією COVID-19).

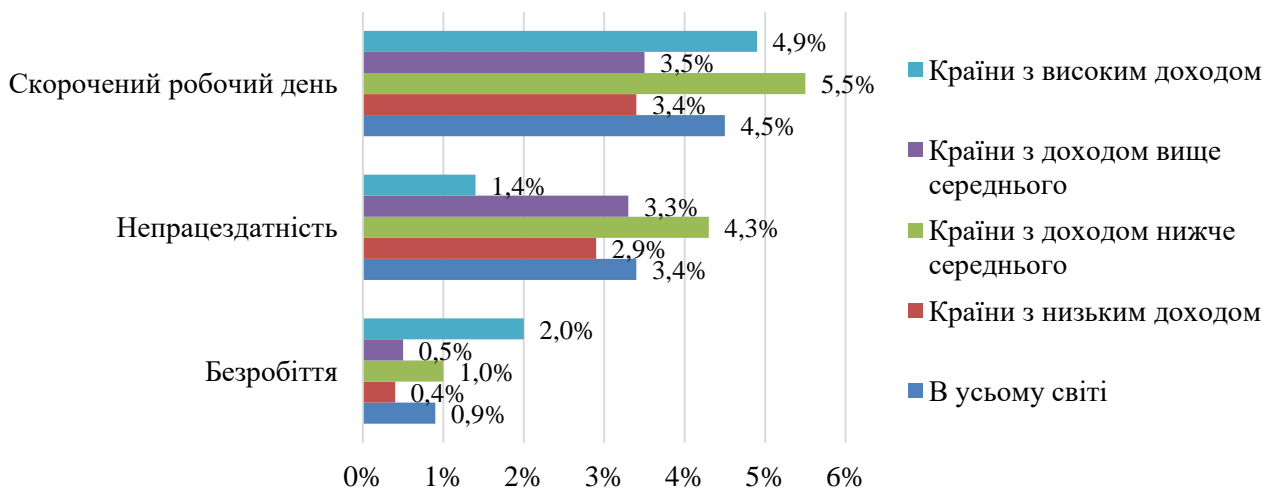


Рисунок 1.7 – Втрата робочих годин під час пандемії COVID-19 за причинами з розподілом країн за рівнем доходу

Джерело: побудовано на основі [94].

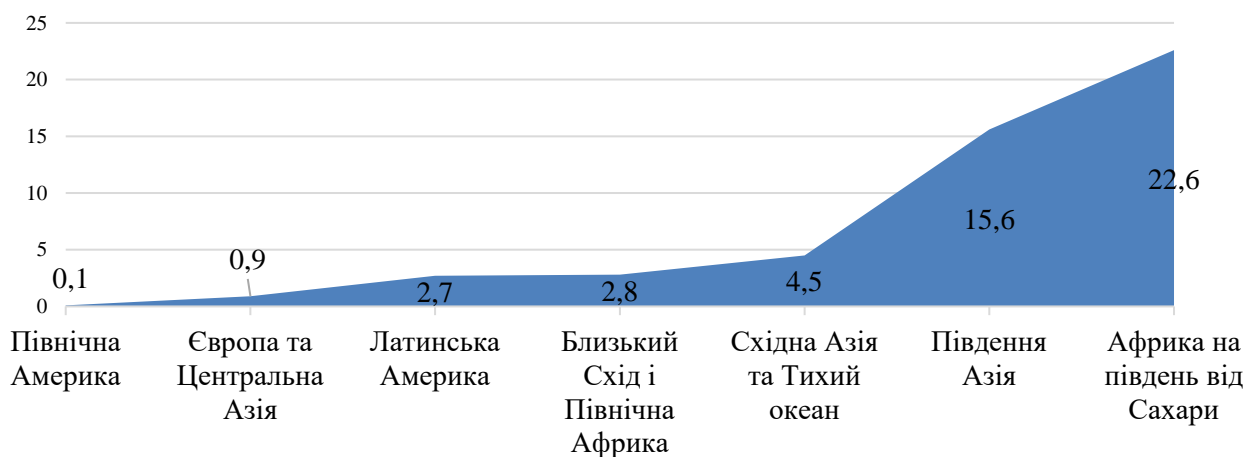


Рисунок 1.8 – Кількість людей, що опинилися в стані крайньої бідності через COVID-19, млн осіб

Джерело: побудовано на основі [123].

З рисунку 1.9 зрозуміло, що витрати на боротьбу з захворюваннями та станом непрацездатності в 2020 році істотно зросли для всіх аналізованих країн ЄС, а також Норвегії (у Бельгії – з 3,46 % до 11 % відповідно; у Чехії – з 2,23 % до 8,7 %, у Данії – з 4,35 % до 12 %, у Німеччині – з 3,25 % до 14 % і т. д.) [99]. Тобто в усіх країнах це зростання було двократним, а для деяких країн і трикратним. Не останню роль у таких рішеннях щодо розподілу бюджету відіграла світова ситуація в медичній сфері, викликана пандемією COVID-19. Щодо інших соціальних статей, то помірного збільшення отримали витрати на підтримку осіб літнього віку, тоді як стаття на боротьбу з бідністю в 2020 році залишилася без зростання.

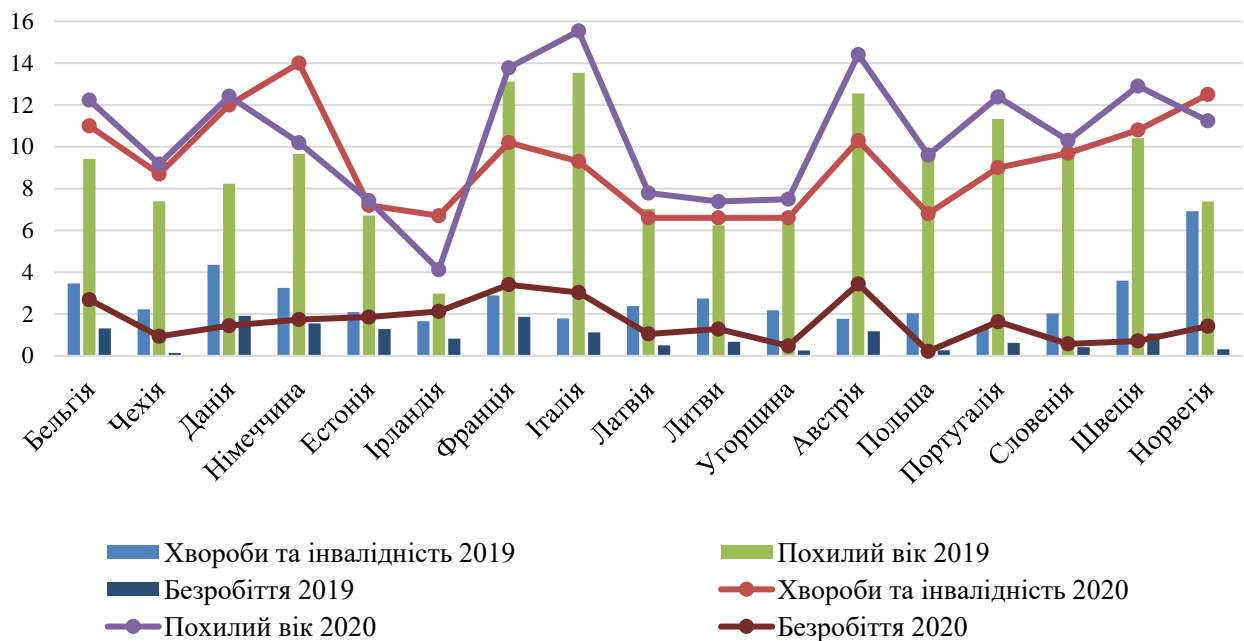


Рисунок 1.9 – Витрати на основні медико-соціальні статті у 2019 та 2020 роках, % до ВВП

Джерело: побудовано на основі [99].

Витрати на статтю щодо вирішення проблем безробіття істотно зросли лише в деяких країнах (Ірландія, Франція, Італія, Австрія). Необхідно зазначити, що цьому є об'єктивні причини, оскільки, наприклад, в Ірландії був один з найжорсткіших карантинів через COVID-19 у світі. У 2020 році рівень

безробіття тут був на рівні 31,5 %. Виважені заходи економічного та фінансового характеру дали можливість вийти на рівень безробіття у 7,9 % в жовтні 2021 року [53]. До того ж Ірландія перебуває в постійній десятці країн-лідерів рейтингу [299] у їх успішності в стримуванні поширенню вірусу з найменшою кількістю соціально-економічних порушень. Ринок праці у Франції також зазнав істотного негативного впливу з урахуванням падіння в економічній сфері на 8,3 % в 2020 році та зниженням обсягів, наприклад, сектору подорожей та туризму на 48,8 %, що призвело до втрати більше 190 тис. робочих місць. Уже в третьому кварталі 2020 році рівень безробіття в цілому в країні склав 9,1 %, що стало найвищим показником за два роки [301]. Цікавим є приклад Італії, яка була єдиною європейською країною, у якій було заборонено звільняти працівників на тлі пандемії. Разом з тим, рівень безробіття в країні в окремі періоди 2020 року сягав більше 10 % [134, 287]. Аналогічно, рівень безробіття в Австрії зростав у критичні періоди розвитку пандемії до 12 % [296].

Економічний вплив пандемії на країни з рисунку 1.10 (також України) можна простежити через показник Індексу економічного спаду з порівнянням його в 2019 році (допандемічний період) та в 2020 році (рік пандемії). Шкала вимірювання показника від 0 до 10. Чим меншим є значення цього індексу, тим меншим є падіння економіки в країні. Проаналізовані дані з тих же країн, які винесені на графік на рисунку 1.9, який демонструє, що в усіх без винятку аналізованих країнах відбулося зростання індексу економічного спаду. На графіку показані числові значення в 2019 році та візуалізації їх зміни у вигляді другого помаранчевого стовпчика в 2020 році. В Україні порівняно з іншими країнами, що проаналізовані, значення індексу вище (спейсинг між максимальним значенням у статистичній вибірці (для Італії) та значенням для України складає 1,3; у 2020 році ця різниця дещо зменшилася до 1,1).

Аналіз економічних наслідків пандемії засвідчує, що питання забезпечення резильєнтності в сфері охорони здоров'я, його підтримки та розвитку цього ресурсу стійкості людського капіталу є нагальним соціально-економічним

питанням сьогодення та ще істотніше актуалізує необхідність досліджень та впровадження механізмів сприяння популяризації здоров'язбереження в суспільстві та реалізації цього процесу на різних рівнях національної економіки.

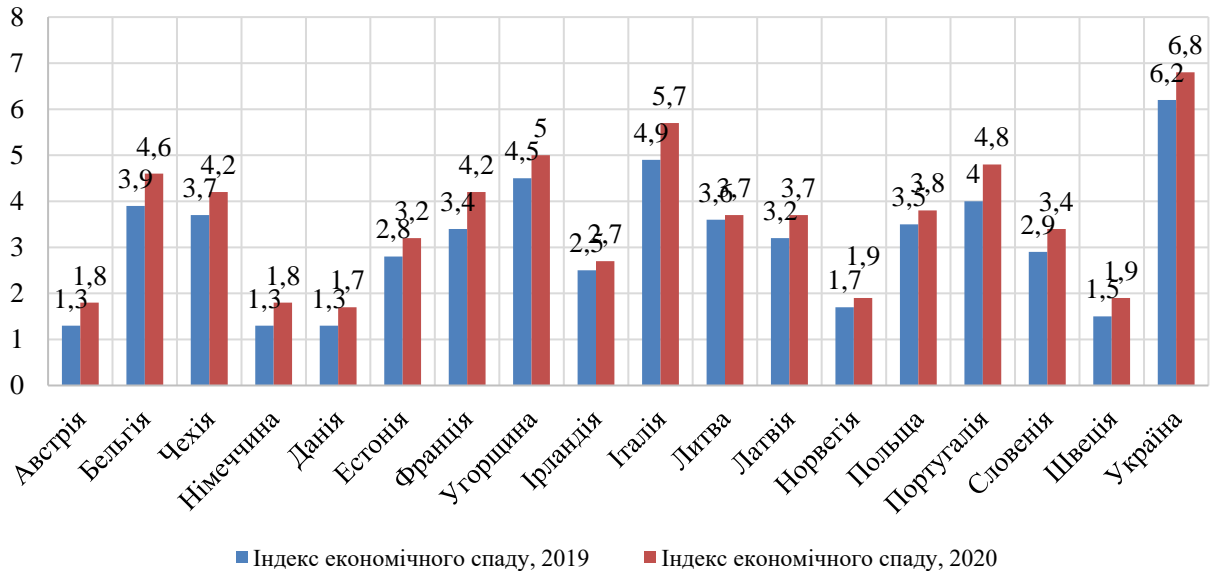


Рисунок 1.10 – Порівняння рівня Індексу економічного спаду в країнах у допандемічний та пандемічний період

Джерело: побудовано на основі [70].

Україна перманентно знаходиться під впливом зниження кількості населення через природне скорочення, старіння, воєнні конфлікти, посилення міграційних процесів, диспропорцію в рівнях попиту та пропозиції на ринку праці, погіршення умов життя, пандемію коронавірусу та викликані нею посилення тенденцій погіршення соціально-демографічної ситуації.

Так, про високі темпи скорочення частки працездатного населення України свідчить той факт, що демографічне навантаження на населення у віці 16-59 років упродовж останніх 15 років лише зростає (рисунок 1.11). Максимальною частка активного населення була в 2008 році (64,38 %). З 2009 року спостерігаються тенденції до її поступового падіння [391].

Основним чинником скорочення населення у країнах з розвинутою економікою є низька народжуваність. В Україні існує ще один чинник –висока

смертність. Загальна смертність населення та смертність від окремих причин в Україні удвічі перевищують відповідні показники країн Європейського Союзу. Результати проведеного аналізу смертності від різного типу захворювань показали, що в 2022 році лише 0,84 % смертельних випадків були пов'язані з інфекційними хворобами. Перше ж місце припадає на хвороби системи кровообігу (64,15 %), друге – на онкологічні захворювання (10,09 %) [460], які мають неінфекційну природу та тісно корелюють зі способом життя людини.

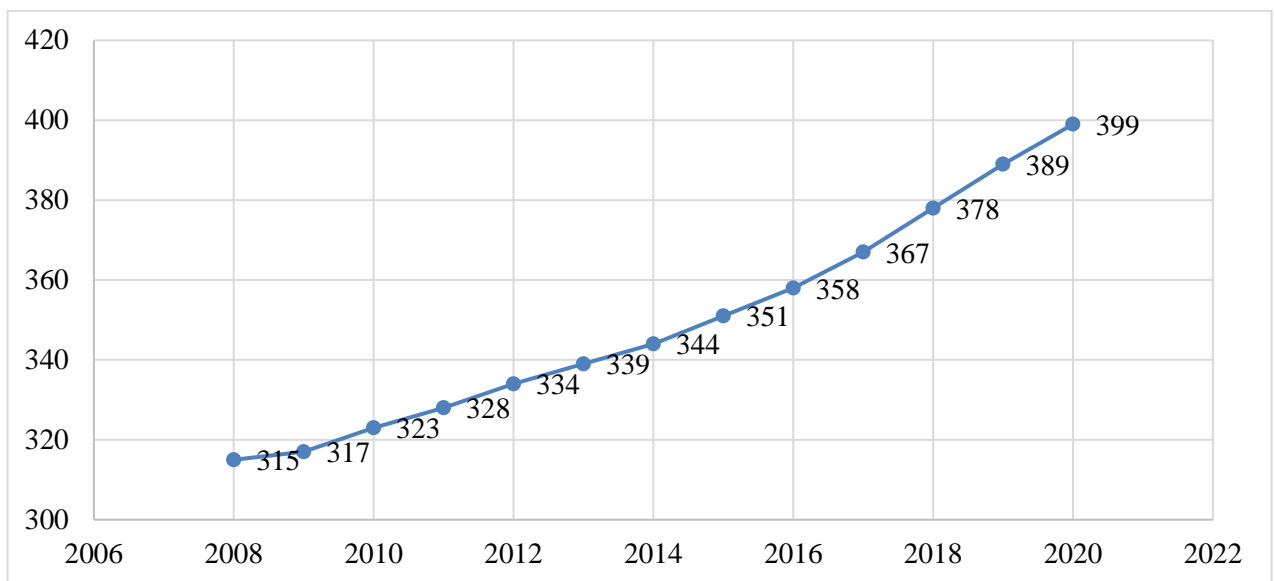


Рисунок 1.11 – Динаміка показника демографічного навантаження населення у віці 16-59 років на 1 тис. осіб для осіб віку 60 років і старше

Джерело: побудовано за даними [70].

Зв'язок між здоров'ям і станом національної економіки давно відомий і досліджується в багатьох наукових працях. Автори спостерігають розрив у розумінні взаємозв'язку між поняттям суспільного добробуту та рівнем здоров'я. Аналіз за категорією «Здоров'я» за допомогою аналітичної онлайн-платформи SciVal, джерелом даних для якої є міжнародна база Scopus, дозволив виокремити певні сфери досліджень науковців з акцентуванням уваги на сфері економіки та бізнесу (рисунок 1.12). Результати цього аналізу показали, що в дослідженнях з економіки та бізнесу праці науковців більшою

мірою зосереджені на соціо-емоційних особливостях створення багатства, сімейних цінностей з кількістю праць 525, а також створення бренду територій, культури споживчої поведінки з кількістю праць 1995. Це визначає напрямки подальших розробок у цій сфері і визначення ролі здоров'я у формуванні добробуту країни та позитивного емоційного стану населення певної території, а також територіального бренду.

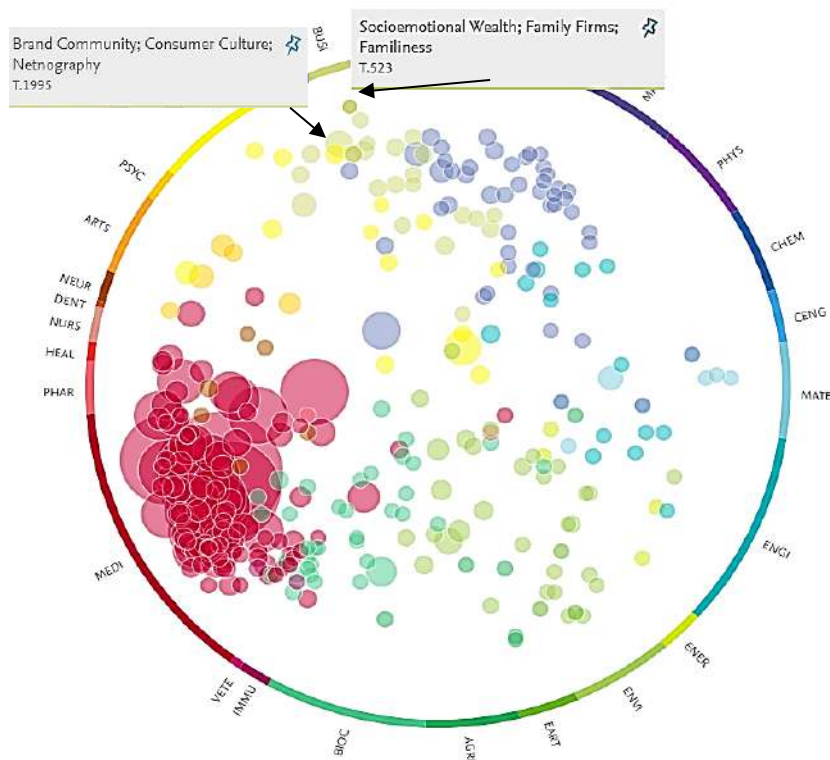


Рисунок 1.12 – Напрямки досліджень учених, дотичні до тематики фактору здоров'я в національній економіці

Джерело: побудовано з використанням інструментарію SciVal.

Використано можливості інструменту Google Ngram Viewer для виявлення частоти згадування поняття здорового розвитку національної економіки в літературі (в англomовних наукових працях це поняття частіше представлено словосполученням «health economics»). Аналіз більш ніж 100-літнього періоду засвідчив наявність постійно зростаючого інтересу до досліджуваного поняття (рисунок 1.13).

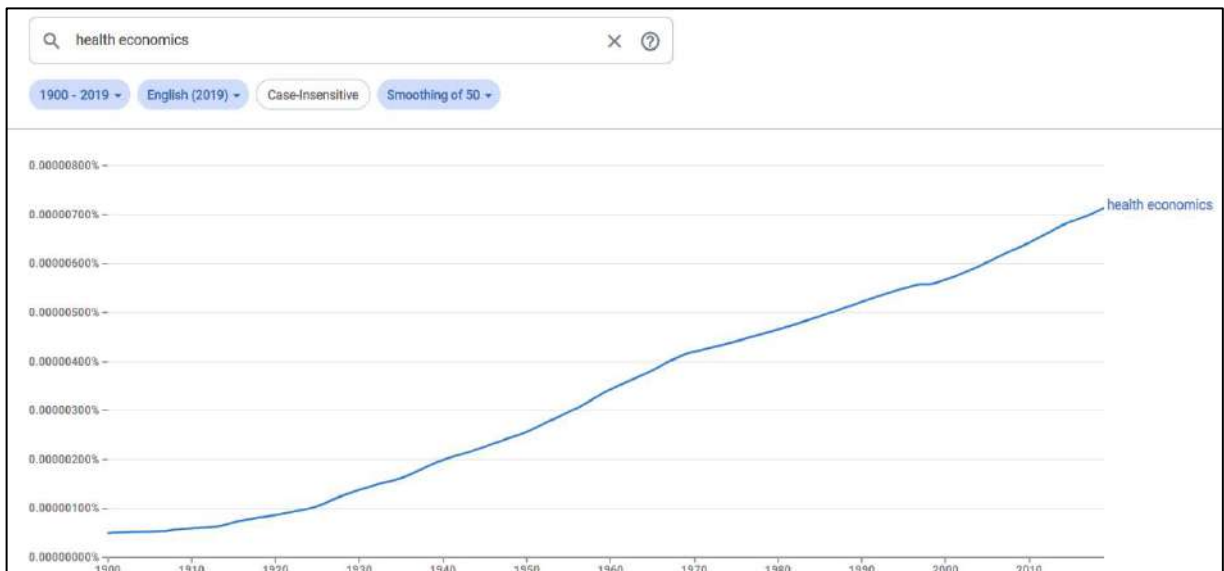


Рисунок 1.13 – Напрямки досліджень учених, дотичні до тематики фактору здоров'я в національній економіці

Джерело: побудовано з використанням інструментарію Google Ngram Viewer.

Питання значення здоров'я в національній економіці досліджені в працях низки вчених, серед яких У. Г. Гертдтам, М. Льотгрен [89], які перевірили наявність коінтеграції між витратами на охорону здоров'я та ВВП, дослідивши країни зі складу Організації економічного співробітництва та розвитку; Р. Хадсона [125], який описав ризики в сфері громадського здоров'я та добробуту населення, що виникають під впливом глобалізаційних процесів, особливо в країнах, економіка яких розвивається; Й. Беко, Т. Ягрич, Д. Фістер, Ч. Браун, П. Безнец, Х. Клуге, Т. Бойс [23] оцінили економічний вплив сфери охорони здоров'я Словенії на національну економіку з висновком щодо фактору здоров'я як амортизатора економіки; А. Якубовська, З. Хорватова [136] дослідили зв'язки, що виникають між економічним рівнем розвитку країн ЄС та станом здоров'я їх населення; Т. Ягрич, С. О. Грбенич, В. Ягрич [135] дослідили понад 30 змінних для пошуку чинників сфери здоров'я, які сприяють чи пригнічують розвиток у країні; О. В. Бервено [342] досліджено підходи до виявлення сутності якості життя, його складових, до яких включено здоров'я людини, державне регулювання питання забезпечення його достатнього рівня;

В. І. Борщ [343], якою розроблено рекомендації щодо врахування інноваційних факторів розвитку галузі охорони здоров'я; Т. А. Васильєва, А. В. Височина [317, 313] акцентуючи увагу на наслідках COVID-19 для економіки, визначають, що пандемія вплинула на сферу охорони здоров'я країн та уповільнила розвиток та спричинила негативні наслідки у вигляді підвищення нерівності доходів; праці Т. Л. Желюк [366] присвячені аналізу проблем становлення ринку медичних послуг в умовах децентралізації та медичної реформи; у працях О. В. Кузьменко [155, 158, 312] досліджено особливості реалізації державної стратегії в сфері розвитку охорони здоров'я для посилення її стійкості до впливу дестабілізуючих факторів; С. В. Леоновим [155, 157] досліджені аспекти та роль цифрових технологій як фактора, що впливає на готовність міст до спалаху COVID-19; О. В. Люльовим [281, 421] проаналізовані взаємозв'язки між здоров'ям населення та економічним зростанням і макроекономічною стабільністю; І. В. Заюковим [371] досліджені методичні та практичні засади збереження здоров'я населення в системі забезпечення людського розвитку; Л. О. Петковою [442] розглянуто особливості вимірювання якості життя населення регіонів України; Т. В. Пимоненко [281, 308] досліджено зелені трансформації в системі охорони здоров'я; О. П. Славковою [459] досліджено сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я та механізму взаємодії медичних організацій у процесі виробництва медичних послуг, основною метою яких є задоволення потреб людини, що сприяє відновленню, збереженню та покращанню здоров'я населення; Д. Г. Шушпановим [484, 485] визначені соціально-економічні детермінанти нерівності в стані здоров'я населення країни.

Для чіткого розуміння різнобічних аспектів досліджуваної тематики та визначення передумов формування концепту «здоровий розвиток національної економіки» здійснено метааналіз наукового ландшафту еволюції цієї парадигми. Це реалізовано за допомогою поетапного алгоритму, показаному на рисунку 1.14.

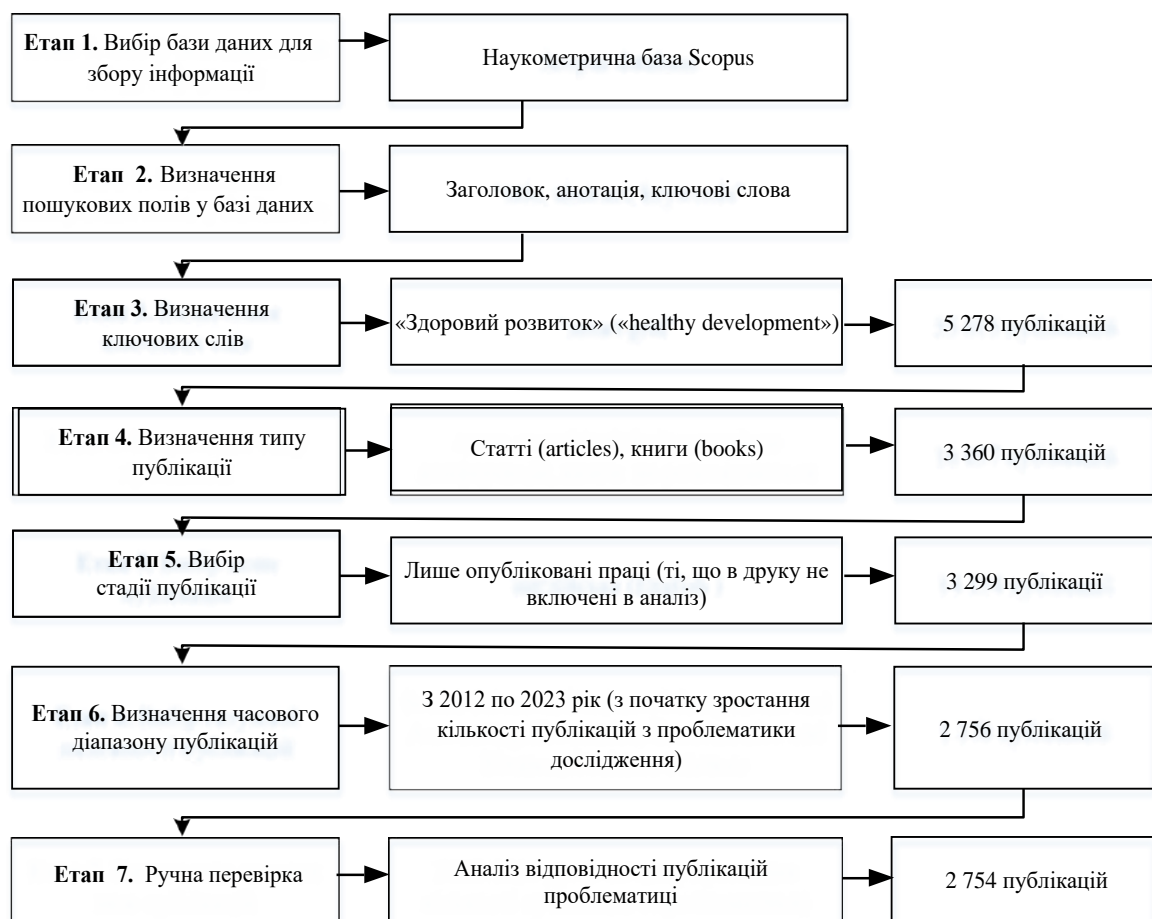


Рисунок 1.14 – Етапи проведення метааналізу

Джерело: розроблено авторкою.

Для здійснення аналізу обрано наукометричну базу Scopus, яка порівняно з базою даних Web of Science має деякі переваги, а саме більш різноманітну мовну базу та переважаючий обсяг матеріалу. Для охоплення публікацій не лише за заголовком, але і за змістом було вирішено для пошукових полів включати також анотації та ключові публікації матеріалів, розміщених у базі. Ключовим словосполученням обрано «здоровий розвиток», що в англomовному середовищі в переважній більшості публікацій зазначено як «healthy development». Відібраний масив публікацій далі пройшов процедуру перевірки релевантності. Для подальшого аналізу обрано такі типи публікацій, як статті та книги. Обмеження на мову чи галузь публікації не вводилися. Проте додатково

були введені обмеження щодо стадії публікацій (лише опубліковані) та їх часового діапазону з перевіркою відповідності проблематиці дослідження. Враховуючи всі обмеження, для метааналізу відібрано в підсумку 2754 публікацій.

На основі результатів виявлено п'ять основних етапів досліджень (рисунок 1.15): 1) концепція ендогенного розвитку, яка превалювала в науці до 2014 року, пов'язана з внутрішніми чинниками розвитку (людський капітал, продуктивність праці, виробничі потужності); 2) концепція інноваційного розвитку, що домінувала в 2014–2016 рр. (рисунок 1.16), пов'язана з інноваціями та науково-технічним прогресом; 3) концепція сталого розвитку, що переважала в дослідженнях 2016–2018 рр. (рисунок 1.17), пов'язана з аналізом детермінант національного зростання в контексті досягнення цілей сталого розвитку; 4) концепція інклюзивного розвитку, яка переважала в 2018–2020 рр. (рисунок 1.18), пов'язана з питанням зростання через призму досягнення стану рівності детермінант, що визначають якість життя, розвиток соціальних інститутів за принципами доступності для всіх категорій населення; 5) концепція здорового розвитку національної економіки (рисунок 1.19), яка стала домінуючою в 2020 році в умовах поширення пандемії COVID-19 світом, пов'язана з визначенням індикаторів національного зростання в контексті досягнення резильєнтності соціально-економічної системи країни в умовах наявності факторів ризику для громадського здоров'я. На цьому етапі наукові дослідження торкаються таких аспектів, як хелс-промоушн, соціально-поведінкові патерни в системі охорони здоров'я. Тому вдалим синонімом цього типу розвитку може бути словосполучення «добробут-орієнтований розвиток».

Дослідження пошукових запитів в онлайн-сервісі Google Trends за останні 5 років показує високу популярність пошукових запитів, пов'язаних зі здоров'ям, «health promotion» (зміцненням здоров'я) та «healthy development» (здоровим розвитком) зі зростаючим трендом в крайньому аналізованому періоді 2023 року (рисунок 1.20).

Вектор досліджень: фінансова інклюзія, підприємництво, лідерство

Вчені: *Е. Оуен [235], М. Сіддік, К. Саджал [274], Ф. Де Беуле, Е. Верваал [58], Р. Гемблтон [106]*

Вектор досліджень: соціальний капітал, рівність, доступність національних благ

Вчені: *А. Лашитев, Л. Балс, Р. ван Талдер [164], Б. Токтай [141], Т. Лісандру, Ч. Кюй [204], Дж. Фіцгібонс, К. Мітчелл [81]*

Вектор досліджень: добробут, людина, COVID-19, якість життя, здоров'я

Вчені: *Д. Револьтелла [257], К. Спаш [285], А. Діаб, А. Метуолі [63], Г. Гранді, В. Кужер, С. Ганьйон [100]*

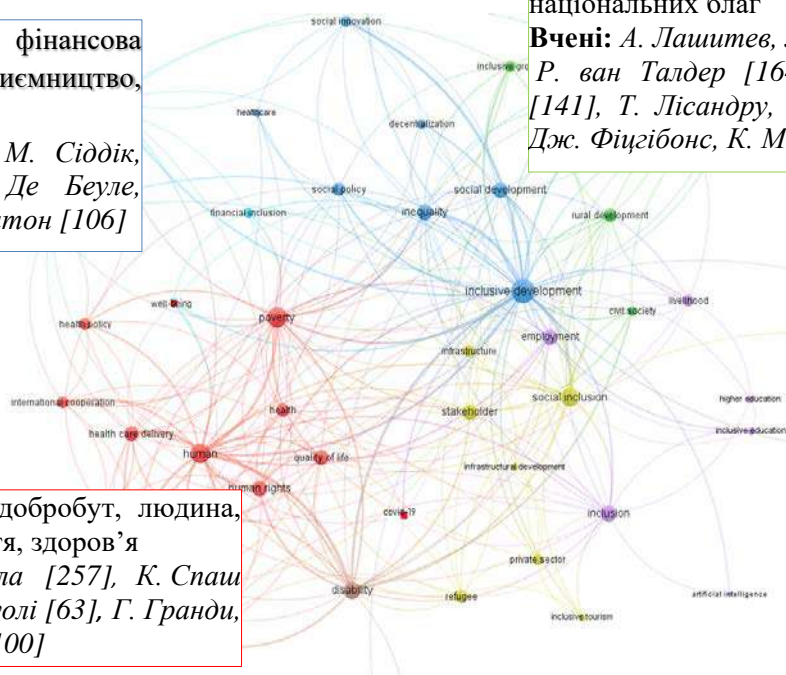
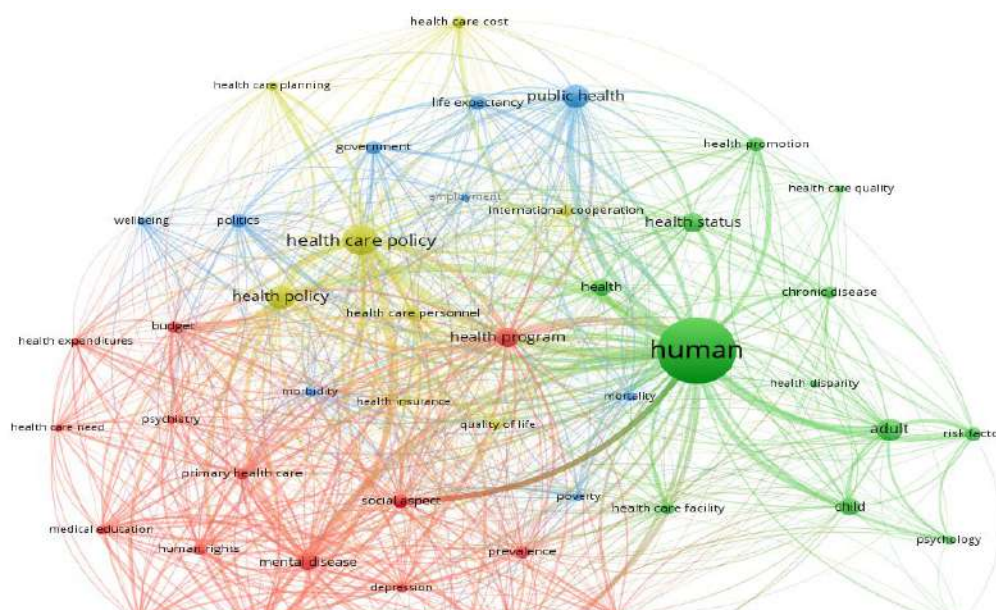


Рисунок 1.18 – Кластеризація взаємозв'язків досліджень із теорії інклюзивного розвитку

Джерело: побудовано за допомогою програмного забезпечення VOSviewer.



Ключові категорії за чотирма кластерами: політика добробуту, хелс-промоушн, економіка системи охорони здоров'я, соціально-поведінкові аспекти в системі здоров'я

Рисунок 1.19 – Результати кластеризації наукових патернів за категорією «здоровий розвиток»

Джерело: побудовано за допомогою програмного забезпечення VOSviewer.

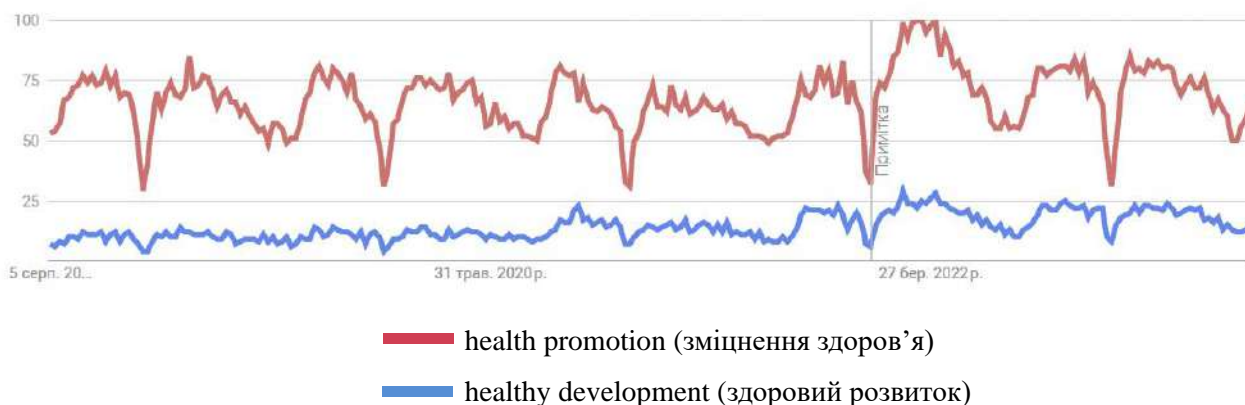


Рисунок 1.20 – Порівняння популярності пошукових запитів «health promotion» та «healthy development»

Джерело: побудовано за допомогою інтернет-ресурсу Google Trends.

Таблиця 1.3

Топ-10 найбільш цитованих публікацій з питань здоров'я в системі національного розвитку

№	Заголовок публікації	Автор(и)	Країни афіліації авторів	Назва видання	Рік публікації	Кількість цитувань
1	2	3	4	5	6	7
1	Risk perceptions of COVID-19 around the world [66]	Dryhurst S. S., Claudia R., Kerr J., Freeman A. L. J., Recchia G., van der B., Anne M., Spiegelhalter D., van der L. S.	Великобританія, Нідерланди	Journal of Risk Research	2020	1000
2	Big Data analytics: Understanding its capabilities and potential benefits for healthcare organizations [322]	Wang Y., Kung L., Byrd T. A.	США	Technological Forecasting and Social Change	2018	843
3	Consumer behavior and purchase intention for organic food: A review and research agenda [251]	Rana J., Paul J.	Індія, США	Journal of Retailing and Consumer Services	2017	510

Продовження таблиці 1.3

1	2	3	4	5	6	7
4	Outcomes of work-life balance on job satisfaction, life satisfaction and mental health: A study across seven cultures [104]	Haar J. M., Russo M., Suñe A., Ollier-Malaterre A.	Нова Зеландія, Франція, Іспанія, Канада	Journal of Vocational Behavior	2014	399
5	A critical review of the impacts of COVID-19 on the global economy and ecosystems and opportunities for circular economy strategies [130]	Ibn-Mohammed T., Mustapha K. B., Godsell J., Adamu Z., Babatunde K. A., Akintade D. D., Acquaye A., Fujii H., Ndiaye M. M., Yamoah F. A., Koh S. C. L.	Великобританія, Малайзія	Resources, Conservation and Recycling	2021	379
6	A new scale for adolescent resilience: Grasping the central protective resources behind healthy development [119]	Hjemdal O., Friborg O., Stiles T. C., Martinussen M., Rosenvinge J. H.	Норвегія	Measurement and Evaluation in Counseling and Development	2006	187
7	The COVID-19 pandemic: Lessons on building more equal and sustainable societies [309]	van Barneveld K., Quinlan M., Kriesler P., Junor A., Baum F., Chowdhury A., Junankar P. N., Clibborn S., Flanagan F., Wright Ch. F., Friel Sh., Halevi J.	Австралія	Economic and Labour Relations Review	2020	153
8	Historical evidence for economic effects of COVID-19 [36]	Ceylan R. F., Ozkan B., Mulazimogullari E.	Туреччина	European Journal of Health Economics	2020	120
9	Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure [253]	Rasu R. S., Bawa W. A., Suminski R., Snella K., Warady B.	США	International Journal of Health Policy and Management	2015	113
10	Human capital sustainability leadership to promote sustainable development and healthy organizations: A new scale [61]	Di Fabio A., Peiro J. M.	Італія, Іспанія	Sustainability	2018	105

Джерело: побудовано на основі аналізу бази даних Scopus.

У таблиці 1.4 зазначені автори з найбільшою кількістю наукових праць з тематики здоров'я та його впливу на національну економіку за даними наукометричної бази Scopus.

Таблиця 1.4

Автори з найбільшою кількістю наукових праць з тематики здоров'я та його впливу на національну економіку (за даними бази Scopus)

Автор	Кількість опублікованих матеріалів з вказаної тематики	h-індекс автора	Вибрані праці
Raphael D.	13	33	[32, 216, 252]
Schrecker T.	12	26	[268-270]
Bloom G.	10	26	[128, 129, 319]
McKee M.	10	129	[18, 30, 77, 86]
Labonte R.	10	49	[18, 161, 162]
Dutta M. J.	9	39	[67-69]
Gori L.	9	15	[97, 98]
Connell J.	8	41	[46, 127]
Kuhn M.	7	13	[39, 84]
Eggleston K.	7	26	[250]

Джерело: побудовано авторкою на основі аналіз бази даних Scopus.

У переважній більшості автори з найбільшою кількістю цитувань за вказаною тематикою з США, Великобританії, Австралії, Канади, Китаю. До п'ятірки авторів з найбільшою публікаційною активністю з питань здорового національного розвитку увійшли Raphael D., Schrecker T., Bloom G., McKee M та Labonte R. До основних наукових журналів, у яких опубліковані найбільш цитовані праці з питань здорового розвитку національної економіки, відносяться «International Journal of Environmental Research and Public Health» (Швейцарія) (квартиль журналу – Q2, SNIP – 1,28, «Plos One» (США) (квантиль – Q1, SNIP – 1,253), «BMJ Open» (Великобританія) (квартиль – Q1, SNIP – 1,168), «BMC Public Health» (Великобританія) (квартиль – Q1, SNIP – 1,661), «Lancet» (Великобританія) (квартиль – Q1, SNIP – 25,787), «Frontiers in Public Health» (Швейцарія) (квартиль – Q1, SNIP – 1,374), «American Journal of Public Health» (США) (квартиль – Q1, SNIP – 2,376).

Отже, проведений аналіз за допомогою поєднання результатів здійснення аналітичного дослідження інструментами VOSviewer v. 1.6.18, SciVal, Google Trends та Google Ngram Viewer дозволив більш комплексно та синергетично узагальнити теоретичні аспекти становлення концепції здорового розвитку національної економіки, еволюцію цієї парадигми у змістовному (кластеризовано виявлені взаємозв'язки досліджень із теорії розвитку національної економіки) та часовому вимірах (визначено періоди зростання публікаційної активності за кожною з концепцій національного розвитку). У підсумку це дає можливість окреслити хронологію зміни інтересу науковців до факторів розвитку національної економіки. Це створює підґрунтя для подальших емпіричних розвідок у цій сфері, пошуку проблемних питань та аргументує перспективність цього наукового напрямку з теоретичної та практичної точок зору.

1.2. Концептуальні засади забезпечення здорового розвитку національної економіки

На сьогодні питання належного забезпечення нормативно-правовою базою системи охорони здоров'я національної економіки є досить актуальним. Наразі в Україні існує низка законів, указів, постанов, стратегій та програм щодо розвитку медичної системи країни та забезпечення доступності медичних послуг для всіх категорій населення. Цьому питанню присвячені праці науковців, серед яких доцільно виокремити напрацювання [389, 471, 481], у яких проаналізовано наслідки реалізації Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні в 2014–2018 рр. Авторами зроблені висновки про те, що за змістовною сутністю більшість існуючих сьогодні правових актів у сфері охорони здоров'я відповідають стандартам законодавства Європейського Союзу. Визначено позитивні результати реформування медичної галузі: удосконалення в системі первинного,

вторинного та третинного рівня надання послуг, фактичне завершення формування електронного документообігу в системі охорони здоров'я. Нагальним на теперішньому етапі розвитку залишаються питання формування та реалізації нормативно-правового забезпечення, спрямованого на покращання фізичного та емоційного стану населення, надання доступної та якісної медичної допомоги.

Серед основних нормативно-правових документів у сфері охорони здоров'я на міжнародному та національному рівнях доцільно виділити прийняту на шістдесят дев'ятій сесії Генеральної Асамблеї ООН у 2014 році Резолюцію щодо здоров'я населення світу та зовнішньої політики, яка підкреслює безперечне право кожного індивіда незалежно від соціального чи економічного становища на високий рівень фізичного та психічного здоров'я. Цим документом підкреслено обов'язок країн-членів ООН підтримувати та розвивати національні системи охорони здоров'я, їх спроможність виконувати міжнародні медико-санітарні правила, що зумовить їх вищу підготовленість до пандемій різної природи (забезпечення доступності та якості медичних послуг, фінансування системи охорони здоров'я, попередження та вчасне виявлення можливих епідемій) [44]. В останньому щорічному звіті Всесвітньої організації здоров'я зазначено, що першочерговими завданнями в сфері охорони здоров'я є досягнення рівності в системі доступу до медичних послуг, врахування різноманітних детермінант рівня здоров'я населення для досягнення Цілей сталого розвитку. Зокрема аспекти здоров'я визначені ціллю № 3 щодо забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку (для зменшення смертності, нівелювання згубних для здоров'я наслідків епідемій та соціально небезпечних захворювань). З маркетингової точки зору заслуговують на увагу зазначені у цій цілі завдання зі зниження поширеності тютюнокуріння серед населення з використанням інноваційних засобів інформування про його негативні наслідки, сприяння бізнесу сегменту здорової продукції, спрямованої на досягнення цілей сталого розвитку, заохочення населення до здорового способу життя [295, 329]. До таких самих висновків

приходить і Організація економічного співробітництва й розвитку, яка в своїй доповіді «Health at glance» 2022 року акцентує увагу на тому, що одним з уроків, який світовій спільноті продемонструвала пандемія COVID-19, був той, що показав, наскільки важливо максимізувати зусилля на підтримці здоров'я населення та мінімізувати ризикові фактори впливу на нього до того. Наприклад, ожиріння та хронічні захворювання (діабет, респіраторні хвороби) були істотними ризиковими факторами розвитку складних випадків захворювання на коронавірус 2020–2021 рр. Запобігання поведінковим ризиковим факторам спроможне посилити стійкість населення до захворювань. На сьогодні незважаючи на прогрес у процесі зменшення тютюнопаління серед населення, все одно паління залишається основним поведінковим фактором ризику для здоров'я, адже призводить до 780 тис. смертей щороку в країнах ЄС. Така ж сама тенденція характерна для обсягів споживання алкоголю, адже через надмірне його вживання досі виникає до 300 тис. смертельних випадків у ЄС щорічно [111].

Нова хвиля інтересу до питань здоров'я спричинена виникненням в останні роки серйозних викликів для світової спільноти, що потребують системних відповідей (зміна демографічних, епідеміологічних, політико-інституційних, фінансово-бюджетних та соціально-економічних факторів): наростаючий процес старіння населення, епідеміологічні загрози, високі показники захворюваності на неінфекційні хвороби, військові конфлікти, поглиблення соціальної нерівності серед населення, зміна соціокультурних очікувань населення. Усі ці проблеми притаманні українській системі медико-соціального забезпечення населення, у якій додатково ускладнена ситуація незавершеністю трансформації системи охорони здоров'я, недосконалістю матеріально-технічного, ресурсного та інформаційного забезпечення.

Згідно Національної економічної стратегії України на період до 2030 року питання охорони здоров'я є важливою складовою підвищення якості життя. Зокрема пріоритетними кроками досягнення високого рівня здоров'я є

завершення реформ на всіх ланках медичної допомоги, покращення якості надання медичних послуг, покращення умов для розвитку науки та фахівців медичної галузі [345].

Загальнонаціональна програма «Здорова Україна» зосереджена на питаннях збільшення тривалості життя населення України. Цією програмою підкреслено необхідність фізичної активності осіб різних вікових категорій. Так, 73 % громадян України не займаються фізичними вправами та спортом через відсутність відповідної інфраструктури у доступності. Фактично ініційована Президентом програма покликана зробити здоровий спосіб життя частиною менталітету українців. Також до переліку кроків у рамках реалізації цієї програми внесено здійснення реформ з питань харчування у навчальних закладах України з формуванням у кінцевому підсумку моделі здорової школи, що включає в себе вісім компонентів: інклюзивний та безпечний освітній простір, навчання піклуванню про власне здоров'я та здоров'я оточуючих, інновації в уроках фізкультури, формування здорових навичок харчування, супроводження медичним працівником освітнього закладу осіб, що навчаються, які мають проблеми зі здоров'ям, наявність шкільного психолога, у відповідальності якого ментальне здоров'я тих, хто навчається, навчання здоровому способу життя на аудиторних заняттях, активне залучення громадськості до реалізації програми [373, 446].

Згідно Стратегії сталого розвитку «Україна – 2030» метою державної політики має бути кардинальне реформування системи охорони здоров'я з орієнтацією на пацієнта з досягненням стану забезпеченості медичним обслуговуванням всіх громадян країни на рівні держав, що входять до складу ЄС. Серед основних напрямків цієї стратегії з питань здоров'я: підвищення хелс-відповідальності, забезпечення вільного вибору постачальників медичних послуг, створення бізнес-дружнього середовища на ринку охорони здоров'я.

Усі дії в сфері охорони здоров'я відповідають цілям та завданням Європейської програми на 2020–2025 рр. «Спільні дії для міцнішого здоров'я»,

започаткованої та що реалізується Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації здоров'я, членом якого є Україна [364, 369].

Як уже зазначалося, на сьогодні нагальною проблемою в Україні є низька тривалість життя. Важливо зазначити, що існує значна різниця між тривалістю життя жінок та чоловіків. Так, для перших вона в середньому на 10 років вища, що можна пояснити особливостями функціонування системи охорони здоров'я і поведінковими аспектами кожної особистості. Підґрунтям до таких висновків є попередні дослідження, що стосуються гендерних відмінностей у ставленні до здоров'я [71, 303]. Результати цих досліджень чітко показують, що жіноча стать є більш ініціативною в пошуку, бажанні одержати та обговорити питання, пов'язані зі здоров'ям. Також жінки більш схильні до поведінки, спрямованої на профілактику захворювання та більш організовані під час лікування, якщо захворювання вже має місце. Жінки уважніші, ніж чоловіки до товарів, які вони купують. Інші дослідження показують, що в питаннях харчової поведінки, більш щасливі люди мають схильність до дотримання здорового підходу до організації свого щоденного раціону продуктів харчування [480]. До стимуляторів здорового харчування також віднесли імовірність майбутнього суспільного схвалення та рівень доходів індивіда. Фактично, люди з позитивним мисленням легше дотримуються правил здорового харчування. Для осіб чоловічої статі більш важливі схвалення та заохочення здорового способу життя, тоді як для осіб жіночої статі увага та прихильність до їх раціону сторонніх людей не так важлива. Гравцям ринку здорового харчування важливо враховувати і той факт, що за результатами опитувань споживачі, які визнають себе більш щасливими, є більш активними прихильниками здорової продукції і є більш обізнаними в сегменті таких продуктів [199]. Крім того, інші аспекти медичної системи та формування здорової поведінки та споживання населення висвітлені в інших наукових працях [152, 224, 318, 353].

Емпіричні дослідження доводять, що існує позитивний вплив державних, приватних та зовнішніх витрат на охорону здоров'я на зниження показників смертності населення, а, отже, і на тривалість життя. Доцільно зазначити, що не

лише фактор фінансування впливає на позитивні зрушення в системі медико-соціального забезпечення населення. Також цьому сприяють організаційно-управлінські детермінанти, такі як менеджмент у системі охорони здоров'я, кадрова забезпеченість, ефективність медичних заходів протидії ризиковим факторам громадського здоров'я тощо. Важливим є не екстенсивний, а інтенсивний розвиток системи медичного забезпечення населення. Так, кількість фактичних закладів медичного спрямування не завжди є ознакою того, що певний територіальний об'єкт спроможний ефективно протидіяти загрозам громадського здоров'я. У таблиці 1.5 наведені вихідні дані для подальшої перевірки (результати наведені в таблиці 1.6) гіпотези про те, що територіальні одиниці з більшою кількістю медичних закладів мають дещо нижчі показники смертності від хвороб, що потребують вчасного діагностування та лікування.

Таблиця 1.5

Кількість медичних закладів (у категорії «міські лікарні») за регіонами України та коефіцієнти смертності за видами захворювань на 100 тис. осіб у 2021 році*

Регіон України	Кількість медичних закладів, од.	Смертність від туберкульозу	Смертність через новоутворення	Смертність через хвороби системи кровообігу	Смертність через хвороби органів дихання
1	2	3	4	5	6
Вінницький	15	5,2	135,3	701,8	50,1
Волинський	4	8,9	126,5	732,9	39,2
Дніпропетровський	36	9,6	163,0	797,9	38,2
Житомирський	21	7,6	137,6	817,9	50,8
Закарпатський	12	10,4	146,4	745,7	32,2
Запорізький	15	8,3	175,5	724,2	59,7
Івано-Франківський	24	2,9	129,1	688,0	22,5
Київський	16	6,5	165,0	956,3	49,7
Кіровоградський	22	9,8	146,5	709,4	120,0
Львівський	25	7,2	137,4	613,2	28,6
Миколаївський	7	6,8	136,2	774,2	68,5
Одеський	19	9,6	158,9	714,7	38,7
Полтавський	10	4,4	153,0	795,6	31,4
Рівненський	16	5,7	140,4	814,5	30,4
Сумський	18	7,3	146,8	685,1	34,8
Тернопільський	22	2,5	126,7	703,2	37,7

Продовження таблиці 1.5

1	2	3	4	5	6
Харківський	31	6,1	148,6	802,8	94,5
Херсонський	5	8,8	142,8	738,7	108,2
Хмельницький	24	3,5	139,4	641,3	36,7
Черкаський	5	7,0	140,1	706,3	49,1
Чернівецький	4	4,3	135,5	760,4	36,7
Чернігівський	15	7,3	132,7	771,3	38,5
м. Київ	19	3,0	145,9	655,0	47,4

* – без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та даних по Донецькій і Луганській областях

Джерело: побудовано на основі даних [466].

Таблиця 1.6

Результати аналізу показників смертності та кількості медзакладів

		Кількість_ медзакладів	Смертність_ туберкульоз	Смертність_ новоутворення	Смертність_ кровообіг	Смертність_ дихання
Кількість_ медзакладів	Кореляція	1	-,070	,227	-,084	-,071
	Знч. (2-сторон)		,750	,297	,704	,746
	N	23	23	23	23	23
Смертність_ туберкульоз	Кореляція	-,070	1	,389	,177	,305
	Знч. (2-сторон)	,750		,067	,419	,157
	N	23	23	23	23	23
Смертність_ новоутворення	Кореляція	,227	,389	1	,346	,177
	Знч. (2-сторон)	,297	,067		,106	,418
	N	23	23	23	23	23
Смертність_ кровообіг	Кореляція	-,084	,177	,346	1	,188
	Знч. (2-сторон)	,704	,419	,106		,389
	N	23	23	23	23	23
Смертність_ дихання	Кореляція	-,071	,305	,177	,188	1
	Знч.(2-сторон)	,746	,157	,418	,389	
	N	23	23	23	23	23

Джерело: розраховано з використанням програмного забезпечення Statistica 10.

Аналіз показав відсутність сильних та помірних зв'язків між кількістю медичних закладів, що підлягає розширенню при екстенсивному виді розвитку системи охорони здоров'я та показниками смертності від зазначених захворювань. Підтверджена нагальна потреба в реорганізації національної

лікарняної мережі. Україна витрачає на охорону здоров'я у 26 разів менше, ніж середня країна ЄС, але при цьому має другу за розміром мережу стаціонарів [65]. При цьому в [400] зазначається, що зростання на 1% загальних державних видатків на охорону здоров'я супроводжується зниженням рівня смертності населення на 0,021 випадків на 1 тис. населення. Серед аналізованих країн, що ввійшли до вибірки – Україна, Естонія, Грузія, Вірменія, Угорщина, Латвія, Литва, Польща, Молдова, Румунія, Словаччина, Азербайджан. Визначено, що основними детермінантами формування ефективної системи медико-соціального забезпечення населення є інші фактори – якісні, що передбачають інтенсивний розвиток системи.

Використаємо компаративний аналіз – порівняльно-історичний метод вивчення певного об'єкта. Зміни в поглядах на проблематику громадського здоров'я мали місце з кінця 80-х років минулого століття. Комплексна програма профілактики захворювань та формування здорового способу життя населення була затверджена у 1989 році. Схожі програми розробляли та впроваджували на рівні окремих відомств і територіальних одиниць, суб'єктів господарювання. Виконання цих програм стримувалося відсутністю необхідних обсягів фінансування. Головною складовою системи охорони здоров'я в Україні тривалий час була Державна санітарно-епідеміологічна служба. У 2014 році Постановою Кабінету Міністрів України було покладено початок реорганізації цієї служби, а також Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу й інших соціального небезпечних хвороб. Була створена Державна служба України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів. Лабораторні центри Державної санітарно-епідеміологічної служби було реорганізовано в лабораторні центри Міністерства охорони здоров'я. У 2015 році створено державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», призначенням якої стали соціально-гігієнічний моніторинг захворювань серед населення, епідеміологічний нагляд, профілактика захворювань, боротьба з епідеміями, стратегічне управління в сфері громадського здоров'я. Крім того, створено Національну технічну групу

експертів з питань імунопрофілактики, що надає до Міністерства охорони здоров'я рекомендації з питань імунопрофілактики. У 2018 році було створено вісім обласних Центрів громадського здоров'я, а в 2019 році ще в дев'яти обласних центрах. Їхніми завданнями є реалізація необхідних заходів районного та місцевого рівня, серед ключових з яких аналіз стану здоров'я територіальної одиниці, розслідування існуючих випадків інфекційних захворювань, здійснення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики різних видів захворювань інфекційної та неінфекційної природи тощо. На базі створених Центрів громадського здоров'я до пандемії 2020 року тривав процес об'єднання всіх структур: центрів здоров'я, медичної статистики, підрозділів моніторингу і т. д. Ситуацію в системі забезпечення функціонування охорони здоров'я кардинально змінила пандемія COVID-19, адже вже в лютому 2020 року було відновлено частину функціоналу Головного державного санітарного лікаря України. Виконання повноважень раніше існуючої Державної санітарно-епідеміологічної служби поклали на заступника Міністра охорони здоров'я. Наприкінці 2021 року було запроваджено нову організаційно-правову форму лікарень – державні некомерційні підприємства. Це дало юридичну можливість для відомчих і державних медичних закладів разом із комунальними стати учасниками Програми медичних гарантій, укладати договори з Національною службою здоров'я України з роботою за принципом фінансування за надані послуги. З 24 лютого 2022 року медична реформа в Україні практично призупинилася (фактично вона робила кроки і вперед, і назад): було відмінено принцип діяльності медичних закладів, за яким «гроші ходять за пацієнтом». Усі медичні заклади таким чином фінансуються не по факту, а згідно плану. Фактичну місячну оплату медичних послуг здійснювали до липня 2022 року за принципом 1/12: медичні заклади щомісяця отримували фінансування за надані послуги в розмірі 1/12 суми договору за минулий рік. Внесення інформації до Електронної системи охорони здоров'я зробили необов'язковим. З липня 2022 року ця необов'язковість залишилася лише для тих медичних закладів, які знаходяться на територіях, де ведуться

активні бойові дії чи які знаходяться під тимчасовою окупацією [378]. У жовтні 2022 року було ухвалено пріоритетні напрями розвитку національної системи охорони здоров'я на 2023-2025 рр. [447]:

- первинна медична ланка та амбулаторні медичні послуги;
- екстрена медична допомога та медицина катастроф;
- трансплантація анатомічних матеріалів людини;
- репродуктивна медицина;
- охорона психічного здоров'я;
- реабілітація в сфері охорони здоров'я;
- спеціалізована медична допомога ветеранам війни, членам їх сімей, внутрішньо переміщеним особам;
 - профілактика, рання діагностика та лікування неінфекційних захворювань;
 - лікування, локалізація та ліквідація спалахів інфекційних захворювань, епідемій (вакцинокеровані захворювання, ВІЛ / СНІД, туберкульоз, вірусні гепатити);
 - забезпечення доступності лікарських засобів;
 - розширення Національного переліку основних лікарських засобів;
 - заходи в сфері громадського здоров'я, націлені на забезпечення здорового способу життя населення (зменшення рівня вживання тютюнових виробів та алкоголю, підвищення фізичної активності, раціональне та збалансоване харчування, підвищення рівня охоплення профілактичними щепленнями та ін.);
 - реалізація програми підготовки медичних фахівців з інфекційного контролю;
 - забезпечення безперервного професійного розвитку медичних кадрів;
 - посилення управлінських спроможностей системи охорони здоров'я на рівні територіальних громад;

- стандартизація надання медичних послуг з дієвою системою контролю їх якості;
- розвиток електронної системи охорони здоров'я, подальший процес її депаперизації.

У січні 2023 року створено Проектний офіс із відновлення системи охорони здоров'я України та підтримки впровадження реформи медичної галузі, відновлення після війни [378].

Узагальнено трансформації в системі охорони здоров'я представлені на рисунку 1.21.



Рисунок 1.21 – Ключові точки становлення допандемічної системи охорони здоров'я в Україні та зрушення у пандемічний період

Джерело: розроблено авторкою.

Зачіпаючи питання підтримки здоров'я та вчасного попередження станів, подібних до пандемії COVID-19, серед значної кількості населення, потрібно зауважити, що першочергова увага повинна приділятися не лише скороченню

захворюваності, а й усуненню першопричин. Такий принцип передбачає систематичний вплив на соціальні, економічні, фінансово-бюджетні та інституційно-політичні детермінанти розвитку держави. Можливості для підтримки здоров'я тісно зв'язані з умовами, у яких відбувається розвиток, навчання, повсякденна діяльність, робота людей. Деякі групи населення мають менш благополучні житлові умови та більш низький освітній статус, менше можливостей для працевлаштування та практично не мають доступу до здорового оточуючого середовища, чистої води та повітря, стабільних поставок продовольства та послуг охорони здоров'я. Такі фактори негативно впливають на показники здоров'я і спричиняють додаткову нерівність у сфері охорони здоров'я. Такі прояви нерівності перешкоджають накопиченню людського потенціалу та уповільнюють соціально-економічний розвиток цілих територіальних одиниць. Різні аспекти нерівностей посилюють один одного та взаємодіють між собою. Така нерівність спричиняє синдром неможливості реалізувати власний потенціал цілим наступним поколінням людей. Технологічні дослідження, швидкі темпи урбанізації та зміни клімату можуть посилити прояви нерівності та ще більше збільшити розрив у показниках здоров'я. Додатково пандемія COVID-19 виявила реальні масштаби нерівності в сфері охорони здоров'я на різних рівнях. Примітно, що її негативні наслідки були більш істотними для населення регіонів, для яких і так спостерігалися знижені показники здоров'я. У таких регіонах зростання показників смертності було високим, а також мали місце катастрофічні економічні збитки. Багато заходів, які були спрямовані на обмеження поширення пандемії, допомогли знизити ризики зараження, проте через негативний вплив на ключові соціальні детермінанти її наслідки негативно позначилися на рівності умов у короткостроковій і навіть довгостроковій перспективі. Для прикладу, діти з менш благополучних сімей рідше забезпечені необхідними технічними засобами для навчання вдома в форматі онлайн, а їх батьки частіше мають нестабільну зайнятість та страждають від втрати доходів. Крім того, пандемія продемонструвала важливу роль довіри суспільства до науки та публічних

інститутів. Відповідно, для країн, що вкладають фінансові ресурси та зусилля в коригування соціальних детермінант, характерними є й більш високі показники довіри. З цього сформовано висновок, що основними визначниками формування ефективної системи медико-соціального забезпечення населення є, перш за все, досягнення рівності розподілу благ медичного та соціального призначення, раціональний розподіл ресурсів, врахування реальних потреб територіальних одиниць, попередження ризиків громадського здоров'я.

Ураховуючи існуючу ситуацію в країні та розгляд еволюції концепції здорового розвитку національної економіки було вдосконалено концептуальні засади забезпечення цього процесу. Побудовано схему концептуальних основ імплементації політик підвищення рівня здорового розвитку національної економіки з обґрунтуванням основних детермінант цього процесу (рисунок 1.22). На рисунку виокремлені чинники, які значною мірою стримують здоровий розвиток національної економіки:

- недосконалість ступеня розвитку та організації національної системи охорони здоров'я;
- соціально-економічна нерівність серед населення;
- фінансові обмеження в підтримці системи охорони здоров'я;
- організаційні та технічні бар'єри в розвитку національної фармацевтичної галузі;
- несприйняття ключовими стейкхолдерами факторів ризику для громадського здоров'я (вживання тютюнових виробів, споживання алкоголю, низька фізична активність тощо);
- непопулярність культури профілактики захворювань (вчасне звернення до лікаря, щеплення, раціональне та збалансоване харчування та ін.).

Основними негативними наслідками дії цих чинників у національній економіці є сповільнення темпів зростання, пролонгованість тенденції до низької тривалості життя та народжуваності серед населення, зростання рівнів захворюваності (поширеність соціально небезпечних хвороб, низька стійкість до епідемій), низька якість людського капіталу національної економіки,

формування небажаної поведінки щодо здоров'я у майбутніх покоління, негативна ідентичність країни в питаннях здоров'я.

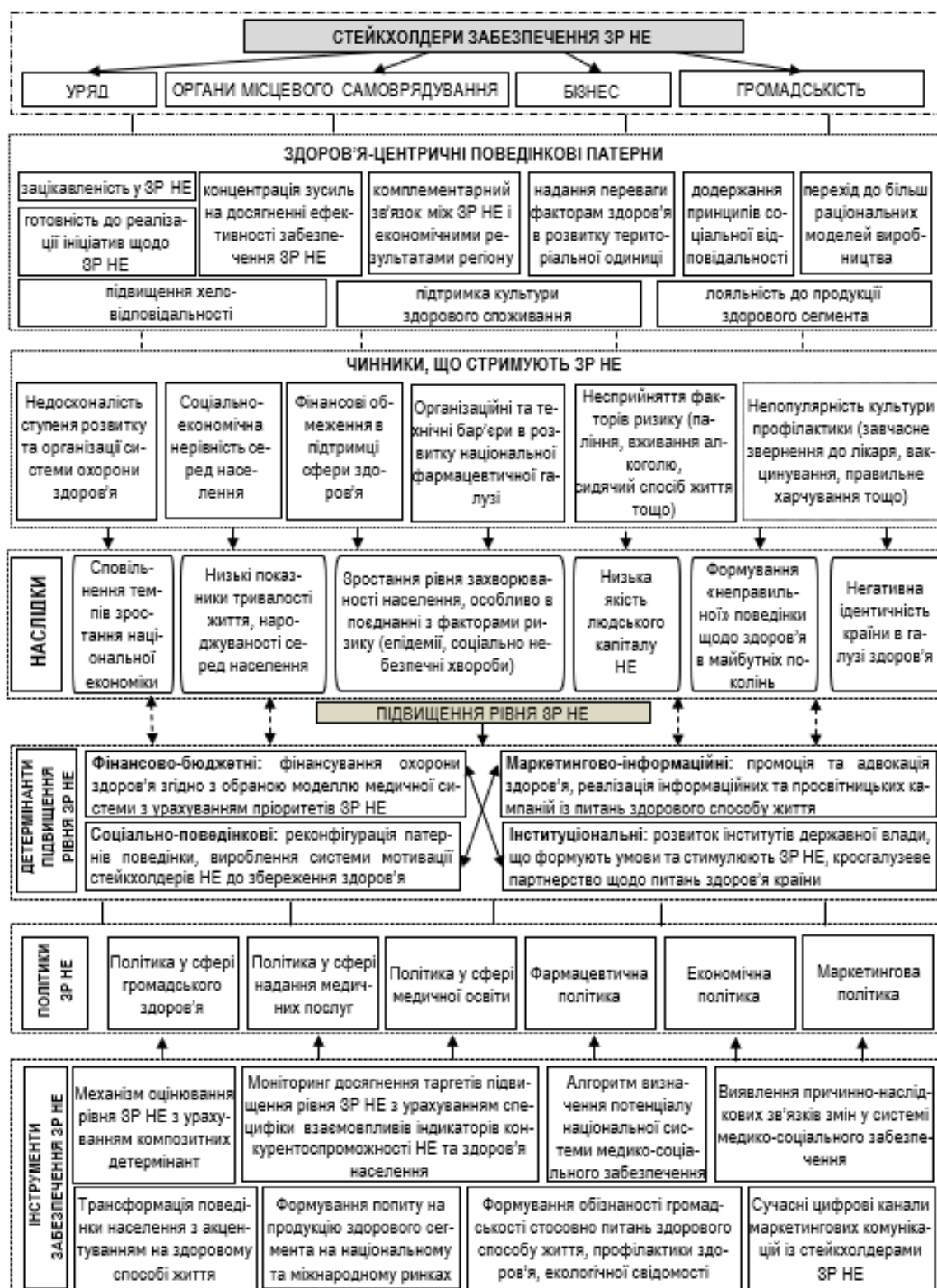


Рисунок 1.22 – Концептуальні основи забезпечення здорового розвитку національної економіки

Джерело: розроблено авторкою.

У процесі формування концептуальних основ імплементації державної політики здорового розвитку національної економіки виокремлено чотири групи детермінант підвищення рівня здорового розвитку національної економіки:

- фінансово-бюджетні (фінансування системи охорони здоров'я згідно обраної моделі медичної системи (модель Беверіджа, Бісмарка чи змішана) із урахуванням пріоритетів здорового розвитку національної економіки);

- соціально-поведінкові (реконфігурація патернів поведінки населення (зміна стереотипів поведінки, моделей реакції людини переважно на свідомому рівні), вироблення системи мотивації стейкхолдерів національної економіки до збереження здоров'я (створення заряджувального мотиваційного клімату), які зумовлюють ступінь сприйняття важливості фактору здоров'я серед стейкхолдерів здорового розвитку національної економіки;

- інституціональні (визначають координаційно-управлінські передумови для побудови взаємовідносин стейкхолдерів здорового розвитку національної економіки, передбачають розвиток інститутів державної влади, які формують умови та стимулюють здоровий розвиток національної економіки, крос-галузеве партнерство в питання забезпечення здоров'я населення в країні);

- маркетингово-інформаційні (промоція та адвокація здоров'я (від англ. слова «advocacy» – рекомендація, підтримка, просування). Означає вплив на осіб, які ухвалюють рішення у процесі вирішення проблем сфери охорони здоров'я. Принципово відрізняється від промоції напрямом впливу, адже промоційні заходи спрямовані на стейкхолдерів, які не завжди є тими, хто ухвалює рішення)), реалізація інформаційних та просвітницьких кампаній із питань здорового способу життя зі стейкхолдерами здорового розвитку національної економіки). Можна виокремити два види маркетингових підходів у сфері підтримки питань здоров'я: «вниз за течією», коли враховують лише індивідуальну поведінку і особливості людини (стан здоров'я, наявність хронічних захворювань, соціальне оточення, економічний дохід тощо) і локальні методи впливу та підхід «вгору проти течії», коли питання здоров'я

може вирішити макроекономічна політика (урядові програми): заохочення до здорової поведінки широких кіл громадськості, інформування про переваги фізичної активності, вакцинування, здорового харчування тощо, обов'язковість певних дій (наприклад, прийнятий Календар щеплень в Україні), стимулювання суб'єктів господарювання сегменту здорових продуктів та ін. За зацікавленістю до реалізації потенціалу здоров'я ключових стейкхолдерів цього процесу можна поділити на три групи: найбільш зацікавлені (населення – за стан власного здоров'я); менш зацікавлені (держава, регіон (представники влади)) – потребують скорочення витратків на охорону здоров'я та соціальну допомогу); найменш зацікавлені (бізнес – соціальна відповідальність, піклування про здоров'я працівників, вихід на ринок з продукцією здорового сегменту потребує значних фінансових витрат, які не завжди виправдовують їх економічні очікування; їх зацікавленість у виробництві здорових продуктів прямопропорційна затребуваності на них серед цільової аудиторії). Завдання макроекономічної політики полягає в формуванні мотивації серед населення до турботи про власне здоров'я. У країнах ЄС звички до здорового харчування починають розвивати та стимулювати з дитинства. Наприклад, в Ірландії впроваджена програма «Круте харчування», що покликана сформувати в дітей та підлітків здорові пріоритети в щоденному раціоні, зокрема споживати більше овочів та фруктів. Ця програма включає: 1) показ фільмів-пригод за участю героїв програми, які люблять вживати овочі та фрукти; 2) надання винагород для дітей, які починають куштувати нові корисні продукти; 3) регулярні безкоштовні дегустації овочів та фруктів [484]. В Україні прикладом здорових ініціатив у сфері харчування, зокрема дитячого, є соціальний проєкт компанії Nestle Україна в рамках реалізації стратегії «Nestle Здорові діти», яка має назву «Абетка харчування» і покликана сприяти покращенню здоров'я дітей вже у більше ніж 80 країнах світу. Ця програма передбачає розроблення навчальних матеріалів для дітей молодшого шкільного віку щодо питань раціонального харчування та корисних для здоров'я звичок. До 2020 року програму реалізовували виключно в друкованому форматі, а з

2020 року її реалізація перемістилася ще й у цифрове середовище [485]. Проєктом у сфері здорового харчування дітей на державному рівні є ініціатива «Знаймо» (розшифровується як «знаємо, що їмо») – платформа про здорове харчування в школах. Основним завданням цієї платформи є інформування освітніх управлінців у галузі освіти, педагогів та батьків про найкращі практики організації здорового харчування в школах. Крім того, відповідний розділ платформи наповнений матеріалами, які допоможуть представникам бізнесу зрозуміти доцільність та переваги допомоги освітнім закладам, що змінюють свою систему харчування [452].

Доведено, що врахування детермінант підвищення рівня здорового розвитку національної економіки передбачає тісний взаємозв'язок та взаємоузгодженість основних стейкхолдерів у ланцюзі «держава – регіон – бізнес – населення» (організаційна складова механізму імплементації політики здорового розвитку національної економіки). Узгодженість між політиками (регуляторна складова) у сфері громадського здоров'я та медичної освіти, надання медичних послуг, фармацевтичною, економічною та маркетинговою є висхідним базисом подолання або істотного зменшення впливу дії негативних чинників та їх наслідків, які стримують підвищення рівня здорового розвитку національної економіки. При цьому ефективність реалізації цих політик уможлиблюється за умови використання релевантних інструментів (функціональна складова):

- механізм оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки;
- моніторинг досягнення таргетів підвищення рівня здорового розвитку національної економіки;
- алгоритм визначення потенціалу розвитку національної системи медико-соціального забезпечення населення;
- оцінювання каузальних зв'язків між змінами у цій системі;
- реконфігурація поведінки населення; стимулювання попиту на продукцію здорового сегменту національних виробників;

- формування обізнаності серед громадськості з питань хелс-відповідальності;
- сучасні цифрові канали маркетингових комунікацій зі стейкхолдерами здорового розвитку національної економіки.

1.3. Здоров'я-центричні патерни поведінки стейкхолдерів у системі детермінант здорового розвитку національної економіки: теоретико-методичні основи дослідження

Характерною особливістю соціально-економічного розвитку XXI століття є зростання нерівномірності динаміки розвитку окремих територій, регіонів та світу в цілому. Домінуюча сьогодні парадигма здорового розвитку певним чином пересікається з теорією та практикою інклюзивного розвитку, що розвивають концепцію сталого розвитку, та разом підкреслюють, що для стану гармонійності національної економіки важливим детермінантом виступає не лише досягнення високих, стабільних терпів розбудови країни та збереження навколишнього середовища, а ще й забезпечення рівних можливостей щодо реалізації людського потенціалу (працевлаштування, охорона здоров'я, культура, розвиток особистості та ін.).

Здійснене порівняння показників соціально-економічного розвитку країн (таблиця 1.7). Для аналізу обрані лідери зі світового рейтингу країн за купівельною спроможністю населення (виділено сірим кольором) та аутсайдери з нижньої частини рейтингу. Проаналізовані країни одного географічного регіону – європейського.

З'ясуємо залежність купівельної спроможності населення як одного з найважливіших економічних показників (відображає максимальну кількість товарів і платних послуг, яке середньостатистичний споживач при його рівні доходів має можливість придбати за наявні в нього кошти при існуючому рівні

цін) від інших параметрів, таблиця 1.8. Купівельна спроможність прямо залежить від частки того доходу населення, яке воно готове й може витратити на придбання необхідних товарів.

Таблиця 1.7

Вихідна таблиця для перевірки гіпотези про детермінанти здорового розвитку національної економіки

Країна	Місце в рейтингах				
	Купівельна спроможність населення, бали	Рівень інновацій, бали	Кількість науково-дослідних статей, шт.	Рівень екології, бали	Якість медицини, бали
Швейцарія	126,15	66,1	21 379	81,5	73,1
Німеччина	125,01	56,5	104 396	77,2	73,35
Фінляндія	119,42	57	10 599	78,9	75,96
Данія	117,53	57,5	13 979	82,5	80,17
Швеція	113,01	62,5	20 421	78,7	69,15
Нідерланди	109,48	58,8	30 457	75,3	75,68
Великобританія	108,54	59,8	97 681	81,3	74,88
Норвегія	107,95	49,3	11 803	77,7	74,51
Франція	101,21	53,7	66 352	80	80,68
Бельгія	98,91	49,1	15 688	73,3	74,80
Польща	74,42	40	35 663	60,9	51,96
Словаччина	67,29	39,7	5 322	68,3	60,23
Румунія	66,20	36	10 345	64,7	55,46
Португалія	61,97	43,5	14 295	67	71,88
Литва	57,29	39,2	2 267	62,9	70,51
Болгарія	54,44	40	3 311	57	56,20
Греція	53,80	36,8	10 907	69,1	56,64
Угорщина	50,62	41,5	6 701	63,7	48,05
Сербія	41,81	34,3	4 523	55,2	51,74
Україна	30,24	36,3	10 380	49,5	52,69

Джерело: побудовано авторкою [399].

З аналізу очевидним є сильний кореляційний зв'язок між рейтингом країн за купівельною спроможністю та показниками впровадження інновацій (кореляція Пірсона 0,927 при значенні теста в майже 0 %), рівнем екології та якістю медицини. Останній показник введений як важливий параметр соціального розвитку в країні і відображає рівень забезпеченості населення

засобами системи охорони здоров'я та належними медичними послугами. Якість медицини тісно корелює з рівнем інноваційного розвитку при значенні коефіцієнта кореляції в 0,779. Це свідчить про те, що потужні інноваційні країни інвестують не лише у висотехнологічні галузі, а й у розвиток системи охорони здоров'я, піклуючись про якість людського потенціалу.

Таблиця 1.8

Парний кореляційний аналіз досліджуваних параметрів у рейтингу країн

		Купівельна спроможність населення	Рівень інновацій	Кількість науково-дослідних статей	Рівень екології	Якість медицини
Купівельна спроможність населення	Кореляція Пірсона	1	,927	,505	,925	,814
	Знч.(2-сторон)		,000	,023	,000	,000
	N	20	20	20	20	20
Рівень інновацій	Кореляція Пірсона	,927	1	,487	,875	,779
	Знч.(2-сторон)	,000		,029	,000	,000
	N	20	20	20	20	20
Кількість науково-дослідних статей	Кореляція Пірсона	,505*	,487	1	,461*	,402
	Знч.(2-сторон)	,023	,029		,041	,079
	N	20	20	20	20	20
Рівень екології	Кореляція Пірсона	,925	,875	,461*	1	,836
	Знч.(2-сторон)	,000	,000	,041		,000
	N	20	20	20	20	20
Якість медицини	Кореляція Пірсона	,814	,779	,402	,836	1
	Знч.(2-сторон)	,000	,000	,079	,000	
	N	20	20	20	20	20

Джерело: розраховано за допомогою програмного забезпечення Statistica 10.

Твердження про те, що якість життя значною мірою визначається рівнем здоров'я можливо легко простежити на прикладі соціологічних досліджень в Україні. Об'єднані дані стосовно відповідей респондентів на запитання щодо відчуття щастя та оцінки здоров'я наведені в таблиці 1.9. З аналізу таблиці саме люди з оцінкою стану здоров'я на рівні «Дуже добре» та «Добре» складають більшу частку тих, хто вважає себе щасливим (64,9 % та 36,6 % відповідно). Протилежно цьому більшість людей, що вважають себе нещасливими чи

скоріше такими оцінюють свій стан здоров'я на рівні «Дуже погане» (20,9 % та 39,1 % відповідно). Матеріальне положення більшості населення є одним з важливих факторів доступності медичних послуг та вчасного попередження та лікування захворювань.

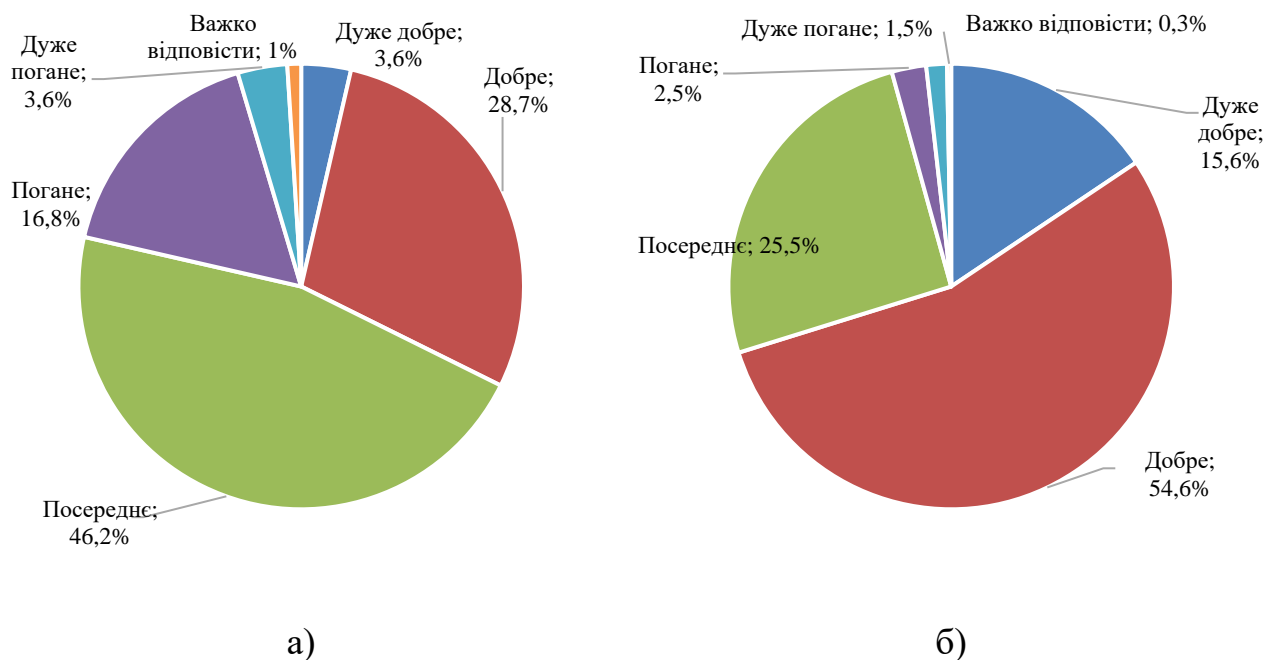
Таблиця 1.9

Результати дослідження респондентів за запитаннями щодо самооцінки рівня здоров'я та відчуття ними щастя, у %

		Оцінка стану здоров'я					
		Дуже добре	Добре	Посереднє	Погане	Дуже погане	Загалом
Чи вважаєте себе щасливою людиною?	Так	64,9	36,6	20,6	13,7	9,7	26,7
	Скоріше так, ніж ні	22	37,5	30	18,4	8,9	29,5
	І так, і ні	4,6	16,9	27,5	23,1	16,8	21,6
	Скоріше ні, ніж так	2,6	4,7	11,6	22,3	20,9	10,8
	Ні	2,9	1,9	6,8	19,1	39,1	8
	Важко сказати	3	2,4	3,6	3,4	4,6	3,5
	Загалом	100	100	100	100	100	100

Джерело: побудовано за даними [456].

За результатами опитування населення проаналізуємо узагальнені підсумкові показники самооцінки здоров'я та рівня матеріального добробуту за крайніми положеннями тих, кому вистачає коштів лише на щоденні витрати, але вони не відкладають, та тих, хто може поза цим дозволити собі відкласти гроші та купувати навіть коштовні речі (рисунок 1.23). З рисунку видно, що більшість респондентів, що мають вищу купівельну спроможність оцінюють свій стан здоров'я як добрий. Ті люди, яким не вистачає коштів, більшою частиною дають відповідь про те, що їх стан здоров'я посередній. На поганому рівні оцінюють своє здоров'я значно вища частина респондентів, що не мають достатньо коштів (16,8 % проти 2,5 % відповідно).



а) частина опитаних, кому вистачає грошей лише на найнеобхідніші речі (товари повсякденного попиту)
 б) частина опитаних, кому вистачає коштів на придбання коштовних речей

Рисунок 1.23 – Розподіл респондентів за купівельною спроможністю та самооцінкою стану здоров'я

Джерело: побудовано за результатами дослідження [456].

Огляд досліджень з тематики детермінант здорового розвитку національної економіки з метою виявлення умов, за якого в суспільстві досягається оптимальне поєднання впливу державної політики, стану довкілля та внутрішніх переконань населення в питаннях підтримки здоров'я показав, що в працях різних науковців виділяється диференційований набір факторів, що визначають потенціал країни до формування здорового людського капіталу та резильєнтного медико-соціального середовища. Так, згідно досліджень [231, 265] на здоров'я осіб молодого віку значний вплив мають соціальні фактори на особистісному, громадському й національному рівнях. Оскільки поведінкові патерни щодо здоров'я закладаються у дитячому та підлітковому віці, то саме спосіб життя в цьому віці має вирішальне значення для здоров'я переважної більшості населення та здорового розвитку нації в цілому. Автори праці [291]

зазначають, що саме спосіб життя є тим основним детермінантом здорового розвитку особистості, для якого основними ризиковими факторами є вживання тютюнових виробів, надлишкове споживання алкоголю та ожиріння.

Детермінантами здоров'я є ті фактори, які прямо чи опосередковано впливають на поточний стан індивіда, формування характеристик його здоров'я, відношення до здорового способу життя, можливості покращання здоров'я та лікування тощо [202]. Залежно від того, якою є спрямованість впливу детермінант, вони можуть бути ендогенними (гендерні особливості (доведений факт, що жінки більше піклуються про своє здоров'я, ніж чоловіки), освіта (освічені люди більше знають про різні аспекти дотримання здорової поведінки та більш вмотивовані до підтримки свого здоров'я в належному стані), інші індивідуальні особливості кожної людини); екзогенними (економічний аспект (доступність послуг системи охорони здоров'я для більшості населення, умови роботи, дохід тощо) чи змішаними (культурні особливості життя, житлові умови, продовольча безпека в країні та доступність збалансованого харчування й ін.) [190].

На думку авторів праці [420], причиною низької тривалості життя населення в Україні є зниження якості освіти, недостатня орієнтація на формування системних знань у здобувачів про організм людини та особливості здорового розвитку, відповідальності про власне здоров'я та формування культури поведінки, що відображається через піклування про себе та про здоров'я оточуючих. Важливим внеском у дослідження інформаційних детермінант національного здоров'я є праця [76], у якій розкрито роль інформаційних систем у формуванні здоров'я нації, а також роль культури в цьому процесі. Автори стверджують, що покращання здоров'я населення передбачає реалізацію культурних змін відносно здоров'я та його основних складових. Доречно зазначити, що на сьогодні концепція суспільного здоров'я розвинена та доповнена новими елементами. Фактично у сучасному світі переважаючою стала холістична модель здоров'я, за якої здоровою вважається не лише людина, у якої відсутні хвороби, але вона також перебуває в стані

загального благополуччя (з присутністю життєвої енергії, натхнення, задоволення від життя). Важливою складовою здоров'я стає психічна як сукупність емоційного, інформаційного та духовного благополуччя. Тоді отримуємо п'ятивимірну модель здоров'я (рисунок 1.24). Усі три укрупнені складові здоров'я (фізична, соціальна та психічна) тісно взаємопов'язані і важливо, щоб в індивіда вони перебували у рівноважному стані. Основоположним цієї моделі залишається фізичне здоров'я. Саме його наявність та задовільний стан уможлиблюють ефективну соціалізацію людини та її стан психічного добробуту.

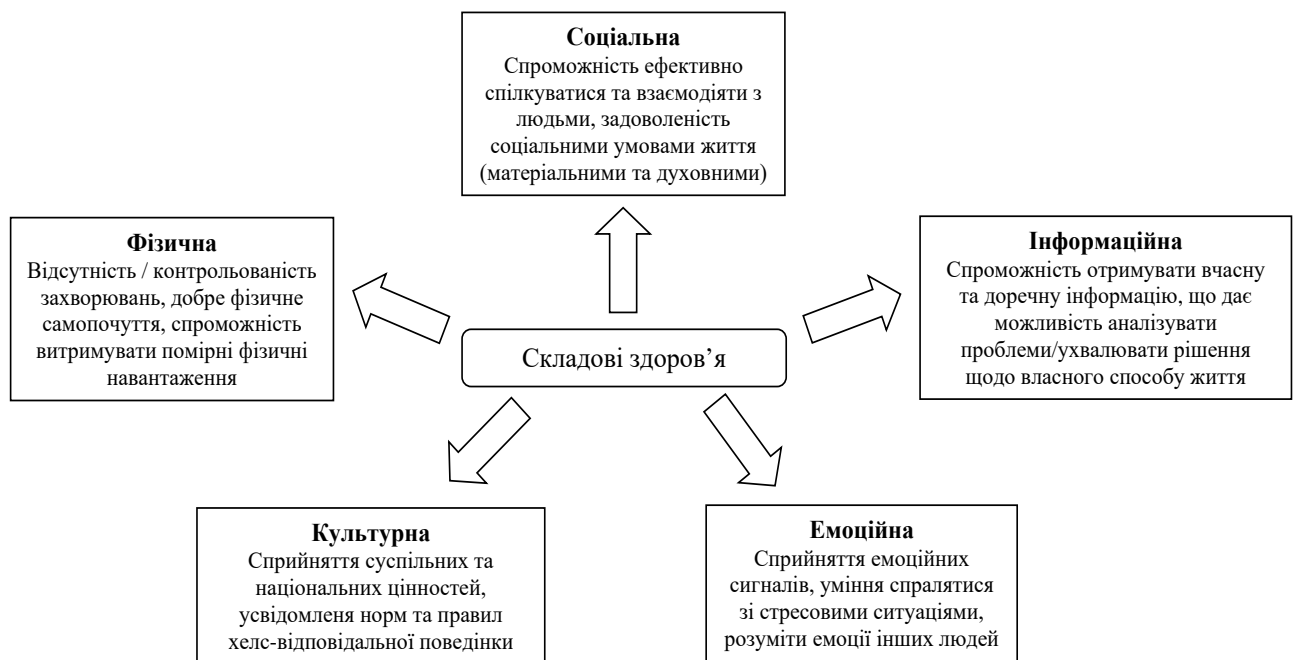


Рисунок 1.24 – П'ятивимірна модель здоров'я людини

Джерело: розроблено авторкою.

Покращання здоров'я може бути реалізоване без суттєвого зростання необхідності у додаткових фінансових ресурсах за рахунок впливу на суспільну поведінку та формування здоров'я-центричних патернів поведінки. Адже серед усіх детермінант, що визначають стан здоров'я населення (соціально-економічний стан, спосіб життя, емоційний стан, медицина, генетичні

особливості, екологічний стан навколишнього середовища [468]) чільне місце належить стану селф-відповідальності індивідів за своє здоров'я, його цінність для окремої людини. Якщо здоров'я посідає перші місця в рейтингу цінностей особистості, то вона піклується про нього, дотримується здорового способу життя, намагається вивчати та враховувати ті чинники, які визначають стан її здоров'я та уникати ризикованої поведінки, коли ці фактори можуть негативним чином вплинути на самопочуття та в довготривалій перспективі викликати захворювання або зробити людину більш чутливою до впливу, наприклад, чинників інфекційної природи. Для прикладу, паління, вживання алкоголю в надмірних кількостях, ожиріння, незбалансоване харчування та відсутність фізичної активності є основними негативними поведінковими детермінантами, що викликають низку хронічних хвороб, а також захворювань неінфекційної набутої природи. У такому разі основними компонентами системи попередження розвитку таких захворювань та формування здоров'я-центричних патернів поведінки людей є інформування про необхідність попередження та профілактики захворювань та промоція здорового стилю життя. У таблиці 1.10 виокремлені основні здоров'я-центричні патерни поведінки населення. У праці [117] крізь призму розгляду детермінант здорового розвитку національної економіки сформовано основні положення, що визначають ефективність державної політики сформованої на підвищення рівня здоров'я населення:

- культурні, соціальні та економічні вихідні умови розвитку суспільства визначають рівень здоров'я ще більшою мірою, ніж стан системи охорони здоров'я в цілому;

- суспільства з найбільшим ступенем справедливості щодо розподілу матеріальних благ мають вищу імовірність підтримувати здоров'я населення на високому рівні, який найпростіше виміряти за допомогою показників смертності та тривалості життя;

- заходи у сфері охорони здоров'я повинні мати міжсекторальний характер, а не лише бути зосередженими на медичних аспектах;

– нові дослідження щодо питань здорового розвитку на національному рівні повинні базуватися на міждисциплінарних дослідженнях як на територіальному, так і на суспільному рівнях.

Таблиця 1.10

Типи здоров'я-центричних патернів поведінки населення

Тип	Сутність	Приклади
Індивідуальні	Особисті переконання щодо питань здоров'я, бажання змінювати своє відношення до питань здоров'я, підтримувати здоровий спосіб життя	Зміна власного підходу до харчування під впливом внутрішніх переконань або маркетингово-інформаційних інструментів із доступних каналів взаємодії з цим індивідом
Сімейні	Звички щодо здоров'я індивіда формуються виходячи з прийнятої моделі піклування про здоров'я в сім'ї, цінностей, які доносять члени родини та які слугують переконанням для, що так діяти правильно	Вживання батьками тютюну може сформувати в підлітка розуміння, що куріння не є негативним проявом поведінки щодо здоров'я і, навпаки, звичка зі сімейним обідом включати в раціон фрукти формує в дорослому житті прийнятий родинною дитиною формат харчування
Професійні	Патерни поведінки, які формуються у робочому колективі, до якого залучений індивід	Коворкінг, командні зустрічі та тим-білдінг, які формують навички діяти так чи інакше: займатися спортом у корпоративному фітнес-залі, вживати каву у великих кількостях чи ні, дотримуватися активного відпочинку під час виїзних заходів тощо
Дружні	Копіювання поведінки оточуючих, наближених до індивіда людей	Прийнята модель поведінки в колективі друзів, сусідів тощо формує погляди індивіда на фізичну активність, спорт, допустимість шкідливих звичок і т. д.
Місцеві	Формування світогляду індивіда щодо питань здоров'я виходячи з підтримки здорового способу життя місцевою громадою	Територія проживання визначає поведінку індивіда: наявність інфраструктури для підтримки здоров'я (парки, секції, спортивні майданчики, велосипедні доріжки тощо)
Загально-національні	Націленість державних програм та підтримка урядом питань здоров'я, які створюють індивідуальний портрет поведінки громадянина щодо здоров'я	Жорсткість політики уряду щодо обмеження шкідливих звичок (обмеження реклами алкогольних напоїв, заборона тютюнопаління, обмеження щодо реклами шкідливої їжі для дітей), розвиток та впровадження розділів, присвячених здоров'ю у національній шкільній програмі тощо
Суспільні	Загальновизнані норми поведінки, яких дотримується індивід	Уникнення ризиків для здоров'я (дотримання правил дорожнього руху, дистанціювання від хворих на інфекційні захворювання, проходження обов'язкових щеплень тощо)

Джерело: розроблено авторкою.

Важливим висновком з цього дослідження є те, що детермінанти здоров'я, особливо соціально-поведінкові, залежать від економічного рівня розвитку країни, але мають вирішальний вплив для всіх країн незалежно від рівня розвитку їх економіки.

Дослідження праць вчених показало, що індивідуальне благополуччя людини є визначальним фактором, що є передумовою формування високих показників рівня якості здоров'я. Опитування в Україні в допандемічні часи дають можливість простежити зміни в показниках за групою «Допоміжні індикатори: усвідомлення власного рівня добробуту населенням» (рисунок 1.25).

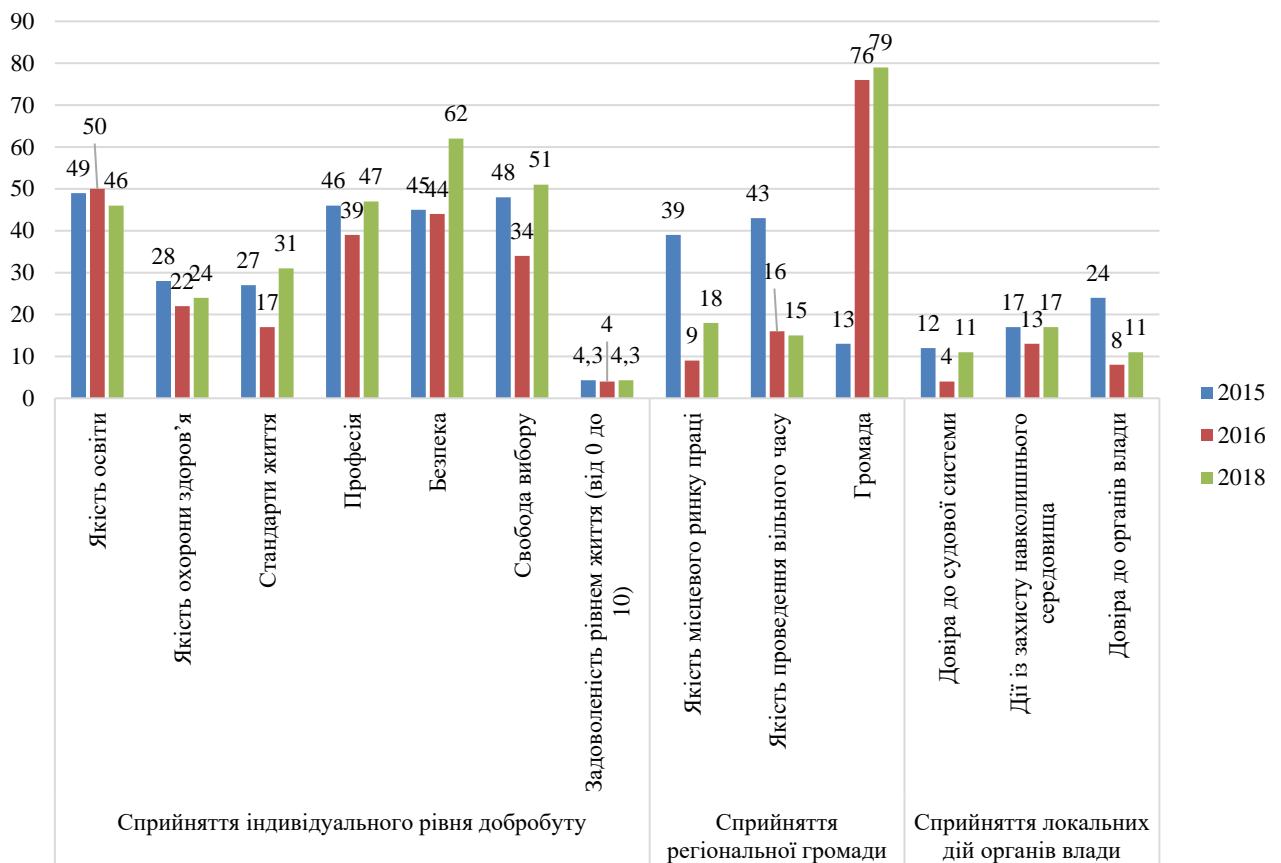


Рисунок 1.25 – Динаміка індикаторів Індексу людського розвитку України за субкатегорією «Усвідомлення власного рівня добробуту населенням»

Джерело: побудовано за даними [126].

Індикатори якості освіти, якості охорони здоров'я, стандартів життя, свободи вибору, дій із захисту довкілля визначають із розрахунку відсотка тих респондентів, що відповіли, що задоволені рівнем цього показника. Професія, безпека, якість проведення вільного часу, громада, довіра до судової системи, довіра до органів влади – відповіддю «Так» на поставлене їм запитання. Для показника «Якість місцевого ринку праці» – за відсотком відповідей тих респондентів, що обрали варіант «добре». Для задоволеності рівнем життя використовують шкалу від 0 (найгірший стан) до 10 (найкращий стан).

Приділимо увагу показнику усвідомлення якості охорони здоров'я, оскільки за цим індикатором в Україні порівняно з іншими індикаторами групи «Сприйняття індивідуального рівня добробуту» низькі значення за всі аналізовані роки видання звіту про розрахований індекс людського розвитку. Порівняємо статистичні показники України, що формують потенціал у сфері охорони здоров'я (Обсяги споживання фруктів та ягід, Кількість органічних господарств, Витрати на охорону здоров'я) з аналогічними показниками інших держав. Країни обрані відповідно до наявних даних, що є порівнюваними з статистичною інформацією за тими ж показниками, що і в Україні. Наприклад, обсяги споживання фруктів та ягід за джерелом [339]. Узагальнені вихідні дані для подальшого аналізу наведені в таблиці 1.11. В аналіз поряд з країнами-членами ЄС включена Албанія, яка цікава тим, що є офіційним кандидатом на вступ до ЄС з 2014 року та для неї примітним є найвищий обсяг споживання фруктів та ягід населенням (150 кг на особу на рік). Усі країни поділили на чотири групи із різними інтервальними значеннями рейтингового показника, що пояснюється специфікою вибірки. Перша група – значення відсоткового індикатора рівня здоров'я на рівні «гарний» та «дуже гарний»: від 45 до 50. Друга група – значення від 51 до 70. Третя група – значення від 71 до 80. Четверта група – значення більше 80. Проведено ANOVA-аналіз категоріального фактору «Рівень здоров'я», згрупованими за описаними вище принципом та залежних змінних за трьома стовпцями таблиці 1.11.

Таблиця 1.11

Вихідні дані порівняння країн за категоріальним фактором «Рівень здоров'я»

Країна	Обсяги споживання фруктів та ягід, кг на одну особу на рік	Кількість органічних господарств, од.	Витрати на охорону здоров'я, % від ВВП
Латвія	48,27	4 178	6
Португалія	56	5 637	9
Україна	58,7	510	7
Угорщина	48	5 136	6,9
Польща	56	18 655	6,5
Чехія	60	4 694	7,2
Німеччина	72	34 136	11,2
Франція	96	36 691	11,3
Болгарія	59	6 213	8,1
Фінляндія	71	5 129	9,2
Австрія	90	26 842	10,4
Румунія	91	9 277	5,2
Італія	121	70 561	8,8
Нідерланди	96	1 867	10,1
Іспанія	99	41 838	8,9
Греція	133	30 124	7,8
Швейцарія	93,6	7 284	8
Албанія	150	140	7

Джерело: побудовано за даними [48, 75, 339, 419].

Рисунок 1.26 показує результати дисперсійного аналізу для змінних «Рівень здоров'я» та «Обсяги споживання фруктів та ягід». Відповідно таблиця 1.12 демонструє розрахункові значення проведеного ANOVA-аналізу. Значення поділені саме на чотири групи з заданими інтервалами (наприклад, укрупнено для групи від 51 до 70), оскільки крайнє значення починається з 47,1, а далі вибірка включає переважно країни із значеннями від 51 до 70, що формують одну групу досліджень. Інші позиції в країн із значеннями рівня здоров'я вище 71 та до рівня 80.

У нижньому рядку таблиці 1.12 вказана сума квадратів, кількість ступенів свободи та середні квадрати для помилки (внутрішньогрупової мінливості). На рядок вище – аналогічні показники для досліджуваного фактору (у нашому випадку – «Рівень здоров'я», а також критерій F (відношення середніх квадратів ефекту до середніх квадратів помилки) та рівень його статистичної значимості.

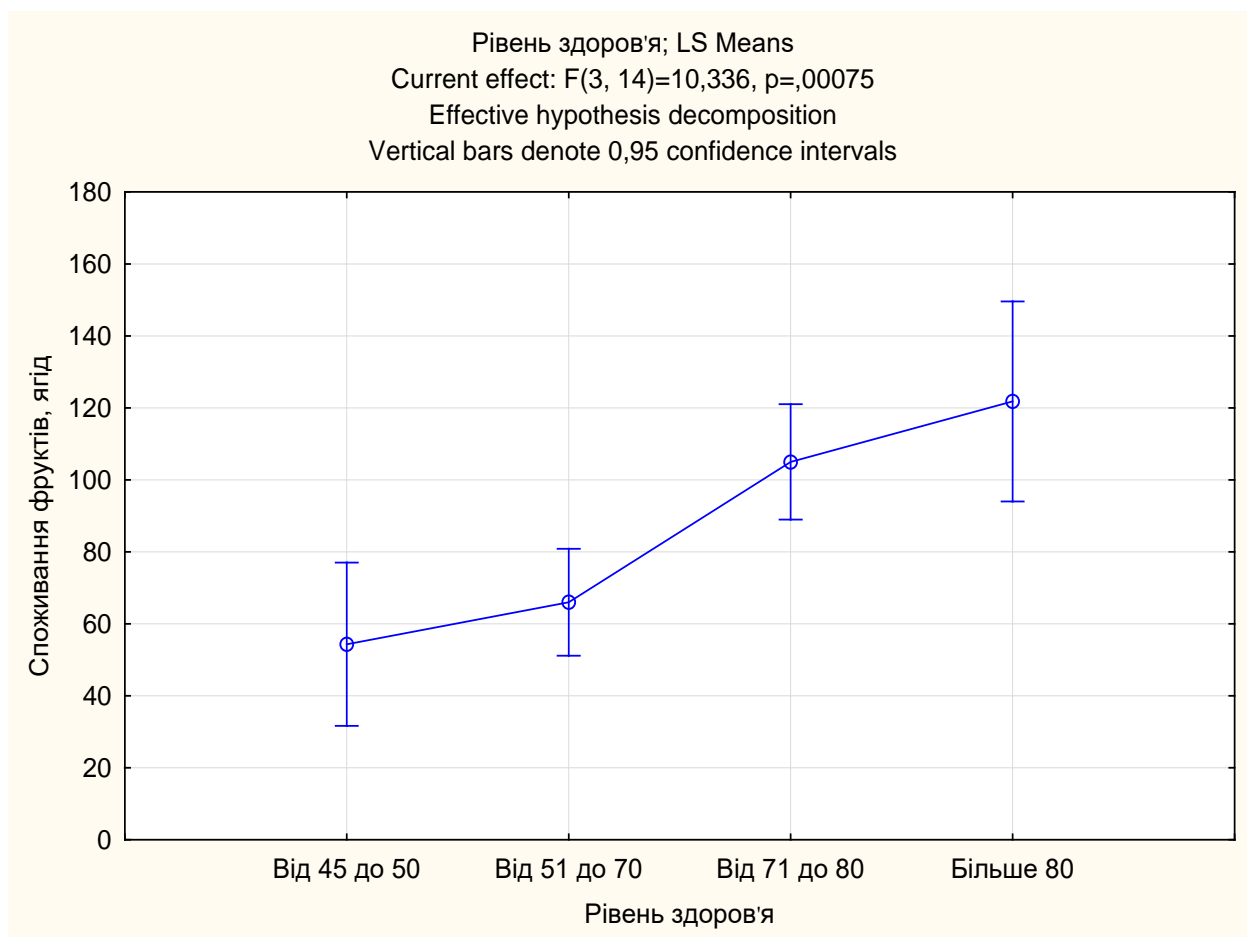


Рисунок 1.26 – Порівняння параметрів «Рівень здоров'я» та «Обсяги споживання фруктів, ягід»

Джерело: побудовано за допомогою програмного забезпечення Statistica10.

Те, що для досліджуваного фактору «Споживання фруктів, ягід» виявилось статистично значущим, показує виділення червоним кольором в таблиці. Аналогічний аналіз проведено для категорій «Кількість органічних господарств» та «Витрати на охорону здоров'я» (рисунки 1.27, 1.28). Як графічне відображення, так і результати в таблицях показують, що інші порівнювані показники не є статистично значущими у визначенні залежності зростання показника «Усвідомленого рівня здоров'я» для країн-лідерів. Деяку закономірність простежуємо для країн групи 1 та 2 зі значеннями показника рівня здоров'я до 70, коли середній показник кількості органічних господарств та витрат на охорону здоров'я зростають також, але ця закономірність не простежується для країн, що займають найвищі позиції у рейтингу.

Таблиця 1.12

Вихідні дані для порівняння країн за категоріальним фактором
«Рівень здоров'я»

Effect	SS	Degr. of Freedom	MS	F	p
Охват	105432,8	1	105432,8	314,2497	0,000000
Рівень здоров'я	10403,8	3	3467,9	10,3364	0,000755
Помилка	4697,1	14	335,5		

Джерело: розраховано авторкою.

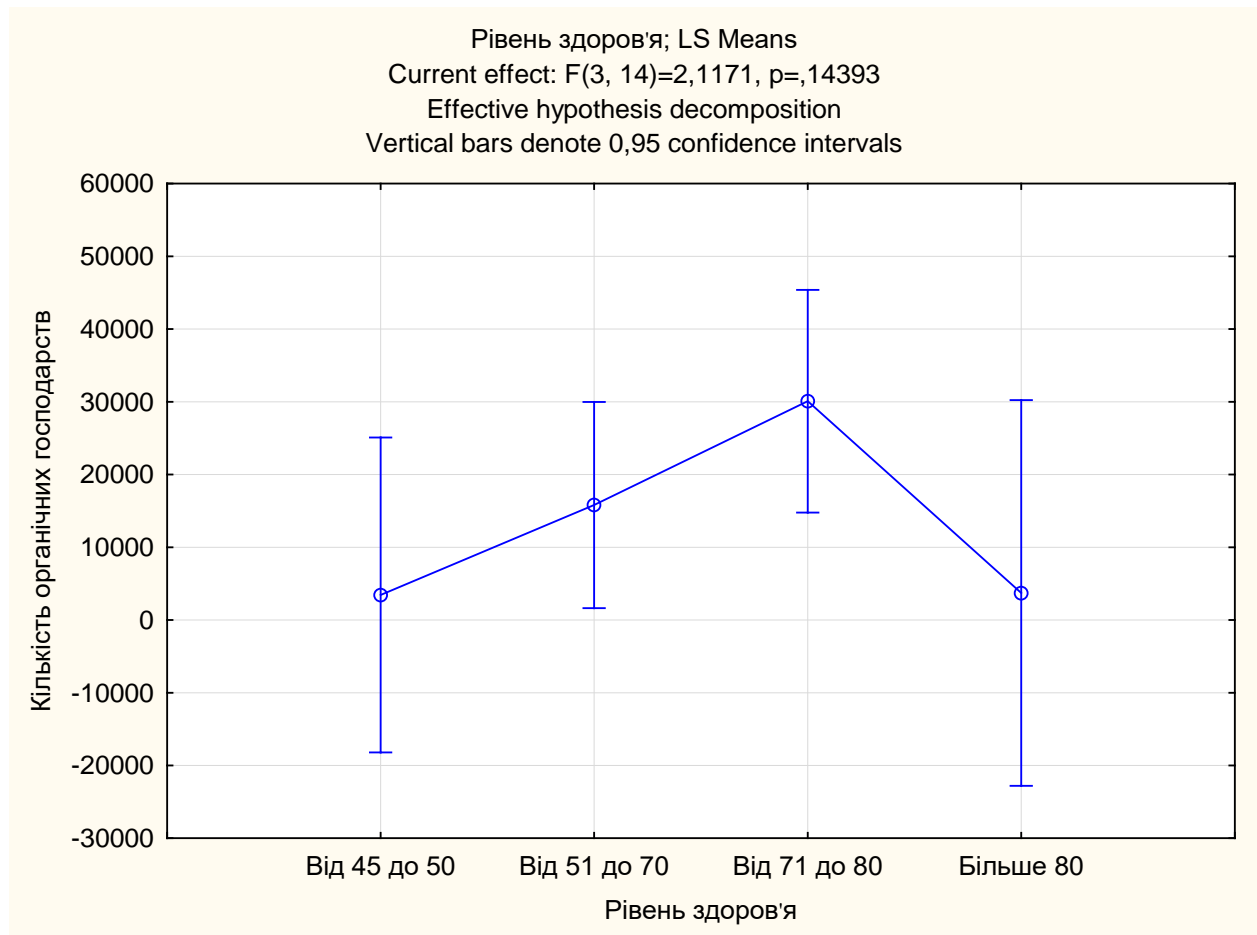


Рисунок 1.27 – Графічне відображення дисперсійного аналізу для параметрів
«Рівень здоров'я» та «Кількість органічних господарств»

Джерело: побудовано за допомогою програмного забезпечення Statistica 10.

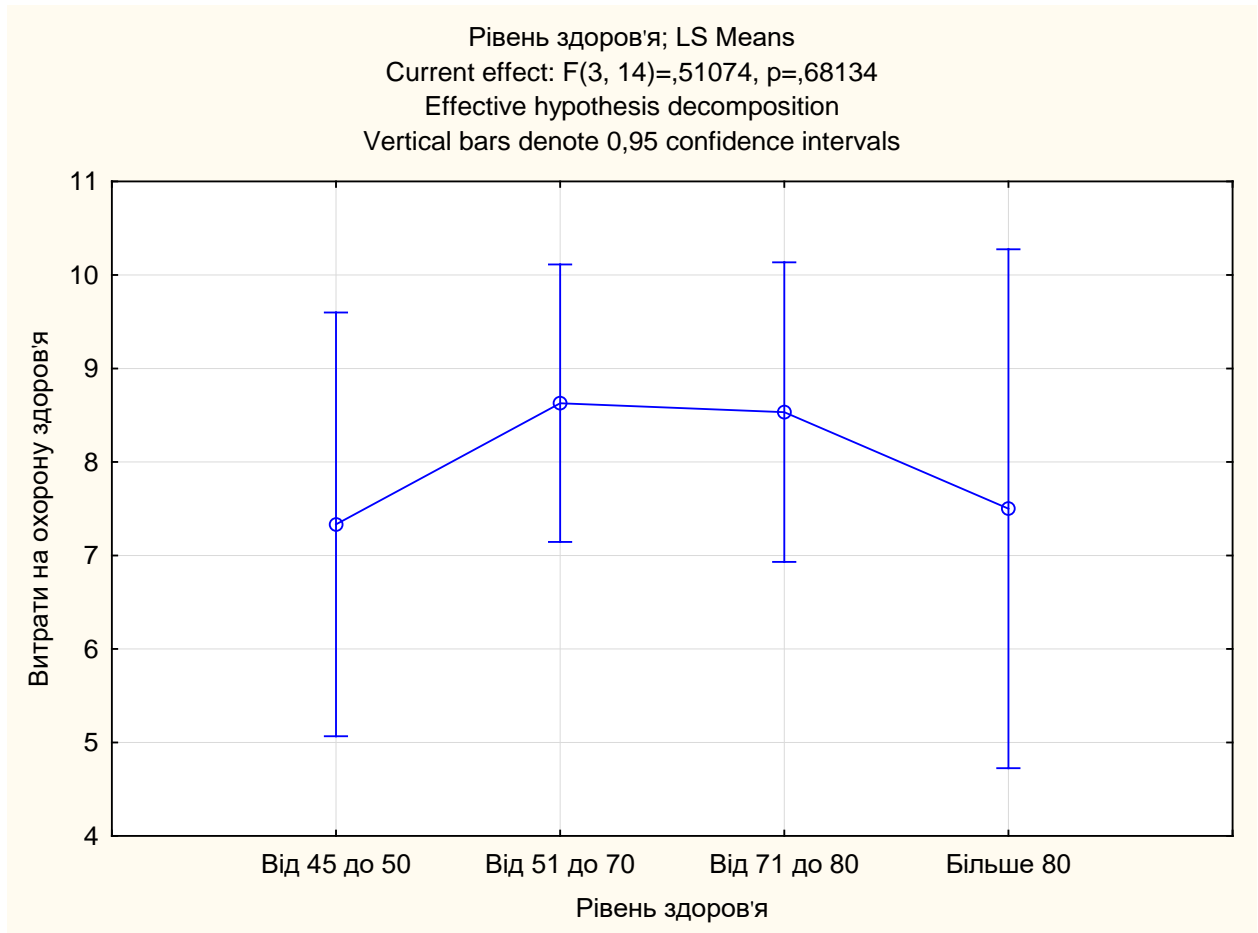


Рисунок 1.28 – Графічне відображення дисперсійного аналізу для параметрів «Рівень здоров'я» та «Витрати на охорону здоров'я»

Джерело: побудовано за допомогою програмного забезпечення Statistica 10.

З цього можемо зробити висновок, що такі фактори, як поведінка населення, прагнення до здорового способу життя, готовність та реальні обсяги споживання фруктів та ягід є вирішальними (лише як одна з ознак правильної та «здорової» поведінки) є більш значущими для формування здорового середовища в країні. Такі висновки підтверджуються даними статистики, які констатують той факт, що в світі кожна п'ята людина помирає через проблеми зі здоров'ям. Україна знаходиться в десятці країн із найвищим ризиком смертності від нездорового харчування.

Стан здоров'я населення беззаперечно є одним з основних індикаторів загального національного, регіонального та локального благополуччя. Це властивість, без збереження та відтворення якої не можливо реалізувати кожним окремим індивідумом його потенційні можливості у різних сферах соціально-економічного життя. Закономірно, що високий рівень здоров'я забезпечує відповідний рівень якості життя. Поряд із поняттями «public health» та «community health», термін «population health» напряду пов'язаний із станом та характеристиками окремих індивідів чи нечисельних груп індивідів. Саме цей термін є вихідним для подальшого узагальнення та комплексного аналізу національного рівня здоров'я та поняття здорового розвитку. Ефективність заходів щодо оздоровлення населення вимагає всебічної уваги до соціальних, екологічних та медичних детермінант здоров'я. Без сумніву, важливу роль відіграє промоція здорового способу життя, соціальна згуртованість та взаємодія на вирішення спільних проблем.

У науковій літературі достатня кількість досліджень у сфері забезпечення здоров'я населення, у яких термін «здоров'я» має свої інтерпретації (таблиця 1.13). Важливо зазначити, що багато наукових праць пов'язують показники здоров'я населення певної місцевості з територіальним розвитком [131], які є одними з основоположних при трактуванні благополучної території. У дослідженні [154] автори за допомогою моделювання з'ясовують ступінь взаємозв'язку між здоров'ям населення, обсягами прямих іноземних інвестицій та економічним зростанням у країні. Вони виявили довготривалі кореляції з обґрунтуванням взаємовпливу між досліджуваними показниками. У [118] автор наводить аргументи щодо взаємозв'язку між рівнем здоров'я населення низки країн та обсягами торгівельних відносин. Є й дослідження споріднених зі здоров'ям населення сфер, як-то ефективність регіональної системи охорони здоров'я та вплив цього параметра на різні складові соціально-економічного розвитку території [236]. Праця [297] присвячена розгляду парадигми аналізу та розрахунку згрупованих ризиків для здоров'я населення, яке автори називають основною категорією безпеки.

Таблиця 1.13

Трактування поняття «здоров'я» різними науковцями

Автори	Визначення поняття
Шушпанов Д. Г. [484]	Життєздатність організму, можливість зберегти фізіологічну та психологічну рівновагу, реалізувати соціально-економічний потенціал у просторі та часі
Kindig, D., Stoddart G. [145]	Результуючий показник здоров'я групи індивідуумів, включаючи розподіл цього показника в заданій групі Такі групи індивідуумів обмежуються, як правило, географічними регіонами (нація, громада), хоча можуть бути застосовані й до опису індивідуумів серед працівників, етнічних груп, осіб з особливими потребами, літніх людей тощо
Stoto M.A. [286]	Парадигма, яка враховує широкий спектр факторів, що визначають стан здоров'я індивідууму та визнає спільну відповідальність за здоров'я населення певної території з ефектом дифузії
Diez Roux A.V. [64]	Концептуальний підхід до розуміння драйверів формування здоров'я населення, стратегій, спрямованих на вирівнювання показників здоров'я певної території
Sharfstein J.M. [272]	Парадигма, що досліджує показники здоров'я певної групи населення залежно від доходів, освітніх відмінностей, систем надання медичної допомоги та інших диспропорцій
Last J.M. [165]	Стан, що залежить від фізичних, біологічних, поведінкових, соціальних, культурних, економічних та інших чинників

Джерело: узагальнено авторкою.

У праці [26] автори розглядають комплекс соціальних показників, зокрема і показників здоров'я населення для ряду країн європейського регіону. У праці [241] науковці під час розрахунку комплексного показника визначають силу взаємозв'язку між соціальними та економічними параметрами добробуту обраних країн. Акцент зроблений на екологічності навколишнього середовища як визначальної складової формування сталості здоров'я місцевих жителів. У низці праць автори стверджують, що показники стану здоров'я зазнають критичного негативного впливу під час різного роду криз в економіці, зокрема такий вплив спостерігаємо в теперішній час під час пандемії COVID-19 у багатьох країнах світу [139].

Незважаючи на наявність комплексних досліджень у сфері охорони здоров'я населення, усе ще бракує дефініцій та опису наповненості

спорідненого економічного поняття – здоров'я в національній економіці. Для того, щоб наочно побачити різницю між поняттями здоров'я населення та національного здоров'я побудуємо семантичні простори цих понять. Методика семантичного диференціалу є комбінацією методу контрольованих асоціацій та процедур шкалування. За цією методикою зручно оцінювати вимірювані об'єкти-поняття за біполярними градуальними шкалами. Оцінки понять за окремими шкалами можуть корелювати між собою. За допомогою факторного аналізу можливо виокремити підгрупи, шкали яких сильно корелюють між собою. Оцінка значення поняття за такою шкалою дає можливість помістити його в точку семантичного простору. З одержаних даних можливо побудувати семантичний профіль поняття. Здебільшого застосовують трифакторну модель, в основі якої кілька чинників, що можна подати через поняття «Оцінка», «Сила», «Активність».

Ряд ітерацій проведеного аналізу надав такі графічні результати дослідження зазначених вище понять (рисунки 1.29, 1.30).

		-3	-2	-1	0	1	2	3	
1О	просте								комплексне
2А	стале								мінливе
3О	неекономічне								економічне
4С	індивідуальне								групове
5О	передбачуване								непередбачуване
6С	локальне								масштабоване
7О	невимірюване								вимірюване

Рисунок 1.29 – Оцінювання поняття «здоров'я населення» за допомогою семантичного диференціалу

Джерело: побудовано авторкою.

Для з'ясування близькості та тотожності деяких характеристик, пов'язаних зі здоров'ям населення, здійснено тестове порівняння за допомогою семантичного диференціалу щодо порівнюваних індикаторів, що дає можливість разом із узагальненням уже існуючих підходів до визначення

територіального стану здоров'я [264, 277] сформувані узагальнюючі поняття національного здоров'я та здорового розвитку національної економіки.

		-3	-2	-1	0	1	2	3	
1O	просте								комплексне
2A	стале								мінливе
3O	неекономічне								економічне
4C	індивідуальне								групове
5O	передбачуване								непередбачуване
6C	локальне								масштабоване
7O	невимірюване								вимірюване

Рисунок 1.30 – Оцінювання поняття «національне здоров'я» за допомогою семантичного диференціалу

Джерело: побудовано авторкою.

Для аналізу суб'єктивної подібності між досліджуваними поняттями обчислюють семантичні відстані за формулою:

$$SD(a; b) = \sqrt{\sum d(a_i b_i)^2}, \quad (1.1)$$

де $SD(a; b)$ – семантична відстань між об'єктами a та b ; a_i та b_i – різниця між координатами двох точок, що передають значення об'єктів A та B за факторами.

Для знаходження семантичної відстані між поняттями застосуємо формулу:

$$SD_{AB} = \sqrt{(O_A - O_B)^2 + (C_A - C_B)^2 + (A_A - A_B)^2}, \quad (1.2)$$

$$SD_{AB} = \sqrt{(1 - 6)^2 + (-3 - 4)^2 + (0 - 2)^2} = 8,83,$$

Відстань між поняттями достатньо висока, що свідчить про їх значні відмінності. Вони є віддаленими в семантичному просторі.

Національне здоров'я визначене як соціально-економічний індикатор стану фізіологічного та психо-емоційного розвитку людського потенціалу країни, що формується під впливом сукупності різноспрямованих чинників – вихідних параметрів, що характеризують якість та безпеку життя.

Знаючи вище зазначене поняття та що його формує, можливо окреслити орієнтири, на яких потрібно фокусуватися при визначенні поняття здорового розвитку країни як такого, що своєю метою вбачає досягнення як мінімум достатніх, а як максимум високих показників здоров'я населення за рахунок комплексного розвитку та підтримки життєво важливих сфер (економічної, соціальної, екологічної, культурної), без яких унеможлиблюється прогрес як такий. Досить влучною є відома модель веселки від науковців Dahlgren та Whitehead [300]. Сукупний показник здоров'я в межах певної території може бути розрахований через урахування індикаторів унітарного здоров'я (наслідки для здоров'я, спрямованість людської поведінки по відношенню до здоров'я, індивідуальні характеристики кожної людини) та більш широких аспектів здоров'я, що формуються під впливом місцевості, де людина проживає. Узагальнення підходів до оцінювання здоров'я дав підстави сформуванню групи показників, які здатні дати обґрунтоване уявлення про поточний стан, зміни та тенденції у сфері здорового розвитку територіальної одиниці (рисунок 1.31).



Рисунок 1.31 – Складові національного здоров'я

Джерело: розроблено авторкою.

Беручи за основу модель архетипів Ф. Котлера [150], у сфері національного розвитку також можливо виокремити моделі поліпшення шляху розвитку території відповідно до виокремлених чотирьох складових на рисунку 1.31.

Змоделюємо відмінності таких чотирьох моделей. За ідеальну модель приймемо модель прямокутника, коли всі складові рівнозначно високі за значеннями (отже, у країні всі групи показників на певному часовому етапі достатні відповідно до параметрів прийнятої оптимізації). Інші чотири моделі відображають небажані варіанти розвитку та візуально показують напрямки вирівнювання значень комплексного показника національного рівня здоров'я (рисунок 1.31).

Наявність різних помилкових архетипів шляху розвитку свідчить про те, що для ефективного управління змінами в сфері охорони здоров'я країни необхідно працювати над досягненням результативності всіх складових національного здоров'я.

Сучасний розвиток країн з орієнтацією на ринкову економіку в умовах нестійкого середовища вимагає формування інноваційної системи гнучкого управління з адаптацією до вимог навколишнього середовища та соціально-економічної обстановки окремо взятої території. Одним з інструментів стратегічного управління для забезпечення здорового вектору розвитку національної економіки є територіальний маркетинг. У рамках здорового розвитку національної економіки важливого значення набуває маркетингова промоція здорового способу життя через різного роду проєктні технології, просування, промоушн-компанії, реалізація маркетингових стратегій та ін. Першочерговим завданням промоції є переконання населення у важливості підвищення фізичної активності, здоровому способі життя, правильному харчуванні, відмові від шкідливих звичок, правильному вихованні дітей, екологічно правильній поведінці тощо. Достатньо складним розділом у маркетинговій науці є саме поведінковий маркетинг, адже часто, якщо навіть індивід вмотивований до правильної поведінки згідно мети впливу, можуть

виникати бар'єри, які ним важко подолати, наприклад, вплив сімейного оточення, наявність дезінформації в соціальних мережах, економічні фактори тощо.

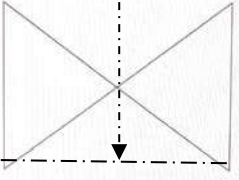
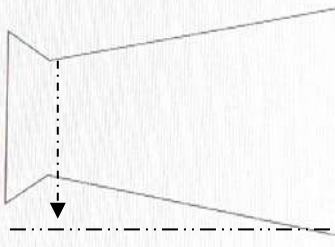
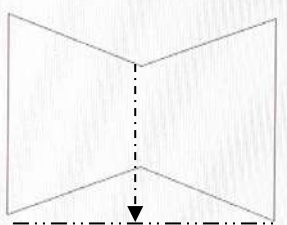
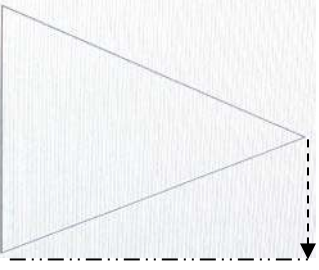
ПРАВИЛЬНИЙ АРХЕТИП ШЛЯХУ РОЗВИТКУ ЗДОРОВОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ							
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Здорове населення</td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Здорові ініціативи</td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Здорова територія</td> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Промоція здоров'я</td> </tr> </table>			Здорове населення	Здорові ініціативи	Здорова територія	Промоція здоров'я	Розвиток комплексний, поступовий з урахуванням рівномірності досягнення критеріальної достатності всіх складових здоров'я
Здорове населення	Здорові ініціативи	Здорова територія	Промоція здоров'я				
ПОМИЛКОВІ АРХЕТИПИ ЗДОРОВОГО РОЗВИТКУ З УРАХУВАННЯМ КРИТЕРІУ ЗДОРОВ'Я							
	У менеджменті не приділяється увага розвитку інфраструктури здоров'я, сервісному забезпеченню		При різноманітні політики стимулювання здорового розвитку показники здоров'я населення залишаються на низькому рівні (несприятлива епідемічна ситуація, нестабільна демографічна обстановка, географічні особливості тощо)				
	Одна зі складових (здорові ініціативи чи здорова територія) залишається поза увагою, у результаті чого спостерігається відставання значень		Слабким місцем залишається маркетингова складова – недостатність промоції та адвокації здоров'я, слабкий брендинг, відсутність чіткої маркетингової стратегії просування напрямків оздоровлення країни				

Рисунок 1.31 – Архетипи здорового розвитку національної економіки

Джерело: розроблено авторкою.

Без сумніву, вплив маркетингу та промоції в сфері реалізації потенціалу здоров'я та подолання нерівності стосовно цього показника є вагомим. І цей вплив проявляється через спрямоване мотивування. Важливо відокремлювати активних суб'єктів-ініціаторів змін у просуванні здорового способу життя (населення, органи державної влади, громадські організації, бізнес, територіальні громади). Найбільш зацікавленим в просуванні маркетингу здоров'я є населення, для якого важливою є здорова обстановка та спосіб життя їх рідних та близьких. Для органів державної влади та територіальних громад покращання здоров'я також є бажаною метою, оскільки за цих обставин зменшуються видатки на охорону здоров'я, соціальні виплати. Зовсім іншою є роль та зацікавленість у здоровому розвитку представників бізнесу, які сукупно за своїми видами діяльності поділяються на різні групи (рисунок 1.32).



Рисунок 1.32 – Класифікація підприємств за мірою впливу на здоровий розвиток національної економіки їх діяльності

Джерело: розроблено авторкою.

Врахувавши необхідну міру впливу на кожну з груп, а також їх зацікавленість та мотиви до збереження та стимулювання здорового розвитку національної економіки, можливо побудувати систему інтегрованих

маркетингових комунікацій, спрямованих на вирівнювання обстановки в системі охорони здоров'я, виробництва та збуту здорових продуктів, забезпечення прийнятної екологічної територіальної ситуації, підтримання високого рівня якості життя тощо.

Підприємства, що відносяться до груп бездіяльних чи незацікавлених можуть бути виробниками звичайної продукції, які з тих або інших причини не мають мотивації до просування або продукції сегменту здоров'я. Що стосується екологічного впливу місцевих виробників на території їх функціонування, то поступове запровадження міжнародних стандартів із екологічного управління на підприємствах істотно сприяє реалізації в Україні здорових національних ініціатив. Екологічна модернізація виробничих суб'єктів господарювання є способом зниження ставок екологічного податку, поліпшення екологічних характеристик вітчизняної продукції. Адже в теперішній час фактично дві третини населення України проживає на територіях, де, наприклад, стан атмосферного повітря не відповідає гігієнічним нормативам (основними забруднювачами поряд з автотранспортом є підприємства добувної та переробної промисловості, а також сфера теплоенергетики). Зрозуміло, що рух до оздоровлення в частині виробництва здорових продуктів та послуг потребує від підприємців значних фінансових витрат, які не завжди себе виправдають. Лише зі зміною життєвого стилю поведінки місцевого населення на здоровий, коли послуги та товари здорового спрямування будуть затребуваними, будуть високо вмотивовані суб'єкти господарювання до виходу на ринок із товарними пропозиціями якісно нового рівня [416].

Тобто необхідним є запровадження механізму ефективної роботи державних органів управління щодо пояснення, мотивування та стимулювання населення до здорового споживання, що має стати нормою. Окремо слід виокремити групу підприємств, що займаються промоцією здорового розвитку. Саме їх уже реалізовані маркетингові ініціативи становлять інтерес. Крім того, є низка програм муніципальних рівнів. Їх включено до аналізу в таблиці 1.14.

Таблиця 1.14

Приклади маркетингових програм у сфері просування здорового розвитку
національної економіки

Назва програми	Рівень реалізації (регіон)	Опис програми
Проект «Здоровіші» [448]	Учасники: міжнародні організації, державні структури, лікарі, медичні заклади, фармацевтичні компанії та інші компанії, діяльність яких пов'язана із заняттям спортом або здоровим харчуванням. Охоплення: вісім найбільших міст України	Проведення масштабних опитувань, дні медичних чекапів, подарунки здоров'я, створення платформи (сайт і сторінки в соціальних мережах (колесо заохочень, просвітницькі програми тощо)
Школа здорового перекусу [482]	Ініціатор – холдинг МХП	Офіційний сайт «Наша Ряба», соціальні мережі. Телевізійна програма з приготування здорової їжі для школярів
Майстерня здоров'я [422]	У семи крупних містах України. Ініціатор – Всеукраїнське лікарське товариство	Профілактично-просвітницький проект. Надання можливості безкоштовно пройти профілактичні обстеження та отримати консультації лікарів
Активні парки – локації здорової України [434]	Ініціатор – органи державного управління України. Національний соціальний проект	Організація оздоровчої активності громадян України, створення умов для зниження показників захворюваності, поліпшення якості та тривалості активного життя населення
Здоровий зір [464]	Ініціатор – національна мережа оптик «Люксоптика»	Проект покликаний виявити погіршення зору та сформувати у населення України культуру відповідального ставлення до здоров'я очей
Здоров'я. Вибір кожного [483]	Цільова аудиторія – школярі Полтавського регіону. Ініціатор – громадська організація «Здорове людство» та місцевий бізнес	Конкурс тематичних есе з можливістю отримати подарунки та відзнаки для навчального закладу. Просвітницький проект
Здорова нація – багата держава [463]	Люди літнього віку всіх регіонів України, діти з особливими освітніми потребами та діти соціально вразливих категорій населення. Ініціатор – міжнародний благодійний фонд «Волонтерське об'єднання «Крила»», інші благодійні фонди та спонсори	Проведення заходів, спрямованих на підтримку профілактики захворюваності та зниження інвалідності населення

Джерело: сформовано авторкою.

Із аналізу таблиці очевидно, що громадські організації відіграють ключову роль у реалізації напрямку соціальних проєктів за тематикою оздоровлення в Україні. Їх ініціативу підхоплюють представники бізнесу, що прямо чи опосередковано пов'язані зі сферою охорони здоров'я (медичні центри, виробники продуктів харчування, представники галузі медичного туризму, спортивні заклади та ін.). Всесвітня пандемія COVID-19 показує, до чого призводить активність чи навпаки бездіяльність кожної окремої людини, бізнесу та державних органів управління. Багато світових компаній саме в часи кризи започаткували благодійні акції. Є багато прикладів тих підприємств, які перелаштували власні виробничі потужності під випуск санітайзерів, масок та захисних костюмів для медичних працівників. Такі відомі брендові виробники як Burberry та Bulgari передали мільйони євро на розроблення вакцини проти нового вірусу. Автомобільна компанія Tesla налагодила виробництво апаратів штучного дихання. Є приклади благодійництва й серед представників сфери послуг. Відомий австралійський ритейлер «Woolworths» надав можливість кожному медичному працівникові безкоштовно випити чай чи каву у будь-якому супермаркеті мережі [490].

Визначення концептуальних засад здорового розвитку національної економіки та специфіки здоров'я-центричних патернів поведінки дало можливість сформулювати авторський підхід до трактування його сутності як процесу соціально-орієнтованого розвитку країни, заснованого на здоров'я-центричних поведінкових моделях стейкхолдерів та нових структурних співвідношеннях у ланцюзі «держава – регіон – бізнес – населення». Цей процес реалізується шляхом впровадження політик у сферах громадського здоров'я, медичної освіти, надання медичних послуг, фармацевтичній, економічній та маркетинговій, що сприяють як високим темпам економічного зростання, так і підвищенню рівня добробуту населення у довгостроковій перспективі. Це в подальшому дозволить описати критерії та показники для визначення рівня здорового розвитку національної економіки.

Висновки до розділу 1

У першому розділі описано закономірності еволюції концепції здорового розвитку національної економіки, розвинуто концептуальні засади його забезпечення, уточнено сутність здорового розвитку національної економіки.

Дослідження сучасних тенденцій світового розвитку, особливостей інноваційних зрушень та соціально-економічного прогресу, економічного зростання, зміни в споживчих інтересах населення та ставленні до життя дозволило визнати їх основними драйверами трансформацій у суспільстві та актуалізації питань, пов'язаних зі здоров'ям населення. Визначено, що європейський вибір України обумовлює необхідність наближення й національної системи охорони здоров'я до відповідності принципам та стандартам розвитку медичної галузі в Європейському Союзі. Обґрунтовано, що в умовах трансформації парадигми розвитку національної економіки у бік концепції здорового розвитку актуальності набуває розроблення теоретико-методологічного базису забезпечення здорового розвитку національної економіки на всіх рівнях.

Використання інструментарію VOSviewer v. 1.6.18, SciVal, Google Trends та Google Ngram Viewer дозволило описати розвиток наукового ландшафту закономірностей еволюції концепції здорового розвитку національної економіки, трансформацію цієї парадигми в змістовному (за допомогою кластеризації виявлених взаємозв'язків досліджень із теорії розвитку національної економіки) та часовому вимірах. Результати ретроспективного аналізу дали можливість встановити, що до 2014 року у науковій літературі переважали дослідження з питань ендогенного розвитку національної економіки, основними факторами якого є людський капітал, продуктивність праці, а також виробничі потужності); з 2014 по 2016 рік переважаючою була концепція інноваційного розвитку національної економіки, факторами зростання в суспільстві за цієї концепції є інновації та науково-технічний прогрес; з 2016 по 2018 рік переважали дослідження в рамках сталого розвитку

національної економіки, у яких проаналізовані соціальні, екологічні та економічні детермінанти розвитку в їх збалансованій синергії взаємовпливу; з 2018 по 2020 рік – дослідження в рамках концепції інклюзивного розвитку національної економіки через вплив соціальних інститутів та якості життя населення як ключових драйверів розвитку; з 2020 року до сьогодні – стала переважаючою концепція здорового розвитку національної економіки, пов'язана з розвитком системи медико-соціального забезпечення населення, промоцією та адвокацією здоров'я, здоров'я-центричними патернами поведінки. Виявлено науковців із США, Великобританії, Австралії, Канади, Китаю, які зробили найбільший внесок у розвиток досліджень з питань здорового розвитку національної економіки.

Результати критичного аналізу підходів до здорового розвитку в Україні засвідчили необхідність удосконалення державної політики розвитку системи медичного забезпечення, вибору пріоритетних напрямків реалізації стратегії здорового розвитку національної економіки, нормативно-правового наповнення з питань модернізації сфери охорони здоров'я. З огляду на це в роботі окреслені концептуальні засади здорового розвитку національної економіки, що базуються на визначенні основних його детермінант, врахуванні чинників, що його стримують, та наслідків цього, враховують політики реалізації та інструменти підвищення рівня здорового розвитку національної економіки. Це обумовило необхідність уточнення змісту поняття здорового розвитку національної економіки як процесу соціально-орієнтованого розвитку країни, заснованого на здоров'я-центричних поведінкових моделях стейкхолдерів та вдосконалених структурних взаємозв'язках у ланцюзі «державна – регіон – бізнес – населення» шляхом упровадження відповідних політик, що сприяють як високим темпам економічного зростання, так і підвищенню рівня добробуту населення у довгостроковій перспективі.

Основні положення першого розділу дисертаційної роботи опубліковано авторкою у працях [190, 193, 199, 397-400].

РОЗДІЛ 2 РОЗВИТОК МЕТОДИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ ЗДОРОВОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ

2.1. Прикладний інструментарій оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки

Забезпеченість національної системи охорони здоров'я та її потенціал до розвитку перебувають у фокусі підвищеної уваги. Інтенсивність зосередженості на питаннях попередження та профілактики стану здоров'я населення зросла в умовах пандемії COVID-19, що охопила різні країни світу з 2020 року. Реформування системи забезпечення громадського здоров'я стало неодмінною умовою боротьби з небезпечним вірусом, що спричинив істотні людські та економічні втрати. Кількість померлих від COVID-19 у світі – близько 6,9 млн осіб, обсяг втрат – 4,4 % світового ВВП. В Україні, відповідно, ці показники склали 112,4 тис. осіб та 5 % ВВП [50, 52, 382]. Зв'язок між станом здоров'я населення та станом економіки підтверджується в наукових джерелах. У праці [42] зазначають, що в 12 країнах європейського регіону у 1820-2010 рр. спостерігався істотний зв'язок між рівнем розвитку системи охорони здоров'я, зниженням смертності та зростанням ВВП на душу населення. У дослідженні Світового банку [326] вказують на те, що в 1780-1979 рр. 30 % зростання ВВП Великобританії було зумовлене значною мірою покращанням здоров'я та харчування населення. За розрахунками Всесвітньої організації здоров'я, захворювання людини призводить до зростання витрат на лікування (20 % витрат) та позбавляє економіку працездатних людей (80 % витрат). Близько 6 % втрат ВВП України зумовлені передчасною смертністю, третина випадків – через серцево-судинні захворювання, основною з причин яких є низька фізична активність та неправильне харчування [42]. При цьому витрати на охорону здоров'я є далеко не основним фактором покращення стану здоров'я населення. Для прикладу, у багатьох країнах європейського регіону зростання економіки,

пов'язане зі зростанням тривалості життя в 1970-2003 рр. склало 29-38 % ВВП, що є значно вищим, ніж обсяг витрат на охорону здоров'я. Важливою є комплексна перебудова системи забезпечення здоров'я в країні з урахуванням проблем, потреб та потенціалу національної економіки.

Поступова імплементація здорових імперативів в управління національною економікою обумовлює наявність відповідних підходів до оцінювання рівня здорового розвитку з урахуванням складових цього процесу. Різні підходи до оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки дають змогу кількісно оцінити цей показник.

Згідно рейтингу Bloomberg Global Health Index країни світу ранжують за параметрами, серед яких ключовими є ризики для здоров'я (поширеність табакоживання, серцево-судинних захворювань, ожиріння серед населення), доступність питної води, середня очікувана тривалість життя, неправильне харчування, рівень смертності серед населення. Рейтинг «The Global Health Security Index», на відміну від індексу Bloomberg, у розрахунках позицій країн зосереджений на індикаторах їх спроможності підтримувати високий рівень добробуту громадян під час пандемій та інших дестабілізуючих факторів. Згідно рейтингу кожену країну оцінюють за 37 показниками, які далі об'єднують, надаючи кожному оцінку від 1 до 100 за шістьма категоріями: профілактика, виявлення та звітування, швидкість реагування, якість системи охорони здоров'я, відповідність міжнародним нормам, ризиковість та вразливість країни до біологічних загроз [114]. Вебсайт Великобританії Money підраховує рейтинг найздоровіших країн для життя. Порівняно з більш складними рейтингами-аналогами, він базується на шести симпліфікованих індикаторах: очікувана тривалість життя, вартість підтримки здоров'я, забрудненість повітря, стан ожиріння серед населення, безпека, тривалість годин сонячного світла [115]. Стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я під назвою «Здоров'я для всіх у XXI столітті» передбачає при оцінюванні рівня національного здоров'я врахування таких показників: відсоток ВВП, який виділяють на фінансування охорони здоров'я; доступність

первинної медичної допомоги; доступність питної води; відсоток населення, щепленого від інфекційних захворювань; якість харчування дітей, зокрема відсоток дітей, народжених з низькою масою тіла [113, 376]. Організацією об'єднаних націй запропонована своя система показників оцінювання здорового розвитку суспільства, яка включає очікувану тривалість життя (здорову та із захворюваннями), доступність медичних послуг (фізичну та економічну) [392]. Автори [335] розробили систему оцінювання здоров'я на національному рівні з використанням чотирьох параметрів: державне управління системою охорони здоров'я, фінансування охорони здоров'я, якість надання медичних послуг та забезпеченість медичними працівниками. Вагомість кожного індикатора оцінювання визначено ентропійним методом. TOPSIS метод дає можливість порівняти індикатори. Здійснюють ієрархічну кластеризацію для класифікації аналізованих країн на групи для визначення причин відмінності між ними в їх стійкості до впливу пандемії COVID-19. За методикою, викладеною у [289], для оцінювання національного рівня здорового розвитку використовують дані щодо витрат на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення, рівня смертності новонароджених, рівня смертності у віці до 5 років та очікуваної тривалості життя. Регресійні моделі будують для аналізу детермінант ефективності. У [88, 333] із використанням динамічного мережевого та віконного аналізів оцінено ефективність та визначено порядкові рейтинги національних систем здорового розвитку країн, що входять до складу Організації економічного співробітництва та розвитку. У [208] автори використовують метод оцінювання центру мас для моделювання профілю здоров'я країни за чотирма складовими: соціальною, економічною, медичною та поведінковою. Продемонстровані результати досліджень науковці у формі чотириполусної барицентричної моделі визначених розмірів.

У загальносвітових масштабах прийнято оцінювати рівень здоров'я в світі чи в певній країні за трьома узагальненими підходами:

- загальний підхід, що базується на показниках ресурсної забезпеченості медичної галузі;
- відокремлений підхід, що описує певні показники добробуту населення: тривалість життя, смертність, рівень захворюваності тощо;
- комплексний підхід, що передбачає розрахунок різних аспектів життєзабезпеченості населення (не лише оцінювання сфери охорони здоров'я, а також врахування аспектів продовольчої безпеки, забезпеченості в країні соціальних, екологічних та інших важливих програм).

Стан здоров'я в країні характеризують за двома критеріями: якісним (коли населення або інші об'єкти дослідження поділяють на групи за рівнем здоров'я) та кількісний (коли розраховують інтегральний індекс, що може описати стан здорового розвитку на національному рівні). Також доволі часто в інших індексах (конкурентоспроможності країн, людського розвитку, процвітання, соціального прогресу тощо) враховують фактор здоров'я, що вносить свій певної вагомості вплив у результуючий рейтинговий показник.

Традиційно рівень здоров'я населення певної країни проводять за певною групою показників. Найбільш часто у науковій літературі зустрічається три складових здоров'я населення: медична (у цю складову, як правило, включають рівень захворюваності, смертності населення, фізичний розвиток, інвалідність), соціальна (демографічна ситуація, розвиток методико-соціальної системи, спосіб життя, якість медичної допомоги), психічний добробут (психологічний клімат). Найбільш поширеними при врахуванні в методиках обрахунку рівня здоров'я на національному рівні залишаються медичні показники.

Згідно [225] зведений індекс здоров'я повинен враховувати ситуацію з випадками інвалідизації в країні, смертності та захворюваності. Ці індикатори здоров'я також спроможні відображати передбачувану якість життя населення та його фізичне та емоційне благополуччя. У світовій практиці є три основні одиниці вимірювання «ALY», які доречно розглянути:

– DALY (англ. Disability-Adjusted Life Year) – дає можливість порівнювати загальний стан здоров'я та тривалість життя населення різних країн;

– QALY (Quality-Adjusted Life Year) – враховує як прогнозовану якість життя людини, пов'язану зі здоров'ям, так і очікувану тривалість життя;

– HALY (Health-Adjusted Life Year) включає DALY та QALY, щоб описати показники захворюваності та смертності за допомогою одного показника. Його часто використовують для оцінки тягаря хвороб і порівняння впливу конкретних захворювань / станів здоров'я на національну економіку.

Всесвітньою організацією здоров'я розроблений перелік показників, рекомендований до врахування при оцінюванні рівня національного здоров'я, а саме: відсоток ВВП, який виділяють на фінансування системи охорони здоров'я, доступність медичних послуг, забезпеченість чистою водою, відсоток імунізованих осіб проти шести найпоширеніших у світі інфекцій (дифтерія, коклюш, правець, кір, поліомієліт, туберкульоз), тривалість життя в країні тощо.

У науковій праці [386] здійснено кількісне оцінювання комплексного індексу здоров'я на національному рівні з використанням для розрахунку факторів здоров'я, що викладені Дж. Роббінсоном [121]. Автори оцінили рівень суспільного здоров'я країн за допомогою використання методу головних компонент із кінцевим результатом у вигляді лінійної комбінації змінних:

$$\begin{aligned} \text{Індекс здоров'я} = & 0,3844i_DPT + 0,30807i_mzls + 0,283CO_2 - \\ & 0,43885b_rate - 0,09433d_rate - 0,43768f_rate + 0,4075lf_exp + \\ & 0,34367phys, \end{aligned} \quad (2.1)$$

де i_DPT , i_mzls – коефіцієнти імунізації; CO_2 – кількість викидів двоокису вуглецю; b_rate – коефіцієнт народжуваності на 1 тис. осіб; d_rate –

коефіцієнт смертності на 1 тис. осіб; f_rate – коефіцієнт фертильності; lf_exp – очікувана тривалість життя; $phys$ – кількість терапевтів на 1 тис. осіб.

У [280] досліджено особливості польської системи медичного забезпечення та ефективність здорового розвитку на національному рівні та серед обраних країн Організації економічного співробітництва та розвитку. Використано три групи індикаторів: фінансові, медичні та задоволеності якістю і доступністю медичними послугами. Ранжування країн здійснене за допомогою лінійного методу впорядкування Хеллвіга.

Для характеристики рівня здоров'я національної економіки найчастіше використовують медичні показники й показники якості життя населення, хоча вони не відтворюють за своєю сутністю рівень здорового розвитку. Для прикладу, якщо проаналізувати широко застосовувану групу медичних показників, то в ній більшою мірою враховують показники «нездоров'я», але не стимулятори якості життя населення.

Систематизація наукового доробку щодо визначення рівня здоров'я в країні засвідчила відсутність загально визнаної структурованої класифікації науково-методичних підходів до його оцінювання, що обумовлено різноплановістю показників та розбіжністю інструментарію їх узагальнення. У роботі виокремлено п'ять підходів до оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки залежно від набору показників (номінаційний параметр) та методології їх оцінювання (параметр зведення):

1) *рейтингово-статичний* – базується на визначенні рангу країни в світових та національних рейтингах за інтегральним або окремими показниками рівня здорового розвитку національної економіки. Результати цього підходу є чутливими до зміни суб'єктивних оцінок експертів при визначенні відносної вагомості показників у загальному оцінюванні. Окремим недоліком цього підходу є те, що він нівелює динамічність процесів змін відповідних показників;

2) *таргетовано-еталонний* – оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки здійснюють на основі порівняння фактичних з

індикативними значеннями показників відповідно до встановлених цілей у рамках стратегій розвитку національної економіки. Недоліком цього методу є висока ймовірність отримання низької валідності результатів оцінювання внаслідок некоректності вибору еталонного об'єкту порівняння;

3) *індикаторно-аналітичний* – оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки здійснюють за допомогою аналізу тенденцій та змін показників у досліджуваній період із використанням графічних, матричних і табличних форм представлення результатів. Цей метод не враховує рівень узгодженості між показниками здорового розвитку національної економіки, явні та латентні ефекти їх взаємозв'язку;

4) *компонентно-ентропійний* – передбачає аналіз окремих компонентів та їх інтеграцію для отримання загальної оцінки рівня здорового розвитку національної економіки. Кожен із цих компонентів може мати свій коефіцієнт важливості, який відображає їх відносну вагомість у загальному оцінюванні. Використання ентропійного підходу дозволяє нівелювати суб'єктивний характер визначення коефіцієнтів важливості. Саме цей підхід обрано у дисертаційній роботі для розрахунку рівня здорового розвитку національної економіки.

Пропонована методологія оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки складається з п'яти етапів:

Етап 1. Формування інформаційної бази дослідження для оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки: матеріали Державної служби статистики України, сайти Національної служби здоров'я України, українського інформаційного порталу Мінфін, Світового економічного форуму, Київського міжнародного інституту соціології, сайту проекту «Індекс здоров'я. Україна», використання інструментарію Google Trends. Далі здійснюється оброблення статистичної інформації про стан сфери здоров'я України.

Етап 2. Визначення системоутворювальних детермінант здорової національної економіки: демографічної, превентивної, медичної, інклюзивної, інформаційної та поведінкової. Масив індикаторів для оцінювання цих

складових сформовано відповідно до таргетів Національної економічної стратегії України на період до 2030 року, загальнонаціональної програми «Здорова Україна», Стратегії сталого розвитку «Україна – 2030».

1. демографічна:

- середня очікувана тривалість життя при досягненні віку 60 років (обраний вік виходу на пенсію), років (ДМ₁) [188];

- коефіцієнт смертності вікової категорії 35-44 років (обрано категорію з осіб молодого віку відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я, які, разом з тим, є лідируючими за кількістю працюючих осіб у цій віковій групі), на 1 тис. осіб (ДМ₂) [451];

- кількість померлих від захворювань системи кровообігу (рівень захворюваності на серцево-судинні хвороби в Україні в 4 рази вищий, ніж у країнах ЄС [450]. Разом з тим, саме ці захворювання є однією з основних причин смертності серед населення України), осіб (ДМ₃) [368];

- кількість померлих від злоякісних новоутворень (у 2015-2020 рр. саме онкологічні захворювання (після серцево-судинних) спричинили найбільшу кількість смертей серед населення України (ДМ₄), осіб [368, 450];

- самооцінка стану здоров'я на рівні не нижче «добре» серед опитаних (як показують практичні приклади, результати первинних досліджень є інформативним та репрезентативним джерелом інформації в сфері системи охорони здоров'я, відсоток опитаних (ДМ₅) [263, 360];

2. превентивна:

- охоплення щепленням проти туберкульозу новонароджених, % новонароджених (ПР₁) [368];

- кількість уперше визнаних осіб з інвалідністю, на млн населення (ПР₂) [461];

- захворюваність на СНІД (інфікування вірусом ВІЛ не завжди призводить до захворювання на СНІД у разі своєчасного виявлення, профілактики ускладнень та попередження за рахунок зміни способу життя. Цей показник показує, як вдало проводиться така профілактична робота із вчасного виявлення та підтримки осіб, інфікованих ВІЛ), випадків (ПР₃) [368];

3. медична [467]:

- кількість лікарняних ліжок, од. на 100 тис. населення (МД₁);
- забезпеченість лікарями, осіб на 100 тис. населення (МД₂);
- забезпеченість середнім медичним персоналом, осіб (МД₃);

4. інклюзивна [455]:

- кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг провести медичне обстеження, % (Інк₁);
- кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг отримати лікувальні процедури, % (Інк₂);
- кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг отримати лікування в стаціонарі, % (Інк₃);

5. інформаційна:

- кількість абонентів Інтернет (у сучасних реаліях саме Інтернет став тим ресурсом, з якого черпають інформацію про суспільні події, зокрема в сфері охорони здоров'я. Донесення інформації за допомогою цього джерела стає можливим за умови, що в країні значна частка населення має якісний доступ до мережі «Інтернет», зокрема і в сільських місцевостях, тис. осіб (ІН₁) [377];
- індекс мережевої готовності, значення індексу (ІН₂) [228];
- рівень довіри до засобів масової інформації (ЗМІ), % респондентів із національної вибірки (ІН₃) [426];

6. поведінкова [340, 455]:

- споживання молока та молочних продуктів (молоко, молочні продукти та нижче зазначені продукти, є, по-перше, поведінковою особливістю кожної людини (у яких обсягах, як часто споживати), а, по-друге, є важливою складовою стану здоров'я людини, профілактики та боротьби з захворюваннями, кг на особу на рік (ПВ₁);
- споживання плодів, ягід і винограду, кг на особу на рік (ПВ₂);
- споживання риби та рибних продуктів, кг на особу на рік (ПВ₃);
- споживання цукру (цей важливий компонент вказує на те, чи дотримується населення здорового підходу до харчування, адже надмірне

споживання цукру витісняє споживання інших корисних продуктів-замінників (фруктів, сухофруктів, ягід тощо), кг на особу на рік (ПВ₄);

- кількість осіб, що займаються фізичною культурою та спортом (цей та наступні два показники прямо вказують на спосіб життя людей та їх піклування про своє здоров'я), осіб (ПВ₅);

- частина населення, що вживає тютюнові вироби, тис. осіб (ПВ₆);

- кількість населення з ожирінням, % від загальної кількості населення (ПВ₇);

- популярність пошукових запитів «профілактика захворювань» інтернет-користувачів за даними ресурсу Google Trends (висунуто гіпотезу, що готовність населення до інформаційної роботи з ними можна перевірити за активністю їх пошукових запитів за тематикою профілактики захворювань, пунктів (ПВ₈).

Вихідні дані для розрахунків наведені в таблиці 2.1. Для аналізу взяті показники України за 2015-2021 рр. Таким чином, охоплені п'ять допандемічних років та 2020 та 2021 рік, у які країна знаходилася під впливом COVID-19 та його наслідків у різних галузях соціально-економічного життя суспільства. Перелічена сукупність індикаторів відрізняється за розмірністю, а також за спрямованістю показника, адже для одних з них кращим є вище значення, для інших – нижче значення.

Етап 3. Нормалізація індикаторів за кожною складовою. Для приведення всіх показників за шістьма складовими в єдину розмірність для зручності їх подальшого врахування було проведено нормалізацію даних. Для індикаторів, що є стимуляторами (зростання яких має позитивний ефект на рівень здорового розвитку національної економіки) використано формулу (природної нормалізації):

$$H_{ij} = \frac{K_{ij} - K_{min}}{K_{max} - K_{min}}, \quad (2.2)$$

де $K_{max, min}$, K_{ij} – максимальне, мінімальне та фактичне значення i -го індикатора ($i=1, \dots, n$) j -ї підгрупи ($j=1, \dots, m$) рівня здорового розвитку; H_{ij} – нормалізоване значення.

Решта індикаторів є дестимуляторами, зростання яких має, навпаки, негативний ефект на рівень здорового розвитку національної економіки, і їх нормалізуємо згідно підходу Севіджа, використовуючи формулу

$$H_{ij} = \frac{K_{max} - K_{ij}}{K_{max} - K_{min}}, \quad (2.3)$$

Нормалізовані значення індикаторів рівня здорового розвитку національної економіки вказані в таблиці 2.2.

Таблиця 2.1

Динаміка індикаторів системоутворювальних складових для визначення рівня здорового розвитку національної економіки України*

Показник	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
ДМ ₁	71,3	72,5	71,98	71,76	72,01	71,35	69,77
ДМ ₂	1 493,3	1 477,1	1 453,9	1 485,7	1 472,7	1 597,2	1 735,02
ДМ ₃	404 551	392 298	384 810	392 060	389 348	408 721	430 013
ДМ ₄	78 750	78 186	77 580	77 836	77 481	77 161	73 683
ДМ ₅	40	44	47	48	50	49	40
ПР ₁	45,2	72,4	84,8	89,4	90,1	88,5	76,4
ПР ₂	323,2	318,75	318,66	327,36	325,84	280,68	298,54
ПР ₃	8 468	8 852	9 308	9340	9450	9560	9530
МД ₁	332,7	319,2	308,7	301,6	295,1	274,6	245
МД ₂	186	187	186	186	185	180	180
МД ₃	371 736	366 756	360 416	313 340	330 322	290 768	273 526
Інк ₁	93,7	92,6	93	88,6	89,2	89,2	85,7
Інк ₂	96,2	95,7	93,1	92,7	96,1	96,1	90,3
Інк ₃	96	97,3	94,7	98	96,2	87,8	86,5
ІН ₁	6 000,6	6 089,9	22 957,5	23 632,3	26 066,8	28 787	29 870
ІН ₂	40	42	46	48,91	48,92	49,43	55,7
ІН ₃	25,9	26,1	26	31	30	30	32
ПВ ₁	209,9	209,5	200,0	197,7	200,5	205	206
ПВ ₂	50,9	49,7	52,8	57,8	58,7	56,5	56,8
ПВ ₃	8,6	9,6	10,8	11,8	12,5	12,4	14
ПВ ₄	35,7	33,3	30,4	29,8	28,8	27,8	27,5
ПВ ₅	4388877	4532888	4867218	4867218	4986005	5167057	4892770
ПВ ₆	6 205,07	6 479,6	6278,7	5 959,1	5 559,2	5 527,6	5 054,0
ПВ ₇	15,3	14,9	14,7	14,9	15,4	16	16
ПВ ₈	32	34	17	22	19	100	37

Примітка. Одиниці вимірювання кожного показника вказані в їх описі вище

Джерело: сформовано авторкою.

Таблиця 2.2

Нормалізовані значення індикаторів системоутворювальних складових для визначення рівня здорового розвитку національної економіки України

Показник	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
ДМ ₁	0,56	1	0,81	0,73	0,82	0,58	0
ДМ ₂	0,86	0,92	1	0,89	0,93	0,49	0
ДМ ₃	0,56	0,83	1	0,84	0,9	0,47	0
ДМ ₄	0	0,11	0,23	0,18	0,25	0,31	1
ДМ ₅	0	0,4	0,7	0,8	1	0,9	0
ПР ₁	0	0,61	0,88	0,98	1	0,96	0,7
ПР ₂	0,09	0,18	0,19	0	0,03	1	0,62
ПР ₃	1	0,65	0,23	0,2	0,1	0	0,03
МД ₁	1	0,85	0,73	0,65	0,57	0,34	0
МД ₂	0,86	1	0,86	0,86	0,85	0	0
МД ₃	0	0,05	0,12	0,6	0,42	0,82	1
Інк ₁	0	0,14	0,09	0,64	0,56	0,56	0,56
Інк ₂	0	0,09	0,53	0,59	0,02	0,02	1
Інк ₃	0,17	0,06	0,27	0	0,16	0,89	1
ІН ₁	0	0,01	0,71	0,74	0,84	0,96	1
ІН ₂	0	0,13	0,38	0,57	0,57	0,6	1
ІН ₃	0	0,03	0,02	0,84	0,67	0,67	1
ПВ ₁	1	0,97	0,19	0	0,23	0,6	0,68
ПВ ₂	0,13	0	0,34	0,9	1	0,76	0,79
ПВ ₃	0	0,19	0,41	0,59	0,72	0,71	1
ПВ ₄	1	0,71	0,35	0,28	0,16	0,04	0
ПВ ₅	0	0,19	0,62	0,61	0,77	1	0,65
ПВ ₆	0,19	0	0,14	0,56	0,65	0,67	1
ПВ ₇	0,54	0,85	1	0,85	0,46	0	0
ПВ ₈	0,18	0,2	0	0,06	0,02	1	0,24

Джерело: розраховано авторкою.

Етап 4. Визначення коефіцієнтів важливості цих індикаторів запропоновано здійснювати за допомогою ентропійного методу, який дає змогу врахувати ступінь різноманітності та невизначеності впливу кожного індикатора на загальну оцінку рівня здорового розвитку національної економіки, а також нівелювати суб'єктивний характер оцінювання. Використано такі формули:

$$B_{ij} = (1 + H_{ij}) \div \sum_{i=1}^m (1 + H_{ij}), \quad (2.4)$$

де V_{ij} – питома вага i -го індикатора рівня здорового розвитку національної економіки; H_{ij} – нормалізоване значення i -го індикатора ($i = 1, \dots, m$) j -тої підгрупи ($j = 1, \dots, n$) рівня здорового розвитку національної економіки.

$$e_i = -\frac{1}{\ln(n)} \sum_{j=1}^m H_{ij} \cdot \ln(H_{ij}) \quad (2.5)$$

де e_i – значення ентропії i -го індикатора рівня здорового розвитку національної економіки.

$$\omega_i = (1 - e_i) \div \sum_{i=1}^n (1 - e_i) \quad (2.6)$$

де ω_i – значення вагового коефіцієнту i -го індикатора рівня здорового розвитку національної економіки.

За допомогою цих формул були порашовані вагомості індикаторів рівня здорового розвитку економіки України. Вони мають такі значення:

1. Демографічна складова (0,223):

- тривалість життя – 0,044;
- коефіцієнт смертності – 0,05;
- кількість померлих від захворювань системи кровообігу – 0,042;
- кількість померлих від злорякісних новоутворень – 0,053;
- самооцінка стану здоров'я – 0,034;

2. Превентивна складова (0,127):

- охоплення щепленням проти туберкульозу – 0,045;
- кількість уперше визнаних осіб з інвалідністю – 0,033;
- захворюваність на СНІД – 0,049;

3. Медична складова (0,135):

- кількість лікарняних ліжок – 0,049;
- забезпеченість лікарями – 0,042;
- забезпеченість середнім медичним персоналом – 0,044;

4. Інклюзивна складова (0,098):

- кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг провести медичне обстеження – 0,032;
- кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг отримати лікувальні процедури – 0,03;
- кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг отримати лікування в стаціонарі – 0,036;

5. Інформаційна складова (0,103):

- кількість абонентів мережі «Інтернет» – 0,046;
- індекс мережевої готовності – 0,024;
- рівень довіри до засобів масової інформації – 0,033.

6. Поведінкова складова (0,314):

- споживання молока та молочних продуктів – 0,04;
- споживання плодів, ягід і винограду – 0,025;
- споживання риби та рибних продуктів – 0,044;
- споживання цукру – 0,043;
- кількість осіб, що займаються фізичною культурою та спортом – 0,035;
- частина населення, що вживає тютюнові вироби – 0,05;
- кількість населення з ожирінням – 0,028;
- популярність пошукових запитів «профілактика захворювань» – 0,049.

Сума всіх вагових коефіцієнтів дорівнює 1. Вплив індикаторів демографічної та поведінкової складових є найбільш вагомим – на рівні 0,223 і 0,314 відповідно.

Етап 5. Визначення інтегрального показника рівня здорового розвитку національної економіки. Для розрахунку цього показника використано принцип розрахунку евклідових відстаней фактичних значень індикаторів рівня здорового розвитку національної економіки від їх еталонних значень:

$$GD_i = GD_{\text{дем}} + GD_{\text{прев}} + GD_{\text{мед}} + GD_{\text{фін}} + GD_{\text{інф}} + GD_{\text{пов}} \quad (2.7)$$

де GD_i – інтегральний показник рівня здорового розвитку національної економіки; $GD_{дем}$, $GD_{прев}$, $GD_{мед}$, $GD_{інк}$, $GD_{інф}$, $GD_{пов}$ – демографічна, превентивна, медична, інклюзивна, інформаційна, поведінкова складові.

Індекс відповідної складової рівня здорового розвитку національної економіки обчислюють як суму добутків вагового коефіцієнта та значення відповідної складової рівня здорового розвитку. Тоді формулу 2.6 можливо трансформувати:

$$GD_i = \sum_{i=1}^n \omega_i \cdot ДЕМ_н + \sum_{i=1}^n \omega_i \cdot Прев_н + \sum_{i=1}^n \omega_i \cdot Мед_н + \sum_{i=1}^n \omega_i \cdot Інк_н + \sum_{i=1}^n \omega_i \cdot Інф_н + \sum_{i=1}^n \omega_i \cdot Пов_н \quad (2.8)$$

де $ДЕМ_н$, $Прев_н$, $Мед_н$, $Інк_н$, $Інф_н$, $Пов_н$ – нормалізовані показники складових рівня здорового розвитку національної економіки.

Результати для України в 2015-2021 рр. продемонстровані в таблиці 2.3. Крім інтегральних значень, можливо також проаналізувати значення за окремими складовими та їх зміну в динаміці. Незважаючи на внесок кожної зі складових в інтегральний індекс, важливо враховувати те, що відповідний рівень здорового розвитку національної економіки є результатом скоординованої взаємодії та збалансованості кожної з них.

Аналіз значень коефіцієнтів за шістьма складовими рівня здорового розвитку України дає можливість зробити певні висновки щодо тенденцій їх змін, зокрема, прогресивне зростання потенціалу демографічної складової було призупинене в 2020 році з початком та прогресуючим негативним впливом пандемії COVID-19: від значення в 0,168 у 2019 році воно впало до 0,118 у 2020 році і ще досі не повернулося до допандемічного рівня. Щодо превентивної складової, то, наприклад, завдяки активним інформаційним кампаніям вдалося активізувати процес щеплення серед дітей, хоча й на сьогодні рівень щеплень в Україні не досягає показників, рекомендованих Всесвітньою організацією здоров'я. У 2020-2021 рр. концентрація уваги була

відтягнута до питань вакцинувань від коронавірусу, тому показник зазнав падіння.

Таблиця 2.3

Результати розрахунку коефіцієнтів складових
рівня здорового розвитку України

Демографічна складова						
2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
0,092	0,145	0,164	0,149	0,168	0,118	0,016
Превентивна складова						
2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
0,052	0,066	0,057	0,054	0,095	0,076	0,055
Медична складова						
2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
0,085	0,086	0,077	0,094	0,083	0,053	0,044
Інклюзивна складова						
2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
0,006	0,009	0,002	0,038	0,024	0,051	0,084
Інформаційна складова						
2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
0,000	0,005	0,043	0,076	0,075	0,08	0,103
Поведінкова складова						
2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
0,119	0,118	0,106	0,137	0,146	0,193	0,176

Джерело: розраховано авторкою.

Доречно відмітити проведену в цей період національну інформаційну кампанію «Щеплення – суперсила від хвороб», організовану Міністерством охорони здоров'я України за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку та дитячого фонду Організації об'єднаних націй. У цій кампанії використовували переважно емоційний контент, заснований на дослідженнях, з потужним закликком до дії, зорієнтований на дорослих осіб [486]. У 2022 році за фінансування ЮНІСЕФ у Польщі мала місце інформаційна кампанія з питань профілактичних щеплень для дітей і підлітків з України. Так, на початку липня 2022 року на вулицях Польщі та в громадському транспорті були розміщені україномовні матеріали (також у соціальних мережах та на сайтах мерій

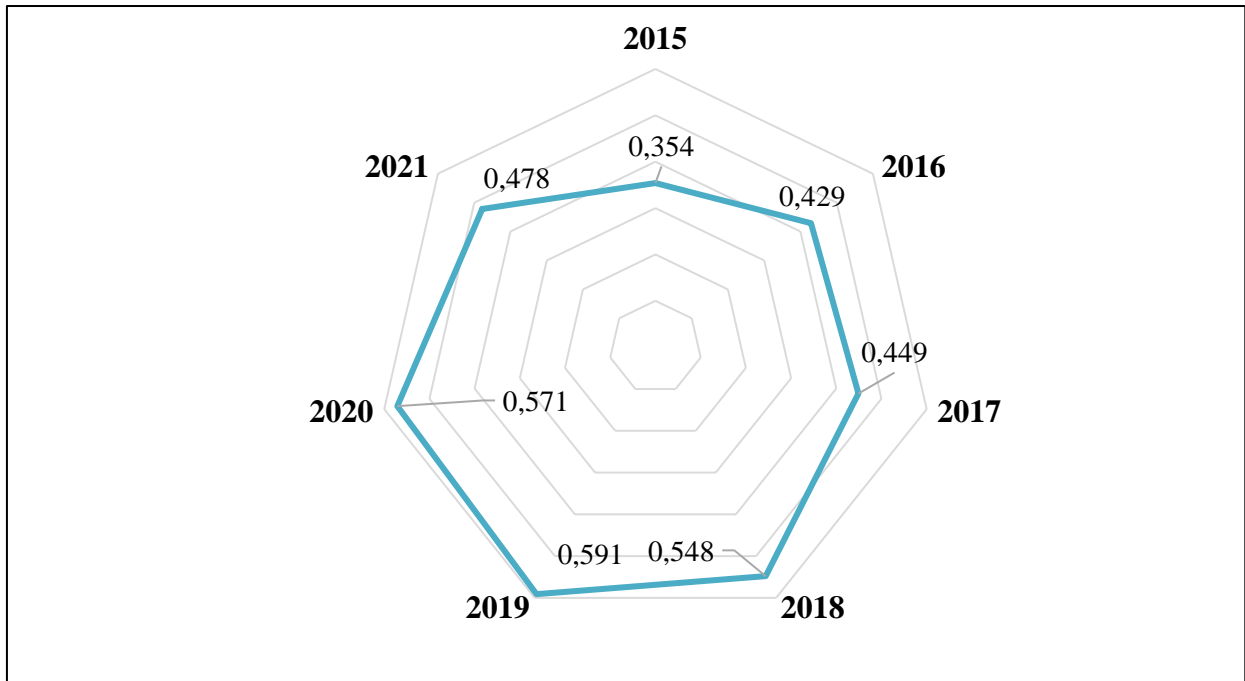
польських міст), які заохочували скористатися можливістю зробити безкоштовне щеплення дітям [370]. Проблеми забезпеченості медичним персоналом та ліжковим фондом теж показали деякі прогалини в медичній системі. Корисною інформаційною розробкою в питанні забезпеченості лікарень медичним обладнанням, засобами та медичним персоналом для боротьби з COVID-19 в Україні є спеціалізований веб-сайт, на якому є можливість перевірити цю інформацію за окремим медичним закладом. Цей дашбод з інформацією розробило державне підприємство «Медичні закупівлі України». Під час активної фази пандемії ці дані підприємство збирало через власну систему MedData з передаванням інформації до Міністерства охорони здоров'я, Ради національної безпеки і оборони [435]. Інклюзивна та інформаційна складові є тими, які з 2020 року зростають. Поведінкова складова в 2020 році мала стрибок у зростанні значення до 0,193, що пояснюється тим, що населення стало більше піклуватися про своє здоров'я, а питання здорового способу життя набули істотного значення під час поширення в суспільстві пандемії коронавірусу.

Проте вже в 2021 році тенденція знову стала нисхідною, тобто тренд до раціонального та збалансованого харчування не закріпився, не став довготривалим мейнстримом. Імовірно, цьому причиною зокрема була відсутність активного підкріплення цього явища в суспільстві просвітницько-інформаційними кампаніями національного та регіонального масштабів.

Проведені емпіричні розрахунки засвідчили, що за період 2015-2021 рр. найкращі позиції за рівнем здорового розвитку Україна мала в 2019 році, але різке його зниження зафіксоване в період 2020-2021 рр., що обумовлено дією пандемії коронавірусу.

Графічна інтерпретація інтегрального значення рівня здорового розвитку України в динаміці за досліджуваний період наведена на рисунку 2.1. Слабкими місцями здорового розвитку України залишаються негативні тенденції щодо кількості смертей від неінфекційних захворювань. Так, у країні кожного року від серцево-судинних захворювань помирають близько 400 тис. осіб. Це 60 %

смертельних випадків з тих, які фіксують. Найбільше помирають від інсульту та інфаркту, хоча це ті захворювання, яким можливо запобігти за умови проведення дієвої профілактики, адже на думку експертів, це ті хвороби, які



розвиваються від неправильної поведінки людини по відношенню до свого здоров'я.

Рисунок 2.1 – Результат оцінювання рівня здорового розвитку України

Джерело: побудовано авторкою.

До факторів ризику розвитку таких захворювань відноситься вживання алкоголю (в Україні понад 50 % населення є споживачами міцних напоїв), більше 60 % населення не дотримується збалансованості в формуванні свого раціону харчування, тобто харчується неправильно [344]. Те ж стосується й іншого проаналізованого фактору смертності в Україні – онкологічних захворювань, адже приблизно третя частина летальних випадків від злоякісних новоутворень пов'язана з поведінковими факторами ризику, серед яких чільне місце займають неправильне харчування, високий індекс маси тіла, нерухливий спосіб життя, вживання алкоголю, тютюнопаління [433]. Таким чином, «критичними» точками системи забезпечення здорового розвитку України є

поведінкові патерни населення, тому в контексті розроблення стратегічних орієнтирів здорового розвитку національної економіки актуальною є активізація державної політики розбудови безпечного та здорового середовища життя населення з концентрацією зусиль не лише на підвищенні ефективності функціонування національної системи медико-соціального забезпечення, а й на маркетинговій політиці, спрямованій на всебічне, організоване на постійній основі інформування населення та інших ключових стейкхолдерів здорового розвитку про фактори ризику для здоров'я та основні принципи здоров'язбереження. Здійснений бенчмаркінг-аналіз інших країн світу щодо питань здорового розвитку дозволив виокремити важливі тези та висновки. Для прикладу, у Канаді важливу функцію в системі забезпечення здорового розвитку країни відіграє інформаційний департамент, завдяки чому громадяни мають доступ до інформації про здоров'я наукового та профілактичного характеру. У Мексиці діє Національна програма боротьби з надмірною масою тіла, яка включає пропаганду здорового способу життя, помірні фізичні навантаження, обмеження вживання висококалорійних продуктів харчування, вживання більшої кількості овочів та фруктів, обмеження або повну відмову від газованих напоїв тощо. В Аргентині однією зі складових здорового розвитку національної економіки є робота інформаційних компаній та порталів. Міністерство підтримує інформаційні вебсторінки, які містять важливі для профілактики захворювань та підтримки здоров'я розділи: пропаганду щеплень, правила поведінки при захворюваннях інфекційної природи, дотримання водного балансу організму людини тощо. У Франції система збереження здоров'я в інформаційному напрямку добре розвинена. Тут реалізують програми з профілактики вживання наркотичних речовин. Упроваджена національна програма щодо обмеження тютюнопаління, зокрема антиреклама про небезпеку вживання тютюну, економічні засоби впливу на продавців тютюну. Був упроваджений та дав позитивні результати План заходів щодо реалізації місії «Чисті руки» щодо забезпечення особистої гігієни та профілактики захворювань. У Німеччині з 2015 року діє Закон про зміцнення

здоров'я та пропаганду здорового способу життя, згідно якого це питання повинене підніматися на всіх рівнях – від національного до особистого (родина, місце роботи чи навчання). Проведення додаткових скринінгових тестів серед населення дало можливість розробити стимулюючі кроки щодо усунення гепу у вакцинації серед різних категорій громадян. У Нідерландах маркетингово-інформаційними кампаніями національного рівня заохочують населення вести здоровий спосіб життя. Значну увагу приділяють фізичній культурі та спорту. Місія міністерства зробити спорт доступним для всіх. Національна програма профілактики захворювань об'єднує зусилля міністерств, муніципалітетів, представників бізнесу та громадських організацій. Роботу з населенням починають із початкової школи, де школярам розповідають про негативні наслідки ожиріння, паління, надмірного вживання алкоголю тощо. У Швейцарії уряд підтримує роботу видавництва «Спектр», яке висвітлює інформацію з питань профілактики здоров'я та його зміцнення. У Великобританії Міністерство охорони здоров'я та соціальної допомоги підтримує діяльність агенції «Громадська охорона здоров'я Англії», ключовою метою якої є підвищення рівня здоров'я та добробуту населення. Ця агенція активно застосовує маркетингово-інформаційні інструменти в своїй діяльності для зміни поведінкових патернів населення щодо звичок у сфері охорони здоров'я, мотивування населення вести здоровий спосіб життя, активізації роботи тих, хто вже задіяний у системі здорового розвитку національної економіки у державному та комерційному секторах. Цією агенцією впроваджено ряд просвітницько-інформаційних кампаній, зокрема щодо запобігання поширенню раку. Національна кампанія включала телевізійну рекламу, плакати та листівки, які роздавали населенню в супермаркетах, аптеках та кабінетах сімейних лікарів, пряму поштову розсилку в деяких регіонах. Ціллю іншої загальнонаціональної кампанії у Великобританії під назвою «Change4Life» (на сьогодні назва змінена на «Better health healthier families» (переклад з англ. мови – Краще здоров'я, здорові сім'ї) є промоція раціонального підходу до харчування та активного способу життя. У рамках цієї програми розроблений

чат-бот «Start4Life Breastfeeding Friend», що в інтерактивному режимі дає відповіді на поширені запитання британців щодо грудного вигодовування. У Люксембурзі свого часу критичною була ситуація зі спалахом захворювань на СНІД. Для подолання цієї негативної тенденції розробили стратегію дій у співпраці з Міністерством освіти та професійної підготовки, що дало можливість проводити інформаційну роботу в школах. Також просвітницькі заходи проводили в місцях відпочинку молоді. Уряд країни активно працює над питанням вирішення проблеми тютюнопаління, зокрема реалізують заходи, спрямовані на запобігання першій спробі вживання тютюнових виробів, введені обмеження на доступ до тютюну, заборонено рекламу тютюнових виробів, активно розповсюджують інформацію серед населення про всі ризики вживання тютюну. У цілому, у країні діє національний план дій щодо залучення громадськості до фізичної активності, пропагування культури правильного харчування. У Швеції у 2016 році впроваджена стратегія протидії поширенню вживання алкоголю, наркотичних речовин, допінгу та тютюну.

Проблемами вживання допінгу та його наслідків (зокрема зростання внаслідок нього кількості випадків серцево-судинних захворювань) займається й уряд Італії. Крім того, цікавим кейсом на прикладі Італії є впровадження заходів з протидії татуюванню серед населення, яке на час реалізації в 2015 році було дуже популярним серед жінок та підлітків. В інформаційній кампанії підкреслювали його небезпечні властивості, зокрема ризики захворювань шкіри. Приклад Іспанії демонструє націленість політики в сфері охорони здоров'я на інформаційні кампанії з протидії поширенню ВІЛ / СНІД. У шкільних закладах на регулярній основі проводять акції з гаслом «Здорова школа – здорове суспільство» [213, 439, 465, 478].

Таким чином, основними напрямками державної політики щодо поведінкової системоутворювальної складової здорового розвитку є інформування населення через різні канали комунікацій, просвітницькі кампанії для осіб різних категорій, профілактичні заходи, співпрацю зі стейкхолдерами на всіх рівнях, урахування позитивного зарубіжного досвіду.

2.2. Здоровий розвиток регіональних одиниць країни як компонент національної економіки

За сучасних умов світ дедалі частіше стикається з проблемами, які підривають потенціал країн до розвитку, знижують економічні показники, наносять непоправний збиток національному соціальному становищу, дестабілізують цілі країни та окремі регіони. Ті суб'єкти господарювання та муніципалітети разом з місцевою владою, які вдало прогнозують майбутні тенденції свого розвитку, отримують значні переваги над іншими. Прогнозування майбутніх тенденцій розвитку має потенціал до використання на регіональному рівні. Дослідження тих показників, які слугують детермінантами перспективного розвитку є актуальним завданням на сьогодні.

Доречно зазначити, що глобалізаційні зміни, що мають місце сьогодні, відрізняються своєю інтенсивністю та масштабом змін. Просторові зміни призводять до активної міграції людей по всьому світу. У країнах із високим рівнем доходу тривають дискусії про глобалізацію та здоров'я, а саме про поширення небезпечних хвороб: туберкульозу, чуми, ГРВІ, Еболи та найбільш обговорюваного вірусу сучасності, який спричинив глобальну пандемію, SARS-CoV-2). Розвиток транспортних систем сьогодні означає, що небезпечні інфекції потенційно можуть подорожувати по всьому світу за лічені години. З іншого боку, сучасні технології дозволяють медичній спільноті швидше реагувати на будь-які екстрені ситуації. Такі поширення небезпечних інфекцій мають негативні наслідки для економіки цілих регіонів. Досвід показує, що стагнують такі галузі, як туризм, транспорт, роздрібна торгівля. Свого часу через епідемію вірусу H1N1 Європейський Союз призупинив діалог щодо створення зони вільної торгівлі з Латинською Америкою. Крім інфекційних захворювань, когнітивні глобалізаційні зміни, спричинені рекламою та маркетингом споживчих товарів, сприяють глобальному поширенню захворювань способу життя (наприклад, ожиріння або захворювання легенів у

курців). До 2030 року фіксуватиметься до 70 % смертельних випадків, пов'язаних із вживанням тютюну (7 мільйонів щорічно), у країнах, що розвиваються, без втручань на національному та глобальному рівнях [168]. Будь-які реформи в системах охорони здоров'я країн і окремих регіонів потрібно здійснювати з урахуванням адаптації рекомендацій до місцевого контексту.

Важливим позитивним моментом глобалізації є дифузія медичних інновацій із високорозвинутих країн, де під впливом конкуренції відбувається безперервне оновлення медичних технологій, ліків, менеджменту. Інтенсивний експорт та імпорт капіталу в дослідження, інтернаціоналізація науки сприяють поширенню наукових досягнень в інших країнах. В Україні істотно зріс попит на магнітно-резонансну та позитронно-емісійну томографії, новітню стоматологію та офтальмологію, молекулярну вірусологічну діагностику.

Наукові дослідження свідчать, що регіон як територіальна одиниця країни, є каталізатором здорового розвитку національної економіки. Зокрема, у цих працях наголошують на необхідності розвитку сфери охорони здоров'я України на регіональному рівні з урахуванням європейського досвіду [348, 355]. Уряди інших країн усе частіше делегують вирішення питань здоров'я на рівень регіонів, які виступають об'єктами балансування державних та приватних стейкхолдерів, контролюючи та регулюючи медичний ринок та задоволення потреб у медичному забезпеченні для жителів областей [315, 320].

Місце народження і проживання людини визначає її забезпеченість джерелами задоволення потреб (наявність достатніх ресурсів для харчування людини, сприятливий клімат для побуту, екологічна ситуація в регіоні). Глобалізація та регіоналізація об'єктивно породжують конкуренцію між регіонами конкретної країни за створення сприятливих умов для життя та ведення бізнесу. Підвищення рівня здорового розвитку регіону є актуальним завданням, оскільки в сучасних умовах воно стає вирішальним фактором економічного розвитку та однією з головних цілей стратегії регіонального розвитку. Інструментом боротьби регіональної влади має стати постійна робота

зі зміцнення існуючих, виявлення та забезпечення нових конкурентоспроможних складових регіонів. Конкурентні переваги конкретного регіону необхідно використовувати при побудові стратегії його розвитку, при просуванні медико-оздоровчих послуг у національних масштабах, що слугуватиме інтеграції системи охорони здоров'я України в глобалізаційні процеси.

Дослідження праць науковців у сфері регіонального розвитку достатньо глибокі та конструктивні. Цінними є доробки А. Хасан, З. Котвал-К [109], Х. Мелін, С. Лаурінкарі, Т. Тукіайнен [217], Дж. Скрипи [278], С. Ігнат'євса, О. Дегтяря, К. Осипенко, О. Гапонюк, В. Омельченка, А. Черкасова [132], П. Тилера [306], Ф. Глінки, М. Хессе, І. Янхен, Т. Старке [92]. Войтик О. [347], Н. Балтачєєвої [341], Г. Возняк [346], В. Реутова, Н. Головченко [449]. Можливим є виокремлення чотирьох основних наукових шкіл досліджень у сфері розвитку регіонів: англо-американської, європейської та вітчизняної, яка ґрунтується на поєднанні міждисциплінарного підходу англо-американської школи та диференційованому підході європейської. Бібліометричний аналіз поширення концепції регіонального розвитку у наукових статтях, що індексуються наукометричною базою даних Web of Science з використанням програмного продукту VOSviewer показав наявність семи основних кластерів досліджень науковців у сфері регіонального розвитку. При чому найбільш активно це питання досліджували вчені з США, Великобританії, Нідерландів, Австралії, Німеччини. Що стосується України, то з рисунку 2.2 бачимо, що активно займатися проблемами регіонального розвитку вчені почали з 2015 року.

Аналіз праць науковців із різних країн показує, що двослівний термін «здоровий регіон» (англ. «healthy region») не набув широкого поширення. Більш популярними термінами в англomовному середовищі є «prosperous region» (з англ. – успішний регіон), «emerging region» (з англ. – регіон, що активно розвивається), «innovative region» (з англ. – інноваційний регіон, що здатний акумулювати в собі різного роду нововведення, покращуючи тим

самим умови проживання людей, діяльності суб'єктів господарювання), «booming region» (з англ. – процвітаючий регіон), «rich region» (з англ. – багатий регіон), «powerful region» (з англ. – сильний регіон) та інша термінологія, що рідше зустрічається. Примітно, що термінологію «strong region» (з англ. – сильний регіон) вживають здебільшого, коли говорять про територію, яка має потужний той чи інший ринок (наприклад, ринок праці, медичний ринок, банківський ринок тощо).

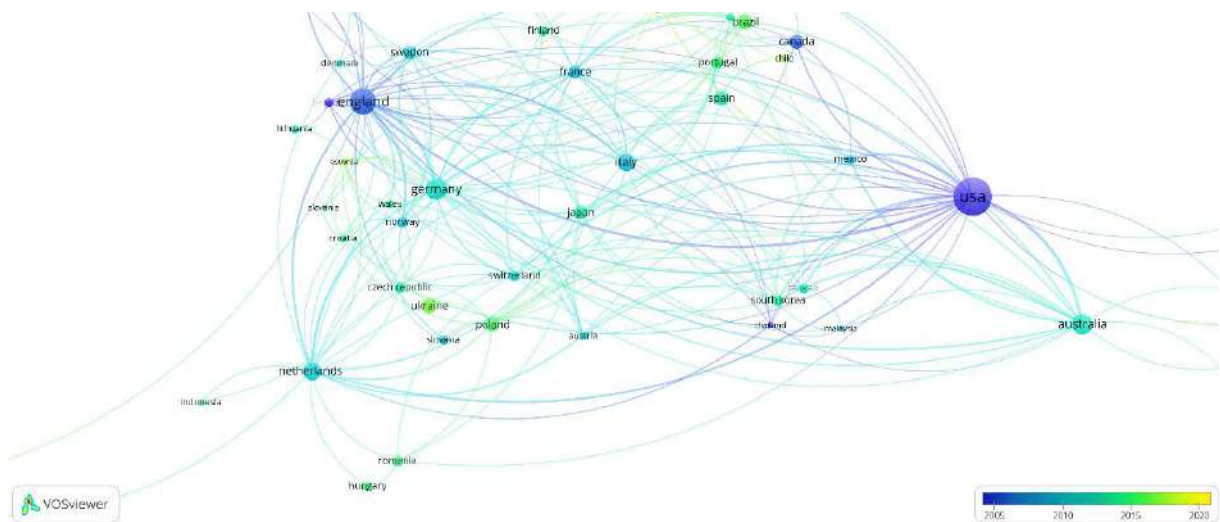


Рисунок 2.2 – Дослідження питань регіонального розвитку в Україні у часовому вимірі за роками

Джерело: побудовано з використанням програмного забезпечення VOSviewer v. 1.6.18.

Під детермінантами здорового розвитку регіону доцільно розуміти причини, що викликають виникнення того чи іншого явища, як позитивного, так і негативного. Необхідно виокремити кількісні та якісні параметри, що визначають приналежність регіону до класу «здоровий регіон». Найпростіше цей термін пояснюється замкнутим циклом, а саме це регіон, де є стимули та бажання «жити – навчатися – працювати – відпочивати». У такому регіоні високі якість життя, рівень освіти, що дає можливість, для прикладу,

випускнику закладу вищої освіти бути конкурентоспроможним на ринку праці. У середині такого регіону сприятливі умови для ведення бізнесу, а також стабільний ринок праці з прийнятним співвідношенням «кількість вакансій – кількість шукачів роботи». І, на додаток, у такому регіоні розвинена місцева інфраструктура, значні туристичні потужності для того, щоб привернути увагу не лише населення з інших регіонів, а й із зарубіжних країн до його відвідування. Регіон, який відповідає всім цим критеріям, є «ідеальним зразком територіального продукту».

Результуючим параметром, для якого розробляють та впроваджують стратегію розвитку регіонів є показник «здоров'я населення». Лише людина, що має достатні можливості для професійного та особистого розвитку в регіоні, де вона проживає, може бути фізично та ментально здоровою, робити позитивний внесок у свій регіон своєю професійною віддачею. Це те, що формує «людський капітал», що є запорукою ефективності бізнесу в регіоні. На рисунку 2.3 змодельована піраміда регіону – від регіону як місця фактичного проживання до регіону-інноватора в різних сферах життя.

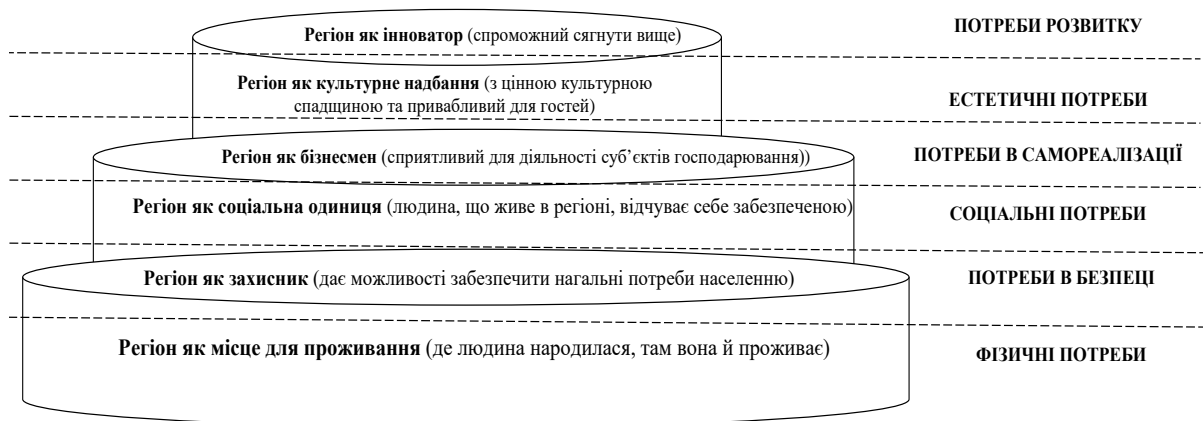


Рисунок 2.3 – Піраміда здорового регіону

Джерело: побудовано авторкою як інтерпретація піраміди А. Маслоу.

Те, де людина народилася та проживає, визначає її забезпеченість джерелами первинного задоволення потреб (наявність достатньої кількості ресурсів для харчування людини, прийнятний клімат для нормального життя,

екологічна обстановка в регіоні). На рівні регіону як захисника визначають, наскільки людина спроможна задовольнити свої додаткові потреби додатково до первинних (оснащення домівки, більш дорогий одяг, придбання нерухомості тощо), що стає можливим, коли людина отримує гідну заробітну плату, має впевненість у стабільності її працевлаштування, має додаткові джерела отримання доходів.

Якщо на рівні регіону як захисника, потреби людини не задовольняють (та чи інша особа сама визначає міру цієї задоволеності), то виникає бажання, яке може перерости в нагальну потребу зміни регіону для місця роботи або навіть зміни постійного місця проживання. Дуже часто прогалини на цьому рівні можуть бути нівельовані перевагами проживання в регіоні на третьому рівні «регіону як соціальної одиниці». На цьому рівні людина повинна бути забезпечена соціальним спілкуванням із рідними, друзями. Крім того, саме в регіоні проживання людина має кращий доступ до освітніх послуг, послуг закладів охорони здоров'я, що є визначальним для переосмислення певною особою доцільності зміни регіону фактичного місця проживання. Потреби самореалізації (просування кар'єрною сходинкою та можливість відкриття власної справи), естетичні потреби (або іншими словами духовні, такі як культурний відпочинок, туризм) та потреби розвитку реалізують на вищих щаблях піраміди здорового регіону. В ідеалі, людина, що задоволена на всіх щаблях цієї піраміди є саме тією «здоровою людиною», про яку говорилося вище. Закономірно, що задоволення всіх цих потреб пов'язане з регіоном, який ці можливості надає.

Згідно [116] концепція «здорового регіону» включає три ключові компоненти, що визначають доцільність ідеї здоров'я як цільового об'єкта інвестувань ресурсів:

– краще інвестувати у здоров'я населення регіону, оскільки це економить кошти місцевих бюджетів за принципом «краще попередити, ніж потім лікувати»);

– здорові мешканці регіону є передумовою для місцевого інноваційного розвитку та зростання;

– продумане та цільове інвестування створює передумови для регіонального розвитку (відкриття нових закладів та напрямків у сфері охорони здоров'я призводить до зростання зайнятості в регіоні та економічного зростання). При цьому доречно говорити не лише про лікарні, поліклініки, але й про суміжні галузі, як-то медичний туризм, заклади здорового харчування, підприємства-виробники ліків, вирощування органічних продуктів тощо.

Доречною є зміна підходу до розуміння фактору здоров'я відповідно до принципу: «Ми прагнемо підтримувати здоров'я населення регіону, тому що добробут громадян є визначальним фактором зростання та розвитку регіону». Це все можливо пояснити науковим терміном «профілактика», який означає систему обґрунтованих заходів зміцнення здоров'я, що спрямовані на запобігання захворюванням та їхнього розвитку.

Актуальним завданням є визначення рівня здорового розвитку в регіонах країни та їх типологізація, яку можна виконати шляхом кластеризації з формуванням проблемних питань у системі охорони здоров'я, що потребують нагального вирішення, та перспективних сфер розвитку. Інформаційну базу дослідження для формування первинних показників для подальшого їх нормування склали аналітичні звіти Державної служби статистики України, Національної служби здоров'я України, Київського міжнародного інституту соціології, а також матеріали сайту проєкту Індекс здоров'я. Україна, інструментарію Google Trends. Серед різних методів кластерного аналізу обраний нетрадиційний – самоорганізуючі карти Кохонена як один із різновидів нейромережевих алгоритмів. Він є одним із методів проєктування багатомірного простору в простір з більш низькою розмірністю. При використанні цього алгоритму вектори, схожі у вихідному просторі, опиняються поряд і на результируючій карті. Розбиття множини регіонів на кластери допомагає виявити внутрішні закономірності в групах та зрозуміти інформативність соціально-економічних властивостей регіонів для управління та побудови стратегії

розвитку системи охорони здоров'я на місцевому та національному рівнях. Для побудови карт Кохонена обрано програмний продукт Viscovery SOMine. Цей продукт володіє низкою переваг: доступність широкому колу користувачів у сфері нейромережових обчислень, значна аналітична потужність, графічні та статистичні можливості з легким процесом інтерактивного дослідницького аналізу, виявлення прихованих характеристик об'єктів, які не описуються значеннями вхідних індикаторів. Аналіз дає можливість здійснювати дослідження траєкторій об'єктів. У остаточному підсумку дослідник отримує однорідні групи з описом патерну кожної групи досліджуваних регіонів. Оцінювання об'єктів за всіма системоутворювальними складовими рівня здорового розвитку проводимо за системою індикаторів (таблиця 2.4).

Середньоєвропейські показники для визначення оптимальних та критичних значень параметрів досліджуваних величин широко використовують дослідники для вирішення питань соціально-економічного розвитку [338, 441, 485]. У розрахунках нижче середню очікувану тривалість життя в ЄС у 80 років взято як критичне значення показника № 1 у таблиці 2.4. Починаючи з 2002 року тут спостерігається висхідна тенденція – до 2021 року загалом очікувана тривалість життя зросла на 2,5 роки [474]. Що стосується деяких інших індикаторів та їх критичних значень, то враховуючи європейський досвід, необхідно також брати до уваги специфіку реалізації тих чи інших процесів, а також поширеність та відношення до проблем, наприклад, профілактики захворювань. Зокрема, якщо зосередити увагу на питанні щеплень від туберкульозу, що є актуальним завданням для України через поширеність захворювання, то в таких країнах ЄС, як Німеччина, Швеція щеплення БЦЖ проводять лише людям, що знаходяться в групі ризику. Цим пояснюються їх низькі порівняно з іншими країнами ступені охоплення населення цим щепленням (рисунок 2.4). Тому при розрахунку середнього значення цього індикатора серед країн ЄС, їх значення нівелювалися. Як критичне значення обраний відсоток щеплених від туберкульозу в Естонії (найменше значення).

Таблиця 2.4

Індикатори системоутворювальних складових рівня здорового розвитку
регіонів

Індикатор	Визначене оптимальне значення ¹ (k_{opt})	Бажана спрямованість індикатора
1. Середня тривалість життя при народженні, років (ДМр ₁)	80	max
2. Рівень смертності населення, на 1 тис. осіб (ДМр ₂)	12	min
3. Відсоток смертельних випадків від захворювань системи кровообігу, % (ДМр ₃)	55	min
4. Відсоток смертельних випадків від злоякісних новоутворень, % (ДМр ₄)	13	min
5. Самооцінка стану здоров'я (на рівні не нижче «добре», % опитаних (ДМр ₅))	50	max
6. Охоплення щепленням проти туберкульозу, % (ПРр ₁)	86	max
7. Кількість уперше визнаних осіб з інвалідністю, осіб віком старше 18 років на 1 тис. населення (ПРр ₂)	2,5	min
8. Захворюваність на СНІД, осіб на 10 тис. населення (ПРр ₃)	7	min
9. Кількість лікарняних ліжок, на 1 тис. населення (МДр ₁)	8	max
10. Забезпеченість лікарями, на 1 тис. населення (МДр ₂)	4	max
11. Забезпеченість середнім медичним персоналом, на 1 тис. населення (МДр ₃)	10	max
12. Кількість домогосподарств, у яких члени родини не змогли провести медобстеження, на 1 тис. населення (ФНр ₁)	3	min
13. Кількість домогосподарств, у яких члени родини не змогли відвідати лікаря, на 1 тис. населення (ФНр ₂)	3	min
14. Кількість домогосподарств, у яких члени родини не змогли придбати ліки, на 1 тис. населення (ФНр ₃)	3	min
15. Частка домогосподарств, які мають доступ до послуг Інтернету, % (ІНр ₁)	90	max
16. Знання про симптоми інсульту, % респондентів із національної вибірки (ІНр ₂)	80	max
17. Довіра до українського телебачення, % респондентів із національної вибірки (ІНр ₃)	75	max
18. Споживання молока та молочних продуктів, кг на особу на рік (ПВр ₁)	210	max
19. Споживання фруктів, кг на особу на рік (ПВр ₂)	70	max
20. Споживання риби та рибних продуктів, кг на особу на рік (ПВр ₃)	24	max
21. Споживання цукру, кг на особу на рік (ПВр ₄)	25	min
22. Частка населення, що займається фізичною культурою та спортом, % від загального населення (ПВр ₅)	54	max
23. Частка населення, що вживає тютюнові вироби, % від загального населення (ПВр ₆)	20	min
24. Частка населення у віці від 18 років з ожирінням, % від загального населення (ПВр ₇)	17	min
25. Популярність пошукового запиту «профілактика здоров'я» за даними Google Trends, пунктів (ПВр ₈)	100	max

Примітка. ¹ – оптимальні значення сформовані виходячи із середньоєвропейських (або крайніх значень по країнам ЄС для окремих індикаторів) згідно джерел [1, 22, 43, 47, 55, 120, 133, 221, 234, 247, 283, 288, 307, 474]

Джерело: побудовано з використанням даних [359, 430, 432, 462].

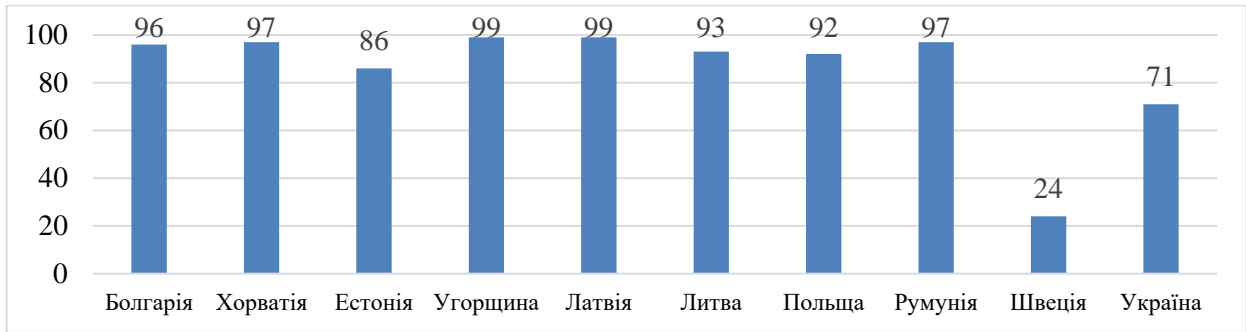


Рисунок 2.4 – Відсоток щепленого населення від туберкульозу: порівняння України з країнами ЄС у 2022 році, %

Джерело: побудовано за даними [22].

На рисунку 2.5 візуалізовано порівняння забезпеченості лікарями України та країн ЄС у допандемічний період. Рисунок показує, що в цьому питанні Україна не поступається позиціями країнам ЄС, маючи навіть вище значення, а, отже, і забезпеченість спеціалістами, ніж ряд країн Європейського Союзу.

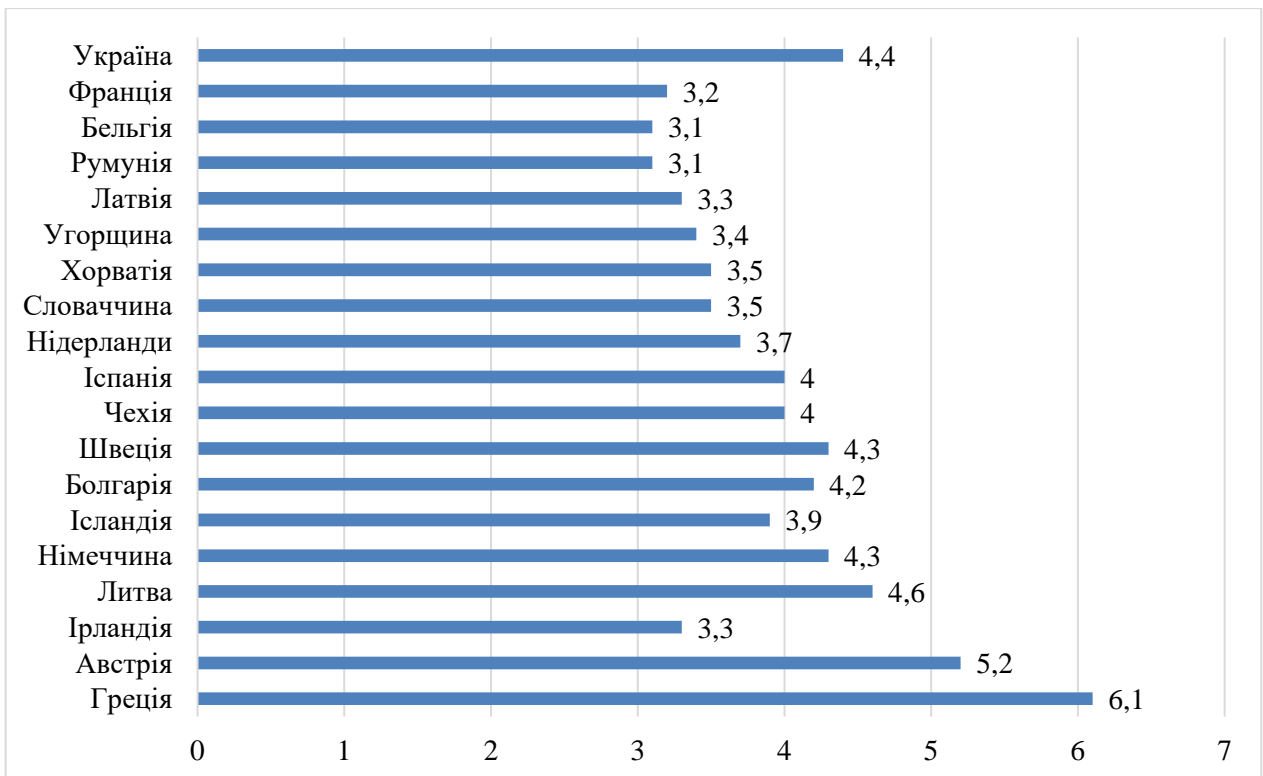


Рисунок 2.5 – Забезпеченість лікарями: порівняння України з країнами ЄС у 2018 році, на 1 тис. населення

Джерело: побудовано за даними [13].

Примітно, що на відміну від України, де національною статистикою прийнято обраховувати забезпеченість лікарями та середнім медичним персоналом у розрахунку на кількість населення, то в статистиці країн ЄС обчислюють співвідношення кількості середнього медичного персоналу до кількості лікарів у країні чи регіоні. Порівняємо цей показник між країнами ЄС та Україною (рисунок 2.6).

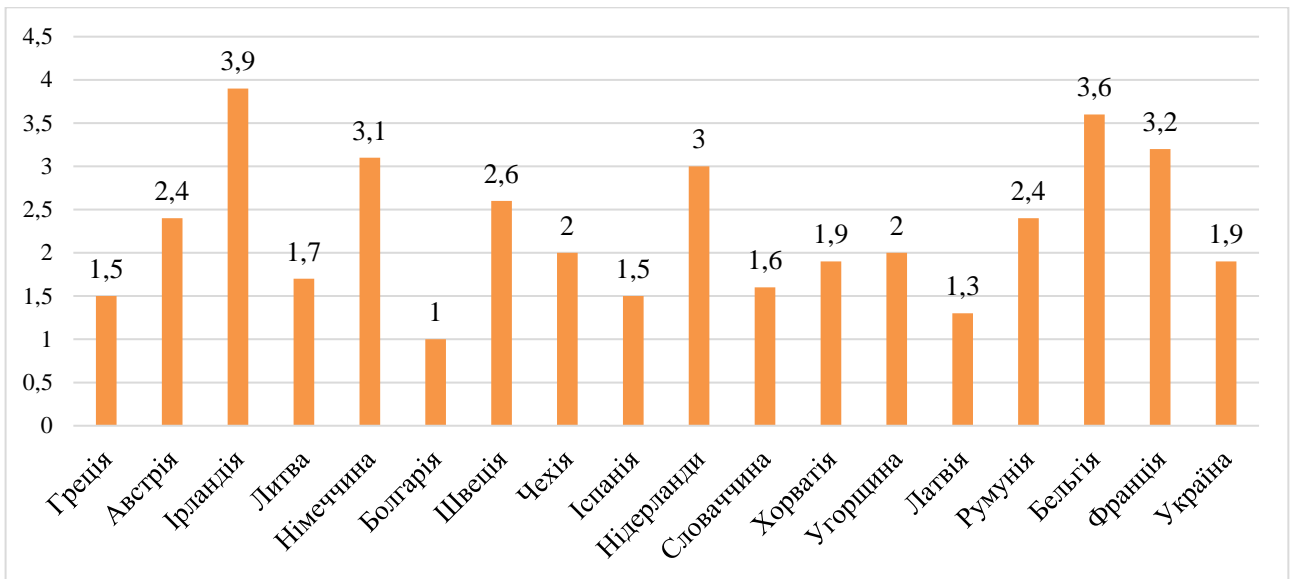


Рисунок 2.6 – Відношення кількості середнього медичного персоналу до кількості лікарів в країнах ЄС порівняно з Україною за даними 2018 року
Джерело: побудовано за даними [14].

Отже, якщо брати до уваги співвідношення кількості середнього медичного персоналу та лікарів, то в Україні воно в середньому на тому ж рівні, що в країн ЄС, але значно нижче, ніж, наприклад, в Ірландії, Німеччині, Нідерландах, Бельгії чи Франції.

Щодо включення до переліку індикаторів для оцінювання рівня здорового розвитку регіонів частки домогосподарств, що мають доступ до мережі «Інтернет», то доречно зазначити, що донесення інформації за допомогою цього джерела стає можливим за умови, що в регіоні значна частка жителів має якісний доступ до мережі «Інтернет», зокрема і в сільських місцевостях. Щодо

знань про симптоми інсульту серед населення, то в багатьох джерелах засобів масової інформації (ЗМІ) ці знання називають показовими, щоб стверджувати про успішність чи неефективність інформаційної роботи з населенням щодо попередження небезпечних станів людини. Також за результатами всеукраїнських опитувань телебачення залишається на першому місці серед усіх ЗМІ, із яких найчастіше жителі країни одержують інформацію про стан справ в Україні та в світі [124]. Ефективність донесення цієї інформації залежить від того, наскільки довіряють цьому засобу ЗМІ у різних регіонах країни.

Особливої уваги при розрахунку індикаторів рівня здорового розвитку регіонів заслуговує поведінкова складова, що включає показники споживання здорових продуктів харчування, цукру, а також популярність фізичної активності, поширеність шкідливих звичок. Порівняльна карта частки населення, що вживає тютюнові вироби, для деяких країн світу продемонстрована на рисунку 2.7. Знову доречно зосередитися на прикладі Швеції, як європейської країни з найнижчим відсотком населення, яке вживає тютюн, яке роками вживає заходів щодо протидії поширенню тютюнопаління на національному рівні. Ще в 2005 році паління було заборонене в усіх закладах харчування всередині приміщень, а в 2019 році заборона була розширена на відкриті місця біля цих закладів, а також на громадські місця [283]. В Україні кількість некурців скоротилася майже на 5 % порівняно з початком 2021 року. Зростання кількості населення, що вживає тютюн є істотним, враховуючи, що до війни частка населення в національних масштабах у середньому складала 26,5 %. Зросла більше ніж на 2 % кількість людей, що палять щодня. Ті респонденти, які вживали тютюнові вироби до початку війни стали курити ще більше (30,3 % за результатами опитувань). Примітно, що більшість респондентів (майже 80 %), серед тих, хто почав курити посилено, вживають звичайні цигарки, що чинять найбільш негативний вплив на здоров'я людини.

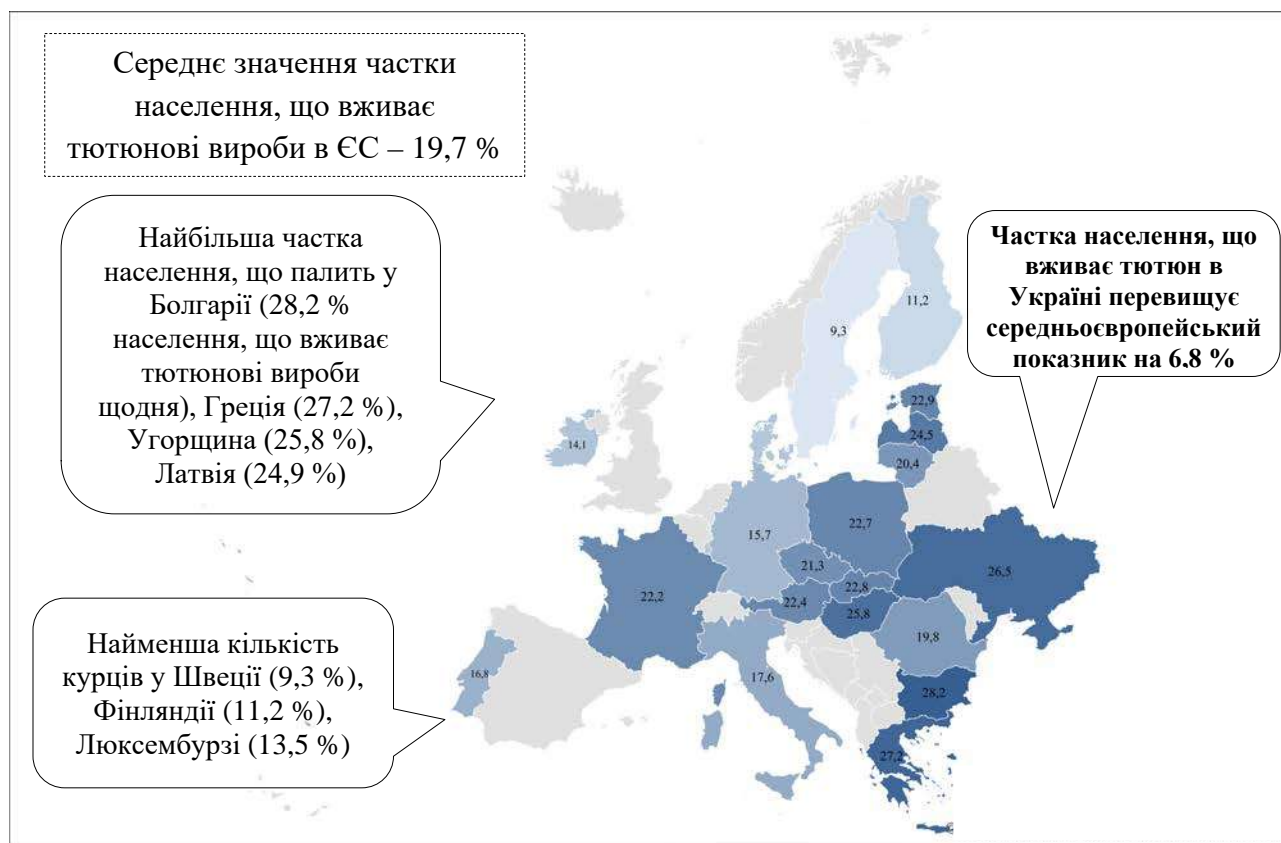


Рисунок 2.7 – Частка населення, що палить у країнах ЄС та в Україні в 2019 році, %

Джерело: побудовано за даними [283, 443].

Незважаючи на поглиблення суспільної проблеми щодо паління в Україні, програми допомоги з відмови від звички палити залишаються неперіоритетними в системі заходів з профілактики захворювань та посилення рівня здоров'я населення національної системи охорони здоров'я: лише близько 1 % тих, хто відмовився від вживання тютюну, отримали дієву консультацію в установах охорони здоров'я. Тютюнопаління залишається одним з інгібіторів здорового способу життя, ідентифікує психологічний стан у суспільстві. Тема цієї шкідливої звички, яка поширена серед населення України, має значний середньо- та довгостроковий ефект на громадське здоров'я, соціально-економічне становище країни. За результатами досліджень, інформаційні заклики до відмови від цієї звички не мають бажаного ефекту, як і

розповсюдження інформації про негативні наслідки для здоров'я, які втрачають силу під час відкритого воєнного конфлікту. Потрібний комплекс дій, що включатиме досягнення синергетичного ефекту від інформаційних кампаній та професійної допомоги фахівців у контексті покращання ментального здоров'я та роботи із залежністю від вживання тютюнових виробів [443].

Зведена таблиця з сукупністю індикаторів для розрахунку рівня здорового розвитку регіонів розміщена в Додатку Б. Далі надамо цим індикаторам безрозмірного вигляду, використовуючи формули:

$$y_i \uparrow (\max) = \frac{k_i}{k_{opt}}, \quad (2.9)$$

$$y_i \downarrow (\min) = \frac{k_{opt}}{k_i}, \quad (2.10)$$

де k_i – розрахункове значення індикатора; k_{opt} – критичне значення індикатора рівня здорового розвитку регіону; \max / \min – критерій максимізації (мінімізації) індикатора (для індикаторів стимуляторів та дестимуляторів відповідно).

Результати розрахунків по кожному індикатору наведені в таблицях 2.5 і 2.6. При побудові карт Кохонена враховано такі опції:

- 1) для усіх змінних задано початкове призначення «Вхідні». Для змінної «Регіон» задане призначення «Інформаційна»;
- 2) як параметр карти обрано розширення 16:12, чого виявилось достатньо для виявлення сукупності кластерів регіонів;
- 3) кількість епох встановлено на рівні 500, рівень похибки для розпізнавання встановлено на рівні менше 0,05;
- 4) для визначення початкових вагомостей нейронів обрано спосіб «Із власних векторів», який дає можливість ініціалізувати початкові вагомості нейронів значеннями підмножини гіперплощини, через яку проходять два власних вектори матриці коваріації вхідних значень вибірки;
- 5) як функцію сусідства обрано ступінчасту.

Таблиця 2.5

Індикатори рівня здорового розвитку регіонів у безрозмірному вигляді
(демографічна, превентивна та медична складові)

Регіон ¹	ДМр1	ДМр2	ДМр3	ДМр4	ДМр5	ПРр1	ПРр2	ПРр3	МДр1	МДр2	МДр3
1	0,89	0,77	0,83	1,27	0,74	0,91	0,71	0,92	0,85	1,2	0,96
2	0,88	0,93	0,88	1,35	0,92	0,79	0,86	1,02	0,88	0,95	1
3	0,86	0,75	0,89	1,2	0,84	1	0,89	0,25	1,08	1,18	0,87
4	0,85	0,73	0,85	1,48	0,52	1,07	0,69	0,9	0,85	0,95	1,02
5	0,87	0,97	1	1,12	0,5	1,07	0,96	0,93	0,85	0,98	0,82
6	0,86	0,73	1	1,09	0,68	1	0,66	0,7	1,03	1,22	0,89
7	0,9	0,94	0,87	1,25	0,74	1,05	0,76	0,88	0,95	1,52	0,95
8	0,85	0,75	0,88	1,28	0,8	0,9	0,81	0,5	0,91	1,05	0,85
9	0,86	0,72	0,96	1,33	0,8	1,03	0,83	1	1,05	0,87	0,94
10	0,89	0,92	1	1,22	0,84	1,03	0,68	1,5	1,03	1,37	1
11	0,86	0,79	0,91	1,4	0,84	0,92	0,86	0,48	0,88	0,85	0,75
12	0,87	0,86	0,95	1,15	1	1	0,81	0,22	0,96	1,17	0,83
13	0,88	0,73	0,85	1,23	0,84	1,07	0,57	0,89	0,98	1,2	0,94
14	0,87	0,98	0,84	1,25	0,74	1,08	0,96	0,92	0,93	1	1,04
15	0,88	0,74	0,92	1,19	1	1,1	0,93	1,66	1	1	1,03
16	0,9	0,85	0,83	1,31	0,74	1,07	0,76	0,9	1	1,3	1,02
17	0,86	0,79	0,93	1,34	0,76	0,9	0,89	1,84	1,03	1,42	0,86
18	0,85	0,77	1,07	1,4	0,94	1,02	1	0,71	0,95	0,9	0,84
19	0,88	0,78	0,86	1,3	0,96	1,1	0,66	1,22	0,98	1,07	0,99
20	0,88	0,73	0,86	1,27	0,64	1,09	0,81	0,71	1	0,95	0,96
21	0,89	0,98	0,68	1,27	0,82	1,13	0,83	0,88	0,91	1,5	0,98
22	0,86	0,65	0,82	1,49	0,54	0,9	0,74	0,76	1,1	0,9	1,02

Примітка. ¹ 1 – Вінницький регіон, 2 – Волинський регіон, 3 – Дніпропетровський; 4 – Житомирський, 5 – Закарпатський; 6 – Запорізький, 7 – Івано-Франківський, 8 – Київський, 9 – Кіровоградський, 10 – Львівський, 11 – Миколаївський, 12 – Одеський, 13 – Полтавський, 14 – Рівненський, 15 – Сумський, 16 – Тернопільський, 17 – Харківський, 18 – Херсонський, 19 – Хмельницький, 20 – Черкаський, 21 – Чернівецький, 22 – Чернігівський

Джерело: пораховано авторкою.

При реалізації алгоритму побудови карт Кохонена задають конфігурацію сітки, а також кількість нейронів у ній. Самоорганізовані карти передбачають використання впорядкованої структури нейронів. При цьому кожний із нейронів є n -вимірним вектором-стовпчиком $\omega = [\omega_1, \omega_2, \dots, \omega_n]^T$, де n визначають розмірністю вхідних векторів.

Таблиця 2.6

Індикатори рівня здорового розвитку регіонів у безрозмірному вигляді
(інклюзивна, інформаційна та поведінкова складові)

Region ¹	Інкp ₁	Інкp ₂	Інкp ₃	ІНp ₁	ІНp ₂	ІНp ₃	ІВp ₁	ІВp ₂	ІВp ₃	ІВp ₄	ІВp ₅	ІВp ₆	ІВp ₇	ІВp ₈
1	0,63	0,06	0,07	0,82	0,73	1,2	0,95	0,91	0,64	0,82	0,36	1,02	1,11	0,6
2	0,29	0,61	0,34	0,94	0,41	1,27	0,98	0,7	0,52	0,79	0,74	0,97	1,03	0,72
3	0,2	0,77	0,06	1	0,68	1,19	0,94	0,97	0,54	0,88	0,33	0,65	1,04	0,54
4	0,73	0,38	1,36	0,88	0,39	1,2	1	0,78	0,63	0,93	0,14	0,86	0,93	0,47
5	0,24	0,18	0,13	0,99	0,55	1,27	1,09	0,8	0,33	0,85	0,27	0,69	0,95	0,53
6	0,25	0,11	0,04	0,86	0,94	1,04	0,82	0,77	0,57	0,87	0,24	0,79	1,01	0,57
7	0,18	0,68	0,02	0,94	0,14	1,27	1,31	0,78	0,38	0,77	0,13	0,9	1,18	0,88
8	0,32	0,4	0,73	0,88	0,61	1,21	1	1,16	0,7	1,04	0,22	0,73	0,88	0,36
9	0,24	0,54	0,33	0,8	0,88	1,21	1,02	0,76	0,56	0,76	0,11	0,93	0,9	0,58
10	0,17	0,73	0,14	0,9	0,75	1,27	1,03	0,84	0,39	0,82	0,43	0,81	1,32	0,62
11	0,15	0,79	0,04	0,9	0,88	1,04	0,97	0,89	0,56	0,85	0,21	0,9	1,21	0,45
12	0,37	0,7	0,19	0,98	0,9	1,04	0,88	0,92	0,67	0,93	0,52	0,64	1,06	0,53
13	0,43	1,5	0,3	0,79	0,51	0,84	0,96	0,78	0,5	0,88	0,16	0,77	0,81	0,45
14	0,56	0,43	0,6	0,91	0,93	1,27	0,91	0,64	10,5	0,88	0,15	0,69	1,36	0,79
15	0,12	0,83	0,04	0,83	0,19	0,84	0,87	0,65	0,44	0,71	0,26	0,73	1,14	0,64
16	0,28	1,36	0,81	0,91	0,26	1,27	1,16	0,77	0,4	0,96	0,08	0,91	1,03	1
17	0,07	0,24	0,05	1	0,68	0,84	0,97	0,79	0,38	1	0,2	0,95	1,14	0,54
18	0,07	0,36	0,03	0,91	0,75	1,04	0,88	0,74	0,58	0,79	0,38	0,89	0,77	0,73
19	0,23	0,26	0,15	0,84	0,61	1,27	0,99	0,92	0,44	0,83	0,15	0,94	0,98	0,8
20	0,22	0,46	0,05	0,92	0,26	1,21	1,03	0,89	0,58	0,71	0,17	0,82	0,89	0,49
21	1,11	0,53	0,29	0,94	0,59	1,27	1,07	1	0,44	0,8	0,21	1	0,94	0,73
22	0,04	0,24	0,07	0,83	0,8	0,84	1	0,76	0,53	0,63	0,12	0,61	0,28	0,5

Примітка. ¹ – регіони розміщені в тому ж порядку, що і в таблиці 2.5

Джерело: пораховано авторкою.

Навчання складається з послідовності корекцій векторів. На кожному кроці навчання з вихідного набору даних випадково вибирають один із векторів, а далі відбувається пошук найбільш схожого на нього вектору коефіцієнтів нейронів. При цьому обирають нейрон-переможець, який найбільше схожий на вектор входів. Позначимо цей нейрон як c , тоді його конфігурація виглядає як $\| |x - w_c| \| = \min_i \{ \| |x - w_i| \| \}$. Після того, як знайдений нейрон-переможець, здійснюють коригування вагомостей нейромережі. При цьому, для модифікації вагових коефіцієнтів використовують формулу

$$\omega_i(t+1) = w_i(t) + h_{ci}(t) \cdot [x(t) - w(t)], \quad (2.11)$$

де n – розмірність вхідних векторів; c – нейрон, що відповідає вхідним векторам в евклідовому просторі; t – дискретний час; $h(t)$ – функція сусідства нейронів (її розбивають на дві частини: функцію відстані ($h(d, t) = e^{-\frac{d}{2\sigma(t)}}$) та функцію швидкості: $a(t) = \frac{A}{t+B}$ (A, B – константи).

Навчання складається з двох основних фаз: на першому етапі вибирають достатньо велике значення швидкості та радіусу навчання, що дає можливість розмістити вектори нейронів відповідно до розподілу у вибірці, а далі проводять точне налаштування вагомостей значень параметрів швидкості навчання, які є повільнішими за початкові.

Після виконання процедур вбудованого алгоритму побудови карт Кохонена в програмному середовищі одержуємо на виході 4 кластери регіонів (рисунок 2.8).

Для здійснення кількісної оцінки отриманих кластерів використовуємо функцію бажаності Харрінгтона. Використання цього інструменту передбачає розрахунок часткових функцій та інтегрального показника за кожною системоутворювальною складовою рівня здорового розвитку:

$$E = \sqrt[n]{\prod_{i=1}^n d_i}, \quad (2.12)$$

$$d_i = \exp(-\exp(-y_i)), \quad (2.13)$$

де n – кількість показників, що використовують для оцінки; d_i – часткова функція, яку визначають відповідно до шкали Харрінгтона; y_i – показник складової рівня здорового розвитку в безрозмірному вигляді.

Для характеристики рівня складової здорового розвитку використовуватимемо шкалу, розміщену в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Шкала значень, розрахованих за функцією бажаності Харрінгтона

Значення функції	Характеристика складової кластеру
[0,00; 0,2)	Критичний рівень
[0,2; 0,6)	Низький рівень
[0,65; 0,8)	Середній рівень
[0,8; 1]	Високий рівень

Джерело: розроблено авторкою.



Рисунок 2.8 – Емпіричні результати кластеризації регіонів за рівнем здорового розвитку

Джерело: побудовано авторкою.

Результати засвідчили наявність таких груп кластерів регіонів: регіони-лідери (3 регіони), для яких характерний високий ступінь розвитку всіх складових, крім інклюзивної та інформаційної; з високим рівнем здорового розвитку (9 регіонів), у яких домінуючими є демографічна та медична складові; із середнім рівнем здорового розвитку (4 регіони) – із середнім значенням демографічної складової, але з низькими позиціями за іншими складовими;

регіони-аутсайтери (6 регіонів), які мають низькі значення за всіма складовими, крім демографічної (таблиця 2.8). Високих значень не має жоден з кластерів за жодною зі складових. Аналіз вказує на незбалансованість розвитку регіонів України і необхідність корегування регіональної політики здорового розвитку.

Таблиця 2.8

Середні значення в кластерах регіонів, розраховані з використанням функції бажаності Харрінгтона

Кластер	Частка	H_1 ¹	H_2	H_3	H_4	H_5	H_6
K1	13,64%	0,6712	0,6519	0,6958	0,4881	0,6259	0,6569
K2	40,91%	0,6603	0,6496	0,6758	0,4761	0,6353	0,6056
K3	18,18%	0,6396	0,6443	0,6544	0,4175	0,5942	0,5941
K4	27,27%	0,6681	0,6481	0,6335	0,4682	0,5462	0,5768

Примітка. ¹ – H_1 – середнє розраховане значення кластеру регіонів за демографічною складовою; H_2 – за медичною складовою; H_3 – за превентивною складовою; H_4 – за інклюзивною складовою; H_5 – за інформаційною складовою; H_6 – за поведінковою складовою

Джерело: розраховано авторкою.

Змінюючи значення вхідних індикаторів, можна оцінювати доцільність рекомендацій щодо покращання стану системи забезпечення здоров'я в регіонах як окремо, так і за виділеними групами за шістьма системоутворювальними складовими. Можливо також оцінити спроможність переходу в більш сприятливий кластер іншого кольору або покращання позицій цілого кластеру за рахунок поліпшення індикаторів окремого регіону у цьому кластері. Зважаючи на те, що ряд показників має тенденцію до змін у часовому проміжку, позиції регіонів можуть бути змінені в кращий бік. Ведення перманентного моніторингу виділених індикаторів дає можливість в оперативному режимі ідентифікувати проблемні питання здорового розвитку в регіонах та корегувати їх у процесі управлінської діяльності та впровадження стратегій дій. За оптимістичних сценаріїв розвитку систем забезпечення здоров'я в регіонах України можливо зменшити кількість кластерів до 3 із підвищенням значень індикаторів за окремими складовими. Крім того,

інтерпретація кластерів дає можливість формалізувати цільову спрямованість політики здорового розвитку регіонів та її специфіку відповідно (таблиця 2.9).

Таблиця 2.9

Інтерпретація вибору напрямків регіональної політики здорового розвитку відповідно до системоутворювальних складових

Кластер	Складові здорового розвитку					
	Демографічна	Превентивна	Медична	Інклюзивна	Інформаційна	Поведінкова
К1	ДК ¹	ДК	ДК	ОК	ОК	ДК
К2	ДК	ОК	ДК	ОК	ДК	ОК
К3	ОК	ОК	ДК	ОК	ОК	ОК
К4	ОК	ОК	ОК	ОК	ОК	ОК

Примітка. ¹ ОК – обов’язковий критерій вибору напрямів регіональної політики; ДК – додатковий критерій вибору напрямів регіональної політики

Джерело: сформовано авторкою.

Питання, пов’язані із забезпеченням здоров’я є актуальними в світі, тому очевидною є потреба проведення аналізу регіонів України щодо рівня їх здорового розвитку. Це дало можливість виділити кластери регіонів, які лідирують та слабо розвинені за окремими складовими забезпечення здорового розвитку, а також виокремити ті системоутворювальні складові, які потребують додаткової уваги з боку відповідних державних органів, які займаються питаннями забезпечення здоров’я населення країни. Самоорганізовані карти Кохонена дали можливість візуалізувати кластери регіонів та проаналізувати одержані профілі згідно вхідних показників. Отримані чотири кластери регіонів характеризується близьким рівнем здорового розвитку. Це дозволило інтерпретувати напрями вибору регіональної політики забезпечення здорового розвитку для окремих кластерів регіонів, що далі дозволить розробити конкретні стратегії підвищення рівня здорового розвитку окремих регіонів із урахуванням обов’язкових та додаткових критеріїв їх вибору.

2.3. Теоретико-методологічні засади дослідження впливу рівня здорового розвитку регіонів на їх конкурентоспроможність

Одним із шляхів підвищення конкурентоспроможності регіонів є поліпшення показників здоров'я їх населення. У даному контексті Україні доцільно продовжувати реалізацію впровадження обраного курсу реформування системи охорони здоров'я з урахуванням вимог євроінтеграційного процесу. Адже здоров'я населення, а, отже, людський капітал є одним із найважливіших факторів довгострокового розвитку національної економіки.

Здорова особистість – це те, що формує людський капітал та є запорукою високої продуктивності регіонального розвитку. Вищий показник працездатності має ефектом зростання економічних показників на рівні регіонів та цілої країни. Наприклад, при зростанні багатофакторного індексу здоров'я лише на одиницю у країні відбувається зростання виробництва на 2 % [25]. У [57] підраховано, що близько третини економічного зростання в розвинених країнах за минуле століття було пов'язано з покращанням здоров'я серед населення. У 2020 році проблеми зі здоров'ям заважали людям бути економічно активними та повною мірою реалізувати свій виробничий потенціал. Це призводить до втрат до 580 млн людино-років на рік через хвороби населення працездатного віку. Проблеми зі здоров'ям коштують світові понад 12 трильйонів дол. США. Шоки здоров'я, такі як глобальні епідемії, призводять до додаткових економічних втрат.

У роботі висунуто та перевірено наукову гіпотезу, яка полягає в наступному: рівень здорового розвитку регіону обумовлює його конкурентоспроможність. Різні підходи до регіонального зростання та питань забезпечення конкурентоспроможності мали місце в дослідженнях низки науковців у XXI столітті. У працях з цієї тематики виокремлено різні фактори, що можуть стимулювати регіональне зростання. У [316] цим фактором зростання називають туризм і фокусують увагу на дослідженні зв'язків між

туризмом та економічним зростанням. Цим дослідженням автори підтверджують гіпотезу, що туризм позитивно впливає на зростання ВВП території. Предметом досліджень у [27] є маркетингова та економічна привабливість території та врахування параметрів, що визначають її. Примітно, що економічну привабливість території автори пропонують визначати за п'ятьма субіндексами: рівнем розвитку бізнес-структур, виробничих показників, сфери торгівлі та інвестицій, а також питань довкілля та логістичного забезпечення. У [334] оцінено розвиток структури багатофакторної продуктивності в регіоні та детермінант, що впливають на неї, ґрунтуючись на принципах обліку явища зростання. У статті [262] автори розглядають питання регіонального зростання доходів та питання нерівності на основі аналізу довгострокових панельних даних, які охоплюють більше ніж 170 європейських регіонів в майже 20 країнах за період часу в більше ніж сторіччя. Ці дані дали можливість порівняти регіони між собою та з рівнем розвитку інших частин світу. Аналіз здійснено на основі порівняння таких показників, як коливання щільності населення та економічна активність, структурні зміни в економіці зі зміщення лідируючої ролі індустрій народного господарства, підйом та занепад промисловості, зростання ринку послуг. У [21] автор досліджує розподіл витрат та вплив політичних детермінант на регіональне зростання країни з використанням панельних даних. Дані дослідження [279] вказують на стимулюючу роль у регіональному зростанні таких параметрів як якість інституцій підтримки ринку, агломерації та інфраструктури. У [20] автори аналізують вплив фактору відкриття кордонів країни та інтенсивності транскордонного співробітництва на регіональне зростання, зосереджуючи своє дослідження більшою мірою на прикордонних регіонах Європи. На думку дослідників, відкриття національних кордонів з наданням вільної можливості для пересування людей зумовлює в своєму результаті зростання регіональної валової доданої вартості на душу населення на майже 3%. У [159] автори акцентують увагу на визначенні диференційованого становища регіонів за їх спроможністю до протидії впливу епідемічних загроз. Таким чином, вони розглядають фактор здоров'я в регіоні

як основоположний для визначення стійкості територій та довгострокової конкурентоспроможності, оскільки менший вплив факторів ризику для громадського здоров'я зумовлює майбутню сталість їх економічних показників. У [336] наголошують на тому, що неекономічні фактори мають вирішальне значення та істотно впливають на результати програм економічного розвитку. Автор наводить приклади, коли фактори охорони здоров'я значно погіршували цільові значення показників економічного розвитку при вдалому економічному плануванні. Автори праці [258] досліджують вплив державних видатків на охорону здоров'я та їх варіацій на економічне зростання. Запроповано модифіковану модель Солоу, яка включає фактор здоров'я для пояснення впливу низки детермінант на регіональну продуктивність.

У [85] виявлено, що жителі регіонів Італії, що мають менші доходи, де існує вищий рівень безробіття та більша нерівність частіше повідомляють про поганий стан здоров'я та несприятливі умови життя. У [103] досліджені відмінності між доступом до медичної допомоги в центральних та периферійних регіонах Франції. Зроблено висновок щодо того, що жителі районів із низьким рівнем доходу та ті, хто лікується в державних медичних закладах, мають гірший доступ до первинної медичної допомоги. Тобто саме нерівномірність доходів та приналежність медичного закладу (державний чи приватний) автори називають основними детермінантами доступності послуг у сфері охорони здоров'я. У дослідженні Світового банку [327] зазначають, що в 1780-1979 рр. 30 % зростання ВВП Великобританії було зумовлене значною мірою покращанням здоров'я та харчування населення. За розрахунками Всесвітньої організації здоров'я, хворобливість людини призводить до зростання витрат на лікування (20 % витрат) та позбавляє економіку працездатних людей (80 % витрат). Близько 6 % витрат ВВП України зумовлені передчасною смертністю, третина випадків – через серцево-судинні захворювання, основною з причин яких є низька фізична активність та неправильне харчування. При цьому витрати на охорону здоров'я є далеко не основним фактором покращання стану здоров'я населення. Для прикладу, у багатьох країнах європейського регіону зростання економіки, пов'язане зі

зростанням тривалості життя в 1970-2003 рр. склало 29-38 % ВВП, що є значно вищим, ніж обсяг витрат на охорону здоров'я.

Для підтвердження гіпотези про те, що високі позиції регіону за позиціями здоров'я визначають високу імовірність того, що цей регіон отримає високий ранг і за конкурентоспроможністю. Для аналізу обрано 22 регіони України. Для перевірки гіпотези виконано два етапи. На першому етапі здійснено оцінювання конкурентоспроможності регіонів. Аналіз індикаторів найбільш поширених методик визначення конкурентоспроможності територіальних одиниць продемонстрований у Таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Методики визначення рівня конкурентоспроможності регіональних одиниць

№	Назва	Розробник	Індикатори для розрахунку
1	2	3	4
1	Європейський регіональний індекс конкурентоспроможності (оригінальна назва – European Regional Competitiveness Index) [73]	Європейська комісія	Ґрунтується на розрахунку 68 індикаторів з трьома субіндексами: «Базові», «Ефективність», «Інновації». Враховує 11 аспектів: інституції, макроекономічна стабільність, інфраструктура, здоров'я, базова та вища освіта, освіта впродовж життя, ефективність ринку праці, розмір ринку, технологічність, розвиненість бізнесу, упровадження інновацій
2	Регіональне інноваційне табло (оригінальна назва – Regional Innovation Scoreboard) [256]	Європейська комісія	Методика зосереджена на визначенні інноваційного потенціалу регіонів. Для розрахунку використовують 21 індикатор за напрямками: людські ресурси, дослідницький потенціал, диджиталізація, фінансова підтримка, використання інформаційних технологій
3	Діамантова модель Портера (оригінальна назва – Porter's Diamond Model) [245]	М. Портер (Бізнес-школа Гарварду)	Має вигляд діаграми, що нагадує вершини діаманту та включає такі детермінанти, як: стратегії фірм на ринку та їх суперництво (зростання виробництва та розроблення технологічних інновацій), наявність допоміжних галузей, що обслуговують це виробництво, стан попиту та факторні умови (людський капітал, інфраструктура)

Продовження таблиці 2.10

1	2	3	4
4	Капелюх регіональної конкурентоспроможності (оригінальна назва – Regional Competitiveness Hat) [212]	Кембриджський університет від імені Генерального директорату регіональної політики Європейської комісії	Враховує такі фактори, як ВВП на душу населення, Валова додана вартість (визначають конкурентні позиції); галузева структура ринку, інфраструктура, технології, інновації, людські ресурси, культура, виробниче середовище (визначає конкурентний потенціал)
5	Піраміда регіональної конкурентоспроможності (оригінальна назва – Pyramid Model of Regional Competitiveness) [169]	Lengyel I. (Сегедський університет)	Враховують такі категорії: базові (дохід, продуктивність праці, рівень безробіття, транспарентність); фактори розвитку конкурентних позицій (ті, які можуть чинити миттєвий вплив на ключові категорії розвитку регіону); детермінанти регіональної конкурентоспроможності (соціальні та фактори довкілля, які мають опосередкований вплив на базові категорії та фактори розвитку конкурентних позицій)
6	Індекс європейської конкурентоспроможності (оригінальна назва – Index of European Competitiveness) [73]	R. Huggins (Шеффілдський університет Великобританії, Університету Джорджа Вашингтона в США)	Враховує такі індикатори, як ВВП, продуктивність праці, рівень безробіття, інвестиційні ресурси, рівень науково-технологічного прогресу, кількість патентів, рівень розвитку транспортної інфраструктури
7	Атлас регіональної конкурентоспроможності (оригінальна назва – The Atlas of Regional Competitiveness) [445]	Eurochambres	До складу індексу для розрахунків включені показники за такими напрямками: економічна діяльність, рівень зайнятості та якість ринку праці, освіта та навчання впродовж життя, якість НДДКР та інновацій, якість телекомунікаційних мереж, рівень розвитку транспортної системи, рівень інтернаціоналізації
8	Стан регіонального добробуту (оригінальна назва – OECD Regional Well-Being) [232]	Організація економічного співробітництва та розвитку	Включає 40 індикаторів за демографічною, економічною складовою, стан розвитку ринку праці, соціальну та інноваційну складові. Фактично об'єднує матеріальні умови (рівень безробіття, доходи населення) та якість життя (освіта, здоров'я, навколишнє середовище, безпека, доступ до послуг), об'єднуючи суспільні та індивідуалізовані індикатори

Джерело: узагальнено авторкою.

Аналіз існуючих методик дозволив сформулювати підґрунтя для уточнення індикаторів конкурентоспроможності регіону та виокремити найбільш інформативні з них. Статистичні дані взяті поквартально з 2010 року по 2019 рік, коли пандемія COVID-19 ще не встигла трансформувати ці показники. Відбір параметрів для розрахунку індексу конкурентоспроможності регіонів здійснено за критерієм відсутності мультиколінеарності:

$$r_{ij} = \frac{\sum_1^n x_i - \bar{x}_i \cdot \sum_1^n x_j - \bar{x}_j}{\sqrt{\sum_1^{118} (x_i - \bar{x}_i)^2 \cdot \sum_1^{118} (x_j - \bar{x}_j)^2}} \quad (2.14)$$

де r_{ij} – коефіцієнт лінійної кореляції Спірмена (критичне значення 0,8); x_j , x_i – показники вхідних даних; \bar{x}_j , \bar{x}_i – середні значення часових рядів.

Сукупність початкових індикаторів, які проходили перевірку на мультиколінеарність та їх вхідні значення розміщені в Додатку В. Показники, які пройшли перевірку на мультиколінеарність, включені до чотирьох складових конкурентоспроможності: економічної (валовий регіональний продукт у розрахунку на одну особу, експорт товарів, експорт послуг, кількість підприємств, кількість найманих працівників у розрахунку на одну особу), соціальної (кількість народжених на одну особу, загальний коефіцієнт шлюбності, охоплення дітей закладами дошкільної освіти, забезпеченість клубними закладами, рівень злочинності), екологічної (обсяги викидів в атмосферне повітря на одну особу, утворення відходів на одну особу, обсяги забруднення стічних вод, обсяги загибелі лісів, встановлена потужність відновлюваних джерел енергії) та інноваційної (кількість працівників, задіяних у виконанні науково-дослідних робіт, кількість заявок на корисні моделі, витрати на виконання наукових досліджень і розробок, схильність до інновацій адміністративного апарату регіонального управління, рівномірність інноваційної діяльності в регіоні). Відмітною особливістю підходу до визначення інтегрального рівня конкурентоспроможності є використання для розрахунку як кількісних, так і якісних параметрів. При цьому для перевірки

узгодженості експертних оцінок використано критерій альфа Кронбаха. Результати виконання аналізу за цим критерієм дозволяють оцінити прийнятність відібраних індикаторів для опису досліджуваного явища.

Перевірку узгодженості думок експертів при оцінюванні якісних показників (схильність до інновацій адміністративного апарату регіонального управління, рівномірність інноваційної діяльності в регіоні) здійснимо за формулою

$$\alpha_c = \left(\frac{N}{N-1}\right) \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^N \sigma^2(x_j)}{\sigma^2 \cdot \sum_{j=1}^N x_j}\right) \quad (2.15)$$

де x_j – окремий параметр оцінювання інноваційної складової індексу регіональної конкурентоспроможності; $j = 1, 2, 3, \dots, N$; $\sum_{j=1}^N \sigma^2(x_j)$ – сума дисперсій значень обраних параметрів оцінювання інноваційної складової інтегрального рівня конкурентоспроможності; $\sigma^2 \cdot \sum_{j=1}^N x_j$ – дисперсія суми значень обраних параметрів оцінювання інноваційної складової інтегрального рівня конкурентоспроможності регіону. Значення альфа Кронбаха мають шкалу, за якою можна виміряти рівень надійності даних (таблиця 2.11).

Якісні індикатори інноваційної складової оцінювалися за двома шкалами.

Для показника схильності до інновацій адміністративного апарату управління регіону застосовували таку шкалу:

- 0 балів – слабка схильність,
- 0,5 балів – середня схильність;
- 1 бал – висока схильність.

Для показника синхронності інноваційної діяльності в регіоні:

- 0 балів – слабо синхронізована;
- 0,5 балів – середня;
- 1 бал – високо синхронізована.

Таблиця 2.11

Шкала значень альфи Кронбаха

Значення	Інтерпретація
[0,9; 1]	Висока узгодженість
[0,8; 0,9)	Дуже гарна узгодженість
[0,7; 0,8)	Достатня узгодженість
[0,6; 0,7]	Сумнівна узгодженість
[0,5; 0,6)	Погана узгодженість
(0; 0,5)	Недостатня узгодженість

Джерело: сформовано авторкою.

Експертами для оцінювання параметрів інноваційної складової виступили фахівці у сфері публічного управління інноваційною діяльністю (представники закладів освіти та апарату регіонального управління). Здійснені розрахунки засвідчили достатньо високий рівень внутрішньої узгодженості оцінок експертів, оскільки загальне значення коефіцієнта альфа Кронбаха склало 0,8645.

Вхідні кількісні та якісні індикатори регіонів для подальших розрахунків розміщені в таблицях 2.12-2.15. Стандартизацію кількісних показників запропоновано здійснювати методом z-scores:

$$y_k = \frac{x_{ik} - m_k}{\sigma^k}; \quad i = 1, \dots, m, \quad k = 1, \dots, n \quad (2.15)$$

де m – кількість регіонів; n – кількість ознак кожної статистичної одиниці; k – номер ознаки; x_{ik} – значення ознак за номером k для одиниці за номером i ; m_k – оцінка математичного сподівання значення ознаки x_{ik} ; σ^k – стандартне відхилення ознаки за номером k .

Нормалізовані значення індикаторів за чотирма складовими розміщені в Додатку Д.

Розрахунок інтегрального значення конкурентоспроможності здійснений методом таксономії. Спочатку знайдені екстремуми показників (зазначені в таблицях Додатку Д) за кожним із наборів параметрів (економічним,

соціальним, екологічним та інноваційним). Введено позначення: y_{0k} – max y_{ik} – якщо показник – стимулятор, $\min y_{ik}$, якщо показник – дестимулятор.

Таблиця 2.12

Вхідні індикатори розрахунку економічної складової конкурентоспроможності регіонів України

Регіон	Валовий регіональний продукт (млн грн)	Експорт товарів (млрд дол. США)	Експорт послуг (млрд дол. США)	Кількість підприємств, од.	Кількість найманих працівників на 1 тис. населення
Вінницький	129097	1377,8	164,6	9862	136,2
Волинський	75620	642,9	83,8	6047	140
Дніпропетровський	390342	7591,6	189,3	30827	233,1
Житомирський	85267	681	80,5	7060	136,8
Закарпатський	61325	1349,5	295,8	6655	92,4
Запорізький	155158	2923,4	170,7	15368	182,3
Івано-Франківський	86679	757,7	60,1	8124	109,3
Київський	218647	1967,7	273	20320	208,8
Кіровоградський	73066	912,7	23,7	8553	137,6
Львівський	214400	2322,9	641,2	20911	167,1
Миколаївський	92427	2248,6	347,6	11482	131,1
Одеський	197153	1360,4	845,7	25465	146,5
Полтавський	187289	2317,3	40,5	11104	178,9
Рівненський	67363	469,4	71,7	6021	118,2
Сумський	75827	974,4	28,6	6096	140,5
Тернопільський	57140	448,1	110,6	5135	114,3
Харківський	247596	1471,2	404,6	25144	177,4
Херсонський	61939	280,7	32,6	8116	109
Хмельницький	83006	663,4	25	7654	127,1
Черкаський	103466	810,7	42,9	9286	147,4
Чернівецький	41660	168,4	45,7	4205	88,9
Чернігівський	77981	890,8	31,9	6254	137,1

Джерело: сформовано за даними Державної служби статистики України.

Далі розраховано відстані до переважаючого показника за формулою:

$$d_{i0} = \sqrt{\sum_{k=1}^n (y_{ik} - y_{0k})^2}, i = 1, \dots, m \quad (2.17)$$

де U_{ik} – значення показників складових інтегрального рівня конкурентоспроможності; k – номер ознаки; n – кількість ознак кожної статистичної одиниці; m – кількість регіонів.

Таблиця 2.13

Вхідні індикатори розрахунку соціальної складової конкурентоспроможності регіонів України

Регіон	Кількість народжених на 1 тис. осіб населення	Кількість зареєстрованих шлюбів на 1 тис. осіб наявного населення	Охоплення закладами дошкільної освіти, %	Кількість місць у клубних закладах, на 1 тис. населення	Кількість потерпілих від злочинів на 1 тис. населення
Вінницький	7,4	4,1	65	218,5	5,8
Волинський	13,9	4,5	52	142,6	6,9
Дніпропетровський	6,7	4,4	62	47,7	6,6
Житомирський	7,6	4,0	66	199,8	6
Закарпатський	10,8	4,7	51	76,2	4,3
Запорізький	6,2	4,2	63	80,6	8,5
Івано-Франківський	8,6	4,4	46	114,8	3,1
Київський	8	5,0	69	114,1	4,8
Кіровоградський	6,5	3,5	61	179,5	8,9
Львівський	8,4	4,6	52	102,1	5,6
Миколаївський	6,8	3,9	65	125,1	8,4
Одеський	8,7	5,2	55	78,9	5,3
Полтавський	6,2	3,9	67	146,5	8,6
Рівненський	10,6	4,5	56	115,9	5,4
Сумський	5,6	3,3	72	154,8	6,1
Тернопільський	7,6	4,4	55	183,5	3,6
Харківський	6,3	4,5	64	68,9	6,4
Херсонський	7,4	4,1	61	109,6	10,3
Хмельницький	7,7	4,0	67	234,1	3,5
Черкаський	6,1	3,9	68	189,5	5,3
Чернівецький	9	4,2	56	108,6	4
Чернігівський	5,7	3,8	66	190,5	6,6

Джерело: сформовано авторкою за даними Державної служби статистики України.

Чим ближче значення індикатора до еталонного значення, тим менше значення d_{io} . Проте це значення не дає однозначної характеристики ступеня

віддаленості його від ідеальної точки. Слугує більш інформативним показником відношення d_i до максимально можливої відстані d_0 . При цьому для знаходження d_i спочатку розрахуємо d_0 .

Таблиця 2.14

Вхідні індикатори розрахунку інноваційної складової конкурентоспроможності регіонів України

Регіон	Кількість працівників задіяних у науково-дослідних роботах, осіб	Кількість заявок на корисні моделі, од.	Витрати на наукові дослідження і розробки	Схильність до інновацій, балів	Рівномірність інноваційної діяльності, балів
Вінницький	481	836	50756,2	1	0,5
Волинський	202	57	9994,2	0,5	1
Дніпропетровський	7934	678	1511469,5	1	0,5
Житомирський	305	79	26062,2	0,5	1
Закарпатський	548	85	84933,8	0,5	1
Запорізький	3892	313	1538450	1	0,5
Івано-Франківський	483	131	50990,2	1	1
Київський	1724	171	355376,7	0,5	0,5
Кіровоградський	161	63	21002,8	0,5	1
Львівський	4155	341	494408,4	1	1
Миколаївський	1483	147	301069,9	0,5	1
Одеський	2274	334	317373	1	1
Полтавський	625	221	37622,3	1	1
Рівненський	312	102	13841,6	0	0,5
Сумський	913	119	152974,9	0,5	1
Тернопільський	135	343	35811,9	0,5	0,5
Харківський	12550	1263	2558277,4	0,5	1
Херсонський	557	118	81586,5	0,5	1
Хмельницький	373	84	19233,7	1	1
Черкаський	485	133	75642,5	0,5	1
Чернівецький	609	196	112105,9	0	0,5
Чернігівський	518	48	69910,9	0,5	0

Джерело: сформовано за даними Державної служби статистики України та за результатами структурованого опитування експертів.

Передує цьому розрахунок середнього за всіма показниками відстані до ідеального значення, що має вигляд формули математичного сподівання

$$M(d_{i0}) = \frac{1}{m} \sum_{i=1}^m d_{i0} \quad (2.18)$$

Таблиця 2.15

Вхідні індикатори розрахунку екологічної складової конкурентоспроможності регіонів України

Регіон	Обсяги викидів в атмосферне повітря на одну особу (т)	Утворення відходів на одну особу, т	Скидання забруднених зворотних вод, млн м ³	Обсяги загибелі лісів, га	Встановлена потужність відновлюваних джерел енергії, МВт
Вінницький	37,4	1,8	1	31	445,5
Волинський	30,3	0,7	0	4513	36,7
Дніпропетровський	41,2	79,4	230	134	1350,1
Житомирський	49,9	0,4	2	993	247,2
Закарпатський	30,4	0,1	4	1307	399
Запорізький	47,6	3,2	64	81	977,6
Івано-Франківський	27	2,2	1	390	364,9
Київський	74	0,8	2	1888	435,9
Кіровоградський	46,4	40,1	1	87	438,5
Львівський	33,7	0,8	71	514	423
Миколаївський	43,3	2,1	22	15	1121,1
Одеський	39,4	0,3	33	16	749,6
Полтавський	67	70,3	2	0	71,6
Рівненський	30,5	0,5	4	2595	30,8
Сумський	44,2	0,8	23	12	40,3
Тернопільський	31,2	1	2	67	205,8
Харківський	37,6	0,7	10	20	61,6
Херсонський	41,5	0,4	1	614	1139,9
Хмельницький	41,6	0,7	1	167	536,2
Черкаський	52,2	1,1	4	236	174,8
Чернівецький	24	0,4	2	34	162,7
Чернігівський	39	0,7	14,0	783	44,2

Джерело: сформовано за даними Державної служби статистики України.

Оцінювання середнього квадратичного відхилення від цієї відстані здійснюють за формулою

$$\sigma_0 = \sqrt{\frac{1}{m} \sum_{i=1}^m (d_{i0} - M(d_{i0}))^2} \quad (2.19)$$

Величина d_0 є оціночним значенням максимальної відстані, яку знайдемо з використанням модифікованого «правила чотирьох сігм» для забезпечення вищої надійності розрахунків:

$$d_0 = M(d_{i0}) + 4\sigma_0 \quad (2.20)$$

Наведемо проміжні значення розрахункових показників у таблиці 2.16.

Таблиця 2.16

Розрахункові значення допоміжних показників для визначення рівня конкурентоспроможності регіонів України

Регіон	d_{i0}	$\sqrt{d_{i0}}$	
Вінницький	117,44	10,84	$\sum \sqrt{d_{i0}} = 256,44$
Волинський	167,17	12,93	
Дніпропетровський	94,82	9,74	Середнє значення $\sqrt{d_{i0}} = 11,75$ $\sum_{i=1}^m (d_{i0} - M(d_{i0}))^2 = 43,83$
Житомирський	152,44	12,35	
Закарпатський	147,56	12,15	$\frac{1}{m} \sum_{i=1}^m (d_{i0} - M(d_{i0}))^2 = 1,99$ $\sigma_0 = 1,41$
Запорізький	105,75	10,28	
Івано-Франківський	154,00	12,41	$d_0 = 17,39$
Київський	115,47	10,75	
Кіровоградський	173,71	13,18	
Львівський	87,09	9,33	
Миколаївський	128,98	11,36	
Одеський	92,17	9,60	
Полтавський	157,39	12,55	
Рівненський	170,16	13,04	
Сумський	170,66	13,06	
Тернопільський	152,89	12,36	
Харківський	74,71	8,64	
Херсонський	168,77	12,99	
Хмельницький	142,56	11,94	
Черкаський	152,58	12,35	
Чернівецький	176,22	13,27	
Чернігівський	177,34	13,32	

Джерело: розраховано авторкою.

Формула для розрахунку інтегрального індексу конкурентоспроможності регіону має вигляд:

$$TP = 1 - \frac{d_{i0}}{\frac{1}{m} \sum_{i=1}^m d_{i0} + 4 \sqrt{\frac{1}{m} \sum_{i=1}^m (d_{i0} - d_{0сер})^2}}, \quad (2.21)$$

де $d_{0сер}$ – математичне сподівання.

Для кожної одиниці сукупності знаходимо значення проміжного показника рівня конкурентоспроможності:

$$c = \frac{d_{i0}}{d_0} \quad (2.22)$$

Це відношення відображає ступінь близькості розрахункових значень до точки еталона конкурентоспроможності досліджуваної сукупності даних. Результуюча формула показника рівня конкурентоспроможності має вигляд:

$$C = 1 - c \quad (2.23)$$

Кінцеві результати оцінювання конкурентоспроможності наведені в таблиці 2.17 та на рисунку 2.9.

Таблиця 2.17

Матриця відстаней індикаторів рівня конкурентоспроможності регіонів України

Регіон	Значення c	Значення C
1	2	3
Вінницький	0,623	0,377
Волинський	0,743	0,257
Дніпропетровський	0,560	0,440
Житомирський	0,710	0,290
Закарпатський	0,698	0,302
Запорізький	0,591	0,409
Івано-Франківський	0,713	0,287
Київський	0,618	0,382
Кіровоградський	0,758	0,242

Продовження таблиці 2.17

1	2	3
Львівський	0,537	0,463
Миколаївський	0,653	0,347
Одеський	0,552	0,448
Полтавський	0,721	0,279
Рівненський	0,750	0,250
Сумський	0,751	0,249
Тернопільський	0,711	0,289
Харківський	0,497	0,503
Херсонський	0,747	0,253
Хмельницький	0,686	0,314
Черкаський	0,710	0,290
Чернівецький	0,763	0,237
Чернігівський	0,766	0,234

Джерело: розраховано авторкою.

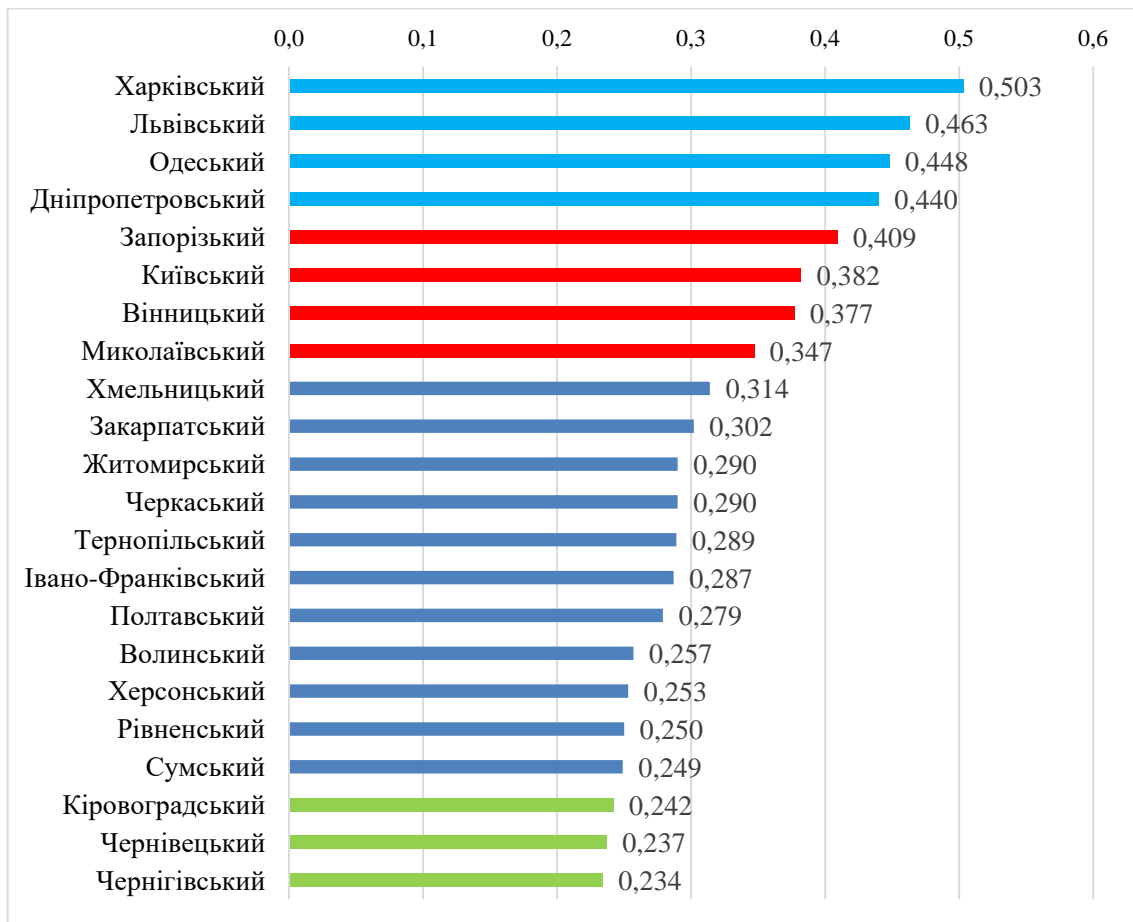


Рисунок 2.9 – Таксономічний показник рівня конкурентоспроможності регіонів

України

Джерело: побудовано авторкою.

Запропонована шкала вимірювання рівня конкурентоспроможності регіонів:

$$\begin{aligned}
 & \text{Лідуючі позиції} - FC_r \geq AC_r + SC_r \\
 & \text{Високий рівень} - AC_r \leq FC_r < AC_r + SC_r \\
 & \text{Середній рівень} - AC_r - SC_r \leq FC_r < AC_r \\
 & \text{Рівень аутсайдера} - FC_r < AC_r - SC_r
 \end{aligned}
 \tag{2.24}$$

де FC_r – фактичний показник конкурентоспроможності регіону; AC_r – середнє значення показників регіонів; SC_r – стандартне відхилення.

Відповідно до розрахунків регіонами-лідерами за показником конкурентоспроможності є Харківська, Львівська та Одеська області. Запорізький, Київський, Вінницький та Миколаївський є регіонами з високим рівнем конкурентоспроможності. Хмельницький, Закарпатський, Житомирський, Черкаський, Тернопільський, Івано-Франківський, Полтавський, Волинський, Херсонський, Рівненський, Сумський – регіони з середнім рівнем конкурентоспроможності. Інші регіони відносяться до регіонів-аутсайдерів.

На другому етапі здійснено перевірку на нормальність розподілу кластерів регіонів за конкурентоспроможністю з використання тесту Шапіро-Уїлка [255]:

$$SW = \frac{(\sum_{i=1}^n a_i x_{(i)})^2}{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}
 \tag{2.25}$$

де a_i – константа; $x_{(i)}$ – найменше значення показника у вибірці.

Результати тестування продемонстровані в таблиці 2.18. Згідно розрахунків значення індексу Шапіро-Уїлка нижче за одиницю, а асимптотичне

значення менше від 0,05, що вказує на те, що розподіл не відповідає критерію нормальності та існують відмінності між змінними.

Таблиця 2.18

Результати тестування Шапіро-Уїлка

Змінна	W	V	z	p-значення
Індекс конкурентоспроможності регіону	0,8807	3,023	2,243	0,012

Джерело: розраховано авторкою у програмному середовищі Stata.

Далі перевіряємо групування регіонів на наявність гетероскедастичності дисперій у окремих кластерах з використанням методу Левіна [273]:

$$L_t = \frac{(N-k)}{k-1} \cdot \frac{\sum_{i=1}^k N_i (Z_i - Z_{ij})^2}{\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^{N_i} (Z_{ij} - Z_i)^2} \quad (2.26)$$

де Z – середнє значення вибірки; k – кількість груп; N_i – кількість значень у i -й групі.

Значення асимптотичної значимості менше 0,05 для W_0 (середнє), W_{50} (медіана) та W_{10} (для 5 % верхніх і 5 % нижніх значень), що вказує на те, що розподіл не відповідає критерію нормальності та є відмінності між змінними (рисунок 2.10).

Для перевірки наявності зв'язку між конкурентоспроможністю регіону та його рівнем здорового розвитку обрано однофакторний параметричний ANOVA-аналіз. Результати розрахунків представлені в таблиці 2.19.

Аналіз показав наявність статистично значущої різниці між щонайменше двома групами ($F(3, 18) = 10,7$, p -значення $< 0,05$; оскільки критерій Бартлета $> 9,488$, p -значення $< 0,05$, то висновок про наявність статистично

значущої різниці підтверджено. Результати подальшого емпіричного аналізу за допомогою пост-хок-тесту Т'юкі підтвердили висунуту гіпотезу щодо наявності статистично значимої різниці між конкурентоспроможністю регіону та його рівнем здорового розвитку, що найістотніше проявилася при міжгруповому порівнянні регіонів-лідерів та регіонів-аутсайдерів з іншими групами ($22,5 \pm 0,041$, p -значення = 0,000), регіонів-лідерів та регіонів із середнім рівнем здорового розвитку ($19,9 \pm 0,044$, p -значення = 0,001). Немає статистично значущої різниці лише в одній парі груп – регіонів із середнім рівнем здорового розвитку та аутсайдерів ($2,5 \pm 0,033$, p -значення = 0,863) (таблиця 2.20).

PSP	Summary of IKP	
	Mean	Std. Dev.
1	.44266668	.06316909
2	.356	.07150874
3	.27625	.01875056
4	.25083333	.02007403
Total	.32463637	.08299487

W0 = 5.2134587	df(3, 18)	Pr > F = 0.00911243
W50 = 4.1464792	df(3, 18)	Pr > F = 0.02127729
W10 = 5.2134587	df(3, 18)	Pr > F = 0.00911243

Рисунок 2.10 – Результати розрахунків методом Левіна

Джерело: розраховано авторкою у програмному середовищі Stata.

Таблиця 2.19

Результати проведеного ANOVA-аналізу

Порівняння	SS	MS	F	p-значення
Між групами	0,093	0,031	10,7	0,0003
Усередині груп	0,052	0,003	Критерії Бартлета щодо рівності дисперсій: Chi ² = 9,745, p-значення = 0,021	
Загалом	0,145	0,007		

де SS – сума квадратів відхилень; MS – відношення суми квадратів відхилень до кількості їх ступенів свободи; F – квантиль розподілу Фішера

Джерело: розраховано авторкою у програмному середовищі Stata.

Таблиця 2.20

Результати проведення пост-хок-тесту Т'юкі

Групи порівняння	Розбіжність	Стандартна помилка	t	p-значення
Лідери та високий рівень здорового розвитку	-0,117	0,039	-3,00	0,035
Лідери та середній рівень здорового розвитку	-0,199	0,044	-4,56	0,001
Лідери та аутсайтери	-0,225	0,041	-5,45	0,000
Високий та середній рівень здорового розвитку	-0,081	0,029	-2,12	0,049
Високий рівень здорового розвитку та аутсайтери	-0,107	0,026	-4,11	0,003
Середній рівень здорового розвитку та аутсайтери	-0,025	0,033	-0,78	0,863

Джерело: розраховано авторкою в програмному середовищі Stata.

Проведені розрахунки дають можливість зробити висновок, що зростання рівня здоров'я в регіоні формує передумови до підвищення його конкурентних позицій. Це свідчить про те, що фактор здоров'я є атрактором його привабливості. Одержані результати підтверджують необхідність активізації роботи в напрямі посилення регіональної системи забезпечення здоров'я, підвищення рівня залучення стейкхолдерів території до розроблення стратегій здорового розвитку та до сфери управління системою медико-соціального забезпечення населення, що забезпечить повноцінну модернізацію системи охорони здоров'я в регіонах, попередження та профілактику поширених захворювань. Зокрема, сформульовані домінантні компоненти регіональної політики здорового розвитку для чотирьох кластерів регіонів (відповідно до сформованих кластерів у таблиці 2.8) залежно від їх рівня здорового розвитку:

1) Кластер 1 – сприяння утвердженню здорового способу життя, підтримка вразливих верств населення щодо можливостей доступу до продуктів медичного призначення, протидія поширенню небезпечних захворювань;

2) Кластер 2 – соціально-психологічна робота з населенням із акцентуванням уваги на важливості фізичної культури, здійсненні вакцинації,

уникненні шкідливих звичок, профілактики ускладнень неінфекційних захворювань;

3) Кластер 3 – забезпечення розбудови спроможної мережі надавачів медичних послуг, аудит доступу населення до повного переліку послуг, збільшення регіональних витрат на охорону здоров'я, забезпечення проведення інформаційно-просвітницької роботи щодо важливості хелс-відповідальності, підтримка процесу цифровізації сфери здоров'я;

4) Кластер 4 – налагодження комунікаційної стратегії для підвищення обізнаності населення з питань здоров'я, фінансування медичної інфраструктури.

З огляду на це домінантними напрямками регіональної політики здорового розвитку є промоція та адвокація здоров'я, підвищення доступності медичних послуг, модернізація систем профілактичної та превентивної медицини, цільове фінансування пріоритетних напрямів розвитку системи медико-соціального забезпечення населення, цифровізація сфери охорони здоров'я.

Доцільно зазначити, що рівень здоров'я в регіоні залежить від значної кількості факторів. Під час здійснення аналізу сфери забезпечення регіонального здоров'я важливим завданням є визначення впливу маркетингових факторів на результативність цього показника. Для розрахунків обраний канонічний кореляційний аналіз, однією з переваг якого є можливість визначення впливу множини факторів одразу на кілька показників. Він дає змогу формалізувати взаємозв'язки між факторами обох множин із обґрунтуванням найбільш тісних зв'язків. У такий спосіб розраховують основні та другорядні фактори, що визначають ті чи інші показники.

Проаналізуємо вплив окремих маркетингових факторів на регіональну сферу охорони здоров'я. До множини залежних змінних, що позначені як Y, віднесені рейтингові позиції регіонів України. В Україні лише в 2017 році почалася медична реформа, що має на меті здійснення позитивних трансформацій вітчизняної системи охорони здоров'я. На перехідному етапі, на якому зараз знаходиться українська медична система, важливо відслідковувати

прогрес. Результуючі значення за кожним регіоном будуть першою залежною змінною Y_1 . Згідно інноваційної соціальної програми «Здорова Україна» здоровий та активний спосіб життя мають бути в тренді. Така ж важливість приділяється в програмі й формуванню здорової поведінки населення для протистояння захворюванням та майбутнім епідемічним загрозам. У рейтингу [363] враховані детермінанти здоров'я, пов'язані з поведінковими факторами (проходження щеплень, профілактичного медичного огляду, смертність від транспортних нещасних випадків). Проте враховані не всі аспекти піклування про здоров'я (наприклад, не враховані фізична активність, правильне харчування, уникнення шкідливих звичок тощо). Щоб більш комплексно дослідити поведінкову складову введемо другу залежну змінну щодо бальної оцінки ступеня піклування населенням про здоров'я окремо по регіонах (змінна Y_2). Центральна компонента маркетингової складової регіону проявляється в лояльності до нього, що може бути охарактеризована як сформований у результаті позитивного відношення та задоволення територіальним продуктом намір людини жити, перебувати (працювати, навчатися, відпочивати), вести бізнес чи укладати партнерські угоди в цьому регіоні. До множини змінних X віднесемо обсяг роздрібного товарообігу в регіоні як показник привабливості регіону для ринкових операторів (X_1). Другою змінною визначимо обсяг експорту продукції в регіоні, що відображатиме привабливість регіонального продукту для зовнішніх ринкових операторів. Третя змінна – міграційний рух населення показує ступінь лояльності постійного населення до регіону через значення міграційного приросту / скорочення (X_3). Наступна змінна – витрати на відпочинок, культуру, що характеризує рівень добробуту в регіоні (X_4). П'ятою змінною є рівень розвитку туризму, який визначимо через доступний в офіційній статистиці показник кількості туристів, який вказує на привабливість для зарубіжних та національних відвідувачів регіону як об'єкта туризму (X_5). Шостою змінною виокремимо показник кількості підприємств на 10 тис. осіб населення як чинник наявності достатніх умов для працевлаштування в регіоні (X_6). Безумовно, існують зворотні зв'язки між групами змінних Y_1 , Y_2 та

$X_1, X_2 \dots X_6$. Дійсно, показник рівня здоров'я буде певною мірою впливати на міграційний рух населення чи витрати на відпочинок і культуру. Тому наведена сукупність факторів характеризує ситуацію наявності кореляційних, а не виключно регресійних зв'язків між групами ознак Y_1, Y_2 та $X_1, X_2 \dots X_6$. Ураховуючи значний обсяг статистичних даних, проаналізуємо лише показники за рік (таблиця 2.21).

Таблиця 2.21

Показники здоров'я в регіонах України та маркетингові фактори розвитку

Регіон	Y_1 Рівень здоров'я, пунктів	Y_2 Піклування про здоров'я, бали	X_1 Роздрібний товарообіг, млн грн	X_2 Обсяг експорту, тис. дол.	X_3 Міграційний приріст, осіб	X_4 Витрати на відпочинок, культуру, грн	X_5 Кількість туристів, осіб	X_6 Кількість підприємств, од.
Вінницький	140,11	3,4	19883,5	683270,7	-2400	102,74	7936	64
Волинський	139,24	3,4	13219,0	511352,5	-128	72,93	2726	59
Дніпропетровський	123,38	3,1	82635,1	8507739,2	-632	142,81	22611	98
Донецький	53,9	3,2	23027,3	4351952,4	-5433	156,65	10324	23
Житомирський	115,09	3,5	17589,2	536245,0	-656	119,41	5052	59
Закарпатський	117,02	3,5	15194,2	1101275,4	-409	104,26	7893	53
Запорізький	113,24	3	35749,3	2994460,3	-2021	165,29	17984	92
Івано-Франківський	149,02	3,2	16691,5	749257,5	396	186,97	54864	60
Київський	94,46	3,5	76063,2	1522327,0	24762	66,13	14086	114
Кіровоградський	143,68	2,8	14866,3	621809,0	-2405	107,64	1937	92
Луганський	69,39	3,6	5778,9	108192,5	-3491	89,90	404	16
Львівський	128,54	3,6	54187,8	1799286,3	864	140,22	52690	83
Миколаївський	114,5	3,4	17590,6	1762873,0	-1336	134,03	2890	103
Одеський	87,99	3,4	65969,0	874752,8	5131	149,81	14948	107
Полтавський	134,2	3,6	24657,7	2289726,4	523	122,15	2660	81
Рівненський	124,77	3,4	13399,8	400838,4	-1117	44,75	5186	52
Сумський	143,58	3,5	13559,1	633568,0	-1826	166,13	4199	58
Тернопільський	156,21	3,3	10299,7	371326,2	-150	100,45	2318	50
Харківський	102,74	3,4	55113,6	1048141,7	2843	133,50	18164	95
Херсонський	113,13	3,3	16681,9	278768,6	-1799	103,51	2426	79
Хмельницький	138,99	2,8	15545,3	526835,4	214	75,72	5312	61
Черкаський	101,91	3,4	16390,8	464573,7	-333	72,70	1811	78
Чернівецький	142,36	3,4	8472,8	133499,0	-523	93,45	4555	47
Чернігівський	132,41	3,1	13873,3	701650,1	-999	135,77	4383	64

Джерело: скомпоновано з використання даних Державної служби статистики України.

Узагальнено завдання дослідження полягає в знаходженні таких нормованих лінійних комбінацій $U = \alpha_1 Y_1 + \alpha_2 Y_2$ та $V = \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2$, щоб при цьому

кореляція між U та V була максимально тісною. Поелементно завданнями дослідження є оцінювання тісноти канонічної кореляції між першою і другою групами ознак, а також перевірка статистичної надійності цього зв'язку. Спочатку проаналізуємо кореляційні зв'язки між кожною змінною у групах (таблиця 2.22).

Таблиця 2.22

Матриця кореляцій між результативними змінними (Рівень здоров'я в регіоні та Піклування про здоров'я) та визначеними маркетинговими факторами

Змінна	Роздрібний товарообіг	Обсяг експорту	Міграційний приріст	Витрати на відпочинок, культуру	Кількість туристів	Кількість підприємств
Рівень здоров'я	-0,285	-0,223	-0,13	-0,029	0,094	0,074
Піклування про здоров'я	0,047	-0,216	0,215	-0,126	0,016	-0,12

Джерело: розраховано авторкою в програмному середовищі Statistica 10.

Не виявлено тісних зв'язків між окремими змінними груп X та Y . Проведемо канонічний кореляційний аналіз. За результатами розрахунку канонічної кореляції між групами змінних Y_1 - Y_2 та X_1 - X_6 коефіцієнт канонічної кореляції дорівнює 0,61, що свідчить про тісний зв'язок між канонічними змінними. Водночас подальший аналіз (рисунок 2.11) показав, що загальний надлишок для змінних першої малої групи (Y_1 , Y_2) становить 24,2 %, а загальний надлишок для змінних другої групи (X_1 , X_2 ... X_6) – лише 5,01 %. Такі показники означають, що 24,2 % варіації основних критеріїв рівня здоров'я в регіоні визначаються зміною шести чинників (X_1 , X_2 ... X_6). Тобто з певним рівнем впевненості можна констатувати, що рівень здоров'я в регіоні, а також здатність його населення до піклування про своє здоров'я на $\frac{1}{4}$ залежить від маркетингових факторів, що виражені через лояльність до території її основних стейкхолдерів (жителі, місцеві суб'єкти підприємництва, зарубіжні партнери, туристи).

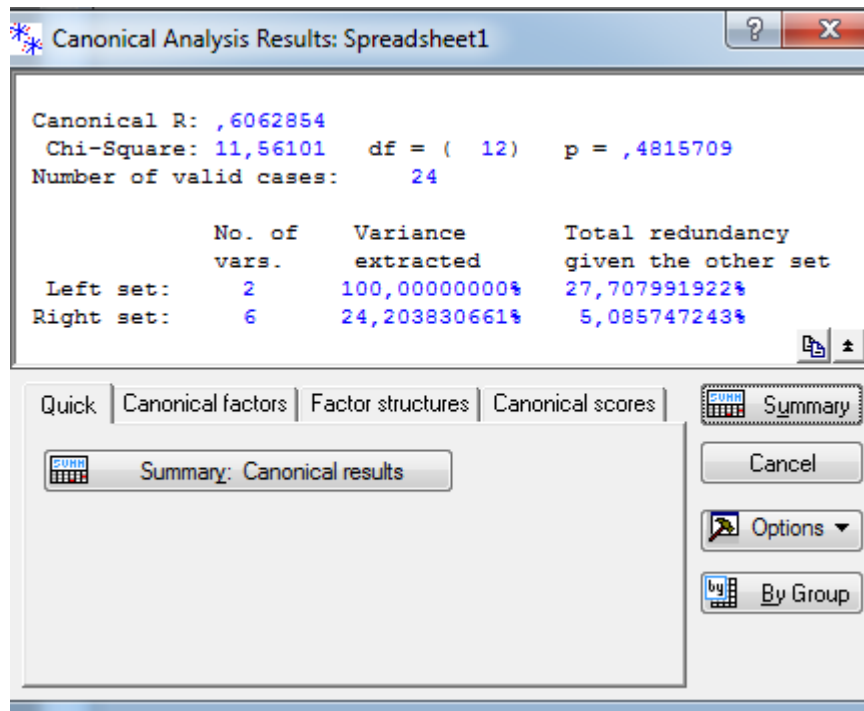


Рисунок 2.11 – Результати канонічного кореляційного аналізу восьми змінних

Джерело: розраховано авторкою в програмному середовищі Statistica 10.

Перевіримо значення канонічних коренів. Для опису кореляції між змінними розглянемо їх факторну структуру (рисунок 2.12).

Variable	Canonical Weights, right set	
	Root 1	Root 2
Роздрібний товарообіг	1,83527	-0,248618
Обсяг експорту	-0,49801	0,910959
Міграційний приріст	0,01644	-0,314623
Витрати на відпочинок, культуру	0,35192	0,133464
Кількість туристів	-0,76262	-0,387548
Кількість підприємств	-1,20702	0,389835

Рисунок 2.12 – Факторна структура правої множини змінних

Джерело: розраховано авторкою в програмному середовищі Statistica 10.

Навантаження за змінними, що відповідають роздрібному товарообігу, міграційному приросту та кількості туристів менші, ніж за іншими змінними, тому можна зробити висновок, що кореляція між змінними зумовлена наявністю залежності між показниками рівня здоров'я в регіоні та такими

маркетинговими факторами, як ведення бізнесу, сталість населення та туристичні потоки. Сталість населення зумовлена значною мірою якістю життя в регіоні. Розвиток бізнесу та кількість туристів визначаються комплексом передумов, значну роль з яких відіграє цілеспрямованість політики сприяння розвитку цих сфер життєдіяльності певної території. Залежність між значеннями канонічних змінних із правої та лівої множини представимо графічно (рисунок 2.13).

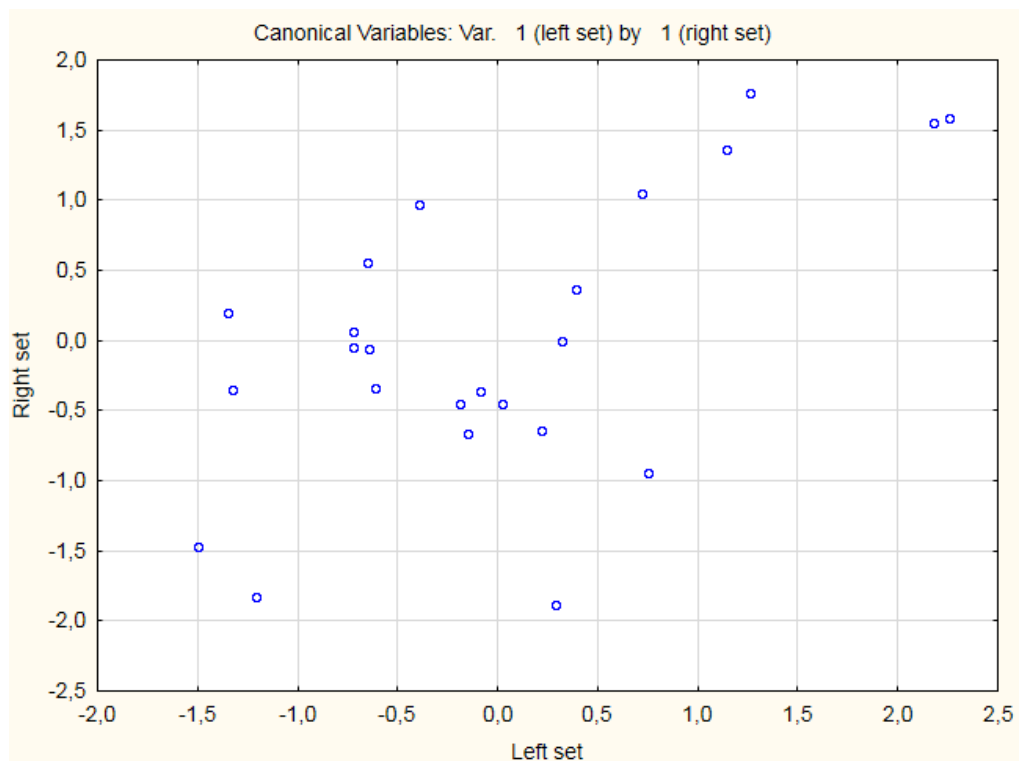


Рисунок 2.13 – Діаграма розсіювання аналізованих маркетингових факторів та показників рівня здоров'я в регіоні

Джерело: побудовано в програмному середовищі Statistica 10..

Видимого розбиття аналізованих змінних на групи не спостерігаємо, що свідчить про однорідність досліджуваної вибірки з незначною відмінністю між числовими значеннями змінних для окремих регіонів.

Важливо зазначити про те, що оцінювання рівня здоров'я значною мірою залежить від суб'єктивних факторів, таких як, наприклад, задоволеність населення наданням медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. Тому важливим є формування такого регіонального середовища, де буде поєднано три аспекти взаємодії з населенням в сфері профілактики та лікування захворювання: інформаційна підтримка, здорова поведінка та своєчасний зворотний зв'язок (рисунок 2.14). Основу здорового розвитку регіону складає відповідальна поведінка населення, маркетингова система підтримки такої поведінки та інформаційна робота в сфері охорони здоров'я. Кожний регіон має свої унікальні можливості та маркетингові ресурси. У цілому, регіональний маркетинг спрямований на підвищення конкурентоспроможності розміщених у регіоні суб'єктів господарювання (у рамках маркетингу здорового регіону акцент зміщується на заклади медичного забезпечення, туристичні, оздоровчі (санаторії, профілакторії, СПА-комплекси, ресторани та крамниці здорового харчування, виробників продукції здорового сегменту тощо); на покращання ступеню ідентифікації місцевого населення зі своєю територією проживання – акцент на формуванні усвідомленості населення щодо важливості регіону їх проживання, недопущення руйнівної селф-поведінки, відповідальне відношення до різних аспектів власного життя в цьому регіоні); залучення нового бізнесу в регіон – сприяння відкриттю та розвитку соціально та екологічно безпечним підприємствам, що спроможні посилити хелс-складову регіону); формування сприятливого іміджу території – формування іміджу здорового регіону).

Доречно зазначити, що імідж регіону є достатньо варіативним поняттям, що змінюється залежно від ситуації. Існують різні підходи до класифікації іміджу регіону. З усіх підходів виокремимо класифікацію з Ф. Котлером, який виділив шість станів іміджу території, і ці стани можливо доповнити сьомим відповідно до сучасного стану суспільства та актуалізації питання здорового розвитку, який матиме назву «здоровий імідж» (рисунок 2.15).



Рисунок 2.14 – Маркетингові компоненти регіонального середовища в системі забезпечення здорового розвитку

Джерело: побудовано авторкою.

Нерівномірність розвитку регіонів може бути зумовлена різними складовими: соціальною, культурною, географічною, інфраструктурною, ресурсною тощо. Чим більш комплексно задовольняються всі компоненти розвитку регіонів тим більш він стійкий до загроз: соціально-економічного, політичного, епідеміологічного чи навіть іміджевого характеру. Необхідним є формування відповідної маркетингової регіональної концепції, яка з огляду на унікальність кожної території та її сильні й слабкі сторони, а також можливості враховувала б ексклюзивну комбінацію маркетингових інструментів. Для аналізу регіону доцільно використовувати альтернативу SWOT-аналізу, яка зосереджується на унікальних властивостях певної території, на позитивних моментах для отримання максимальної віддачі. Цей метод дістав назву SOAR-аналізу.

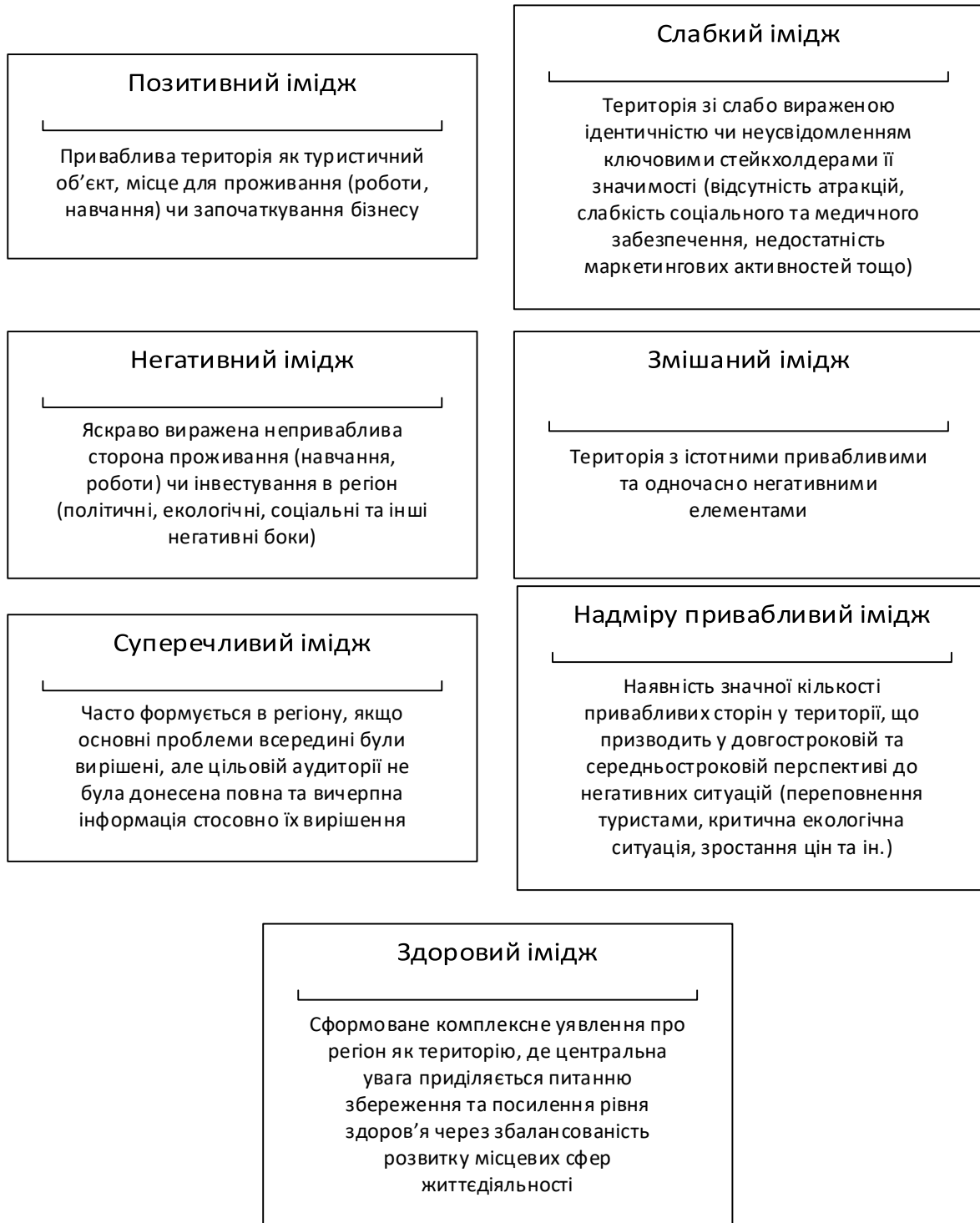


Рисунок 2.15 – Класифікація видів регіонального іміджу за принципом привабливості для стейкхолдерів регіону

Джерело: побудовано авторкою.

Замість намагань виправити слабкі сторони, завдання полягає в тому щоб виділити сильні сторони, ресурси та інші рушійні сили певного об'єкта, для

розвитку та надання необхідної динамічності. Перелік компонентів матриці SOAR-аналізу [284]:

- сильні сторони (які досягнення регіону є найістотнішими; на які ресурси першочергово доцільно покладатися в процесі підвищення конкурентоспроможності; що відрізняє його від інших регіонів);

- можливості (розвиток яких сфер доцільний у цьому регіоні, зважаючи на можливості, що відкриваються у майбутньому; яких партнерів залучити, щоб перетворити можливості в реальність; які потреби в регіоні ще не задовольняються або задовольняються не повною мірою);

- прагнення (у чому амбіції в розвитку регіону; який образ регіону необхідно сформувати; у чому вбачається розвиток регіону; у чому можна сформувати істотну відмінність від інших регіонів);

- результати (яких конкретно результатів необхідно досягти; як оцінюватиметься еволюція розвитку регіону, його оздоровлення; які цільові показники можна встановити для вимірювання ступеня досягнення цілей).

Дослідження унікальних особливостей кожного регіону потрібне для визначення пріоритетів розвитку регіону; цілеспрямованого управління всіма життєво важливими сферами регіону шляхом створення дорожніх карт з усунення загроз здоровому розвитку з акцентуванням на його перевагах; створення платформ для всіх стейкхолдерів регіону для створення привабливих умов функціонування регіону; розроблення «живих» документів стратегічного розвитку регіонів; створення та просування здорового іміджу регіону, що ґрунтується на його виняткових особливостях.

Висновки до розділу 2

У другому розділі вдосконалено типологізацію та науково-методологічний інструментарій оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки, здійснено кластеризацію регіонів за рівнем їх здорового розвитку, обґрунтовано його вплив на рівень конкурентоспроможності регіонів.

Систематизовано науковий доробок щодо розроблених підходів до визначення рівня здорового розвитку національної економіки. Встановлено, що відсутня структурована класифікація науково-методичних підходів до його оцінювання. Така ситуація зумовлена тим, що для оцінювання рівня здорового розвитку використовують різноманітні показники та інструментарій узагальнення. З метою систематизації цих підходів виокремлено чотири групи залежно від набору показників, які включені в розрахунок, та параметру їх зведення в інтегральний показник: рейтингово-статистичний, який має істотний недолік, оскільки його використання не дає можливості врахувати динамічність процесів змін вхідних параметрів здорового розвитку; таргетовано-еталонний, за використання якого існує висока ймовірність отримання на виході ненадійного результату через неправильність вибору еталонного значення показника; індикаторно-аналітичний, який не враховує фактор узгодженості між індикаторами, які включають у розрахунок, а також явні та приховані ефекти їх взаємозв'язку; компонентно-ентропійний, який обрано для розрахунку рівня здорового розвитку національної економіки, оскільки він дає можливість нівелювати суб'єктивний характер визначення коефіцієнтів вагомості.

Здійснені емпіричні розрахунки рівня здорового розвитку національної економіки України показали в результаті, що в часовому проміжку з 2015 по 2021 рік найкращі позиції країна мала в допандемічний 2019 рік, але далі зафіксоване різке його зниження.

Визначено, що «критичними» точками здорового розвитку України є поведінкові патерни стейкхолдерів національної економіки. Проведений бенчмаркінг-аналіз інших країн у питанні досвіду реалізації здорового розвитку показує, що в умовах розроблення та реалізації стратегії здорового розвитку національної економіки ефективним є не лише покращання функціонування системи медико-соціального забезпечення, а й зосередження на маркетинговій політиці, що підтримує цей процес, а саме на системі просвітницько-промоційних заходів, спрямованих на ключових стейкхолдерів цього процесу.

Теоретично доведено, що регіон як територіальна одиниця національної економіки є каталізатором її здорового розвитку. При плануванні та реалізації стратегії здорового розвитку необхідно враховувати особливості її впровадження на регіональному рівні, бо кожна територіальна одиниця має свою специфіку, запити стейкхолдерів, вихідні умови розвитку системи медико-соціального забезпечення, розвиненість системоутворювальних складових здорового розвитку. Для врахування цих особливостей здійснено оцінювання регіонів України за їх рівнем здорового розвитку, базуючись на індикаторах для визначення рівня здорового розвитку національної економіки. Розрахунки дали можливість поділити регіони на чотири кластери відповідно до збалансованості їх здорового розвитку. Їх інтерпретація уможливила визначення цільових орієнтирів політики здорового розвитку регіонів відповідно до виділених кластерів.

Обґрунтовано, що рівень здорового розвитку регіону є важливим детермінантом, яка впливає на рівень регіональної конкурентоспроможності. Визначено, що домінантними векторами регіональної політики здорового розвитку мають бути промоція та адвокація здоров'я, підвищення ефективності системи медико-соціального забезпечення населення, диджиталізація сфери охорони здоров'я.

Наведено аргументи на користь твердження, що на рівень здоров'я істотний вплив має лояльність з боку бізнес-середовища (через показник розміру роздрібного товарообігу в регіоні та його величини), місцевого

населення (через сальдо міграції в регіоні), гості регіону (через середню кількість туристів, що відвідують регіон щорічно). Сформовано перелік маркетингових компонентів регіонального середовища в системі забезпечення здоров'я, ключовими елементами у якому є здорова поведінка, інформаційна підтримка та зворотний зв'язок. Надано авторське формулювання визначення здорового іміджу, що є продовжуючим поняттям у класифікації видів іміджу за принципом привабливості території для стейкхолдерів. Обґрунтовано, що в сучасних умовах важливим є використання маркетингового інструментарію для планування розвитку регіону, виділення та використання його унікальних особливостей.

Основні положення другого розділу дисертаційної роботи опубліковано авторкою в працях [171, 172, 177, 399, 401, 407, 408, 413, 414].

РОЗДІЛ 3 ДЕТЕРМІНАНТИ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЗДОРОВОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ: ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ІНСТРУМЕНТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

3.1. Дослідження ризиків здорового розвитку національної економіки: сфера громадського здоров'я

Пандемія COVID-19 з часів фіксації перших випадків захворювань, викликаних вірусом SARS-CoV-2, спричинила низку негативних явищ для соціуму та економічного розвитку національних економік світу, створивши низку ризиків для функціонування систем медико-соціального забезпечення населення та для соціально-економічного становища країн у цілому. Зокрема, явище локдаунів, спричинених пандемією, мало вплив практично на всі сфери в національних масштабах – громадське здоров'я (прямий вплив), економічний, соціальний, екологічний розвиток (опосередкований вплив). Пандемія стала елементом напруги, у першу чергу, для глобальних ланцюгів поставок, викликаючи катастрофічні негативні наслідки через взаємопов'язаність світової економіки. У спробах стримати зростання кількості випадків захворювання на COVID-19 та обмежити передачу небезпечного вірусу більшість країн світу вживали суворих заходів на кшталт національного блокування та закриття кордонів.

Згідно узагальненого дослідження, викладеного в електронній книзі [62], пандемія COVID-19 спричинила зміни в усіх впливових економіках світу, які разом забезпечують майже 60 % світових поставок та формують більшу частину попиту, забезпечують на 65 % виробничі потреби світу та 41 % виробничого експорту. Епідемія розглядається як своєрідний «макроекономічний грип», що є тимчасовим шоковим станом, що впливає на співвідношення попиту та пропозиції, а також їх обсяги та призводить до падіння обсягів виробництва на певний проміжок часу, що залежить від серйозності та тривалості впливу. Такий шок є хвильовим явищем та після

нього настає відновлення економічної активності. У 2020-2022 рр. для прогнозування макроекономічної ситуації була побудована низка економіко-математичних моделей, які відрізняються за принципами розрахунку параметрів – CGE у різних її варіаціях, DSGE, GARCH та інші специфічні моделі.

Впливу різного роду дестабілізуювальних факторів, ризиків для громадського здоров'я, проведенню кількісного та параметричного аналізу присвячено наукові статті вчених з різних країн. Зокрема у [153] досліджено специфічні аспекти впливу пандемії COVID-19 на прикладі Польщі з виокремленням особливо вразливих територій через інфраструктурні недоліки. У [35] COVID-19 описано як фактор неочікуваних та слабо передбачуваних змін у сфері соціальної стабільності. На думку авторів, для досягнення допандемічної стабільності нагальною необхідністю є консолідація дій уряду країни та суспільства в цілому. Окремо вони досліджують поняття інкубатору конфлікту та репресії, спричиненої пандемією. У [166] автори обґрунтовують необхідність передбачення майбутніх, невизначених потрясінь, до яких відносять пандемії. Виникнення таких подій є викликом для структурних умов в окремих національних економіках, суспільних відносин та міжнародного порядку. Тривалі трансформації в соціально-економічній сфері спрямовані на вирішення фундаментальних питань зі стимулювання надійних та інноваційних альтернатив постпандемічного оздоровлення економіки. У [314] автори розглядають пандемію COVID-19 із двох боків – як економічну кризу, і як кризу в системі охорони здоров'я. Робота [219] є комплексним дослідженням щодо впливу COVID-19 на різні аспекти суспільного життя, включаючи економіку, соціальну сферу, екологію, енергетичний сектор. Автори проаналізували заходи, запроваджені урядами різних країн для протидії епідемії, та їх результативність у досягненні сталості соціально-економічного середовища. Болдуїн Р. та Фрімен Р. [16] вважають пандемію коронавірусу шоком попиту та пропозиції, що істотно сповільнює сукупні торговельні потоки, спричиняє виробничі кризи та міжнародні порушення в ланцюгах поставок. У праці [29] кризу COVID-19 визначають як унікальну в кількох аспектах. По-перше, вона є типом рецесії

З урахуванням різноманітності причин виникнення криз найбільш згадуваними в науковій літературі є чотири види економічних циклів:

- довгі хвилі тривалістю 45-60 років, головними рушійними силами яких є науково-технічний прогрес, що викликає структурні зміни в соціально-економічних системах. На початку кожного циклу мають місце визначні винаходи. Через упровадження нових ідей змінюється звичний спосіб господарювання та суспільного життя. Далі відбувається період революцій. Можуть виникати напружені настрої в різних галузях життєдіяльності (у науці, політиці, системі охорони здоров'я та ін.). Далі спостерігається заспокоєння, що супроводжується депресивним станом у різних галузях;

- ритми Кузнеця тривалістю 15-25 років та від початку пов'язані з особливостями циклів інвестування в обладнання виробничого призначення, споруди, а також із демографічними процесами. Проте пізніше була виявлена залежність таких ритмів зі зростанням ВВП. Згідно цих циклів з 2020 року формується новий технологічний уклад у світовій економіці;

- цикли Жюгляра тривалістю 7-11 років, що пов'язані з коливаннями ВВП, рівня зайнятості та інфляцією. Учений стверджував, що економічні коливання залежать від затримки між ухваленням інвестиційних рішень та їх реалізацією;

- цикли Кітчина тривалістю 2-4 роки, пов'язані з коливаннями запасів та часовими лагами в русі інформації, що впливає на ухвалення економічно важливих рішень.

Кризи впливають на окремі суб'єкти господарювання та світову і регіональну економіку та несуть за собою зміни, без яких неможливі подальші розвиток та зростання. У цілому, під економічним циклом розуміють певний порядок станів системи (фаз циклу), що повторюються. Класичним є підхід, що базується на виокремленні чотирьох фаз: рецесії, депресії, поживлення та підйому. Саме фазу рецесії називають тією, що оздоровлює економіку. В умовах загострення конкурентної боротьби на ринку залишаються

найсильніші гравці. У фазі рецесії, чи іншими словами кризи, із виникнення кризового явища закінчується один період розвитку економіки та починається інший. Саме взаємодія криз та циклів підкреслюється у таких працях [96, 226]. Фаза депресії є етапом стабілізації, локальної рівноваги, коли досягається найбільш глибока точка падіння. Ця фаза може бути тривалою. Подальшого погіршення ситуації не відбувається, але й джерел покращання стану економіки немає. Неодноразово причинами спадів в економіці ставали надвеликі епідемії. Так, у 2008-2009 рр. фінансова криза була ускладнена поширенням світової епідемії грипу H1N1. Негативні явища в соціально-економічному становищі викликала, наприклад, і пандемія вірусу Еболи 2014-2015 рр.

Доречно зазначити, що масштабність впливу пандемії COVID-19 як кризоформуючого фактору для національної економіки залежить від ефективності заходів щодо протидії поширенню небезпечної інфекції. Карта економічного впливу COVID-19 як кризоформуючого фактору представлена на рисунку 3.2.

Рисунок показує, що багато наслідків пандемії помітні вже в короткостроковій перспективі, тоді як інші діагностують у довгостроковій перспективі. Деякі ефекти проявляють себе одночасно, інші виникають у послідовності. Для прикладу, безпосереднім наслідком спалаху коронавірусу є тимчасове припинення роботи підприємств у постраждалій країні. Тоді відбувається різкий та раптовий спад виробництва всередині країни. Цей шок може бути посилений одночасними порушеннями в ланцюгах поставок необхідних ресурсів та падінням обсягів попиту.

Крім того, через поширення пандемії зовнішній попит на товари певної економіки може істотно впасти, що в свою чергу, погіршить позиції виробництва. Це може створити ситуацію, яку в праці [83] назвали циклічним падінням попиту та пропозиції.

Багато споживачів на сьогодні віддають перевагу продуктам, які вироблені з місцевих інгредієнтів через їх корисність для екології та суб'єктивну цінність для споживачів як щось «рідне, не привозне». Ринок стає

все більш персоналізованим із періодичним збором даних та відстеженням поведінки споживачів.

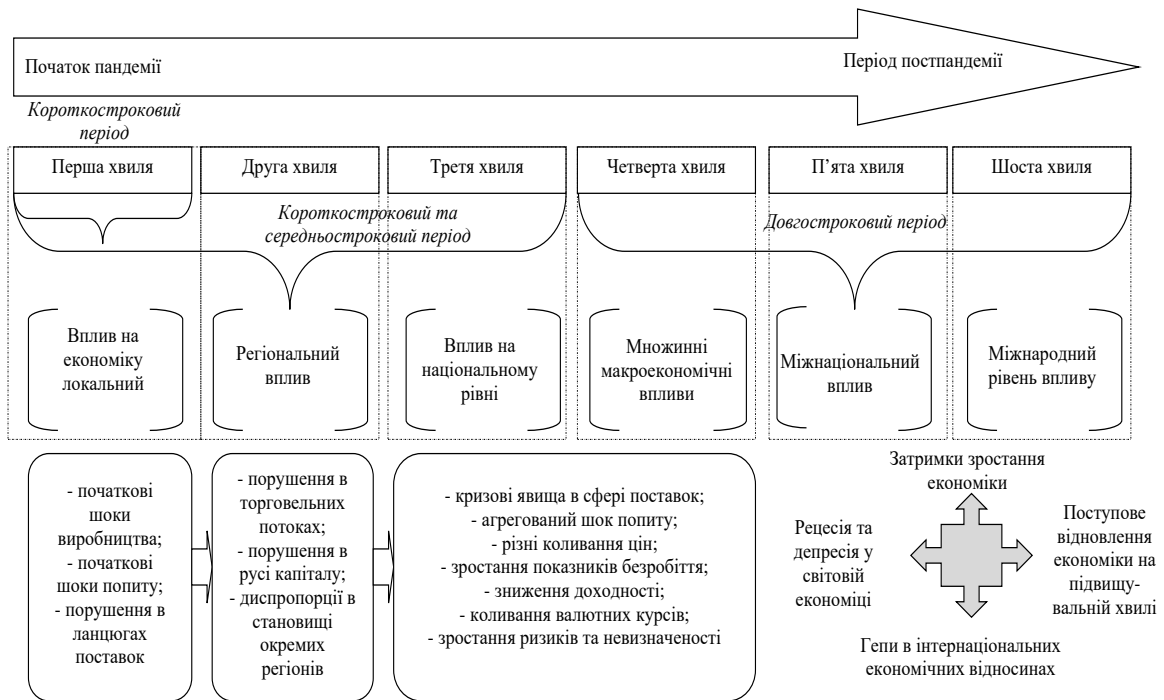


Рисунок 3.2 – Карта впливу пандемії COVID-19 як фактору дестабілізації національної економіки

Джерело: побудовано з використанням [19].

В ідеалі компанії прагнуть запропонувати кожному покупцеві індивідуально розроблений процес покупки, для чого споживачі повинні пройти опитування щодо власного стану здоров'я та прийнятності для них раціону харчування / розпорядку дня (якщо аналізуємо клієнтів компанії, що є провайдером певних послуг). Якщо споживач не хоче бачити продукти, які містять, наприклад, яєчні продукти, то вони отримують власну, автоматично підібрану саме для них вітрину продуктів, що відповідає їх потребам та запитам.

Доречно зазначити, що в світовому масштабі сьогодні на ринку розвивається новий тип споживачів. Вони стикаються з фінансовими

труднощами, активно використовують цифрові технології, а також довго обмірковують ухвалення своїх купівельних рішень. З їх боку змінюється зміст довіри до компанії. Раніше довіра означала те, що бренд виконує всі обіцянки. Тепер під нею розуміється врахування пріоритетних потреб клієнтів: безпеки, корисності продукту, збереження особистих даних, які повинні бути захищені. З цих позицій компаніям потрібно більше зосереджуватися на цифровій підтримці своїх споживачів, а також чітко розуміти, як вони в майбутньому будуть закріплювати довіру до свого бренду. Під час пандемії безконтактні платежі та онлайн-покупки стали звичною справою для основної маси споживачів, адже відвідування фізичних магазинів скоротилося. Якщо до пандемії 2020 року покупкам офлайн надавало перевагу приблизно 35-40 % споживачів, то в 2021 році – 25 %. Багато споживачів почали купувати продукти в інтернет-магазинах, а також використовувати продукцію місцевих виробників, а не відомі світові бренди. Через необхідність працювати вдома онлайн зріс попит на програми, які організують конференц-зв'язок: Zoom, Hangouts Meet від Google. Крім цього, збільшилася популярність сервісів, які дозволяють працювати з великими обсягами даних (наприклад, Amazon Web Services). У ході дослідження виділено шість стадій зміни споживчої поведінки під впливом дестабілізуювальних факторів (рисунок 3.3).

Період 2020-першого кварталу 2021 року в період істотного впливу пандемії як дестабілізуювального фактору в сфері громадського здоров'я національної економіки характеризувався 8 % зростанням активності користувачів у соціальних мережах. На 6 % зросла активність у сегменті громадського харчування та доставки. На 20 % зросла зацікавленість в інформації щодо сфери управління. На 10 % зріс трафік на стримінгових ресурсах. При цьому цікавість до медіа-ресурсів зросла від часу початку карантину.

У 2023 році аудиторія повернулася до звичайного ритму життя, проте адаптує свої вподобання та звички до поведінки в онлайн-середовищі, адже зростає популярність таких видів кібердіяльності, як онлайн-екскурсії, онлайн-

тренінги, онлайн-спорт тощо. Компанії, які спроможні краще задовольнити потреби своїх споживачів новими способами, у майбутньому зможуть не лише здобути лояльних клієнтів, а й навіть в умовах карантину бути конкурентоспроможними. Для цього їм необхідно відпрацювати якісні параметри свого сервісу та активізувати маркетингові активності.

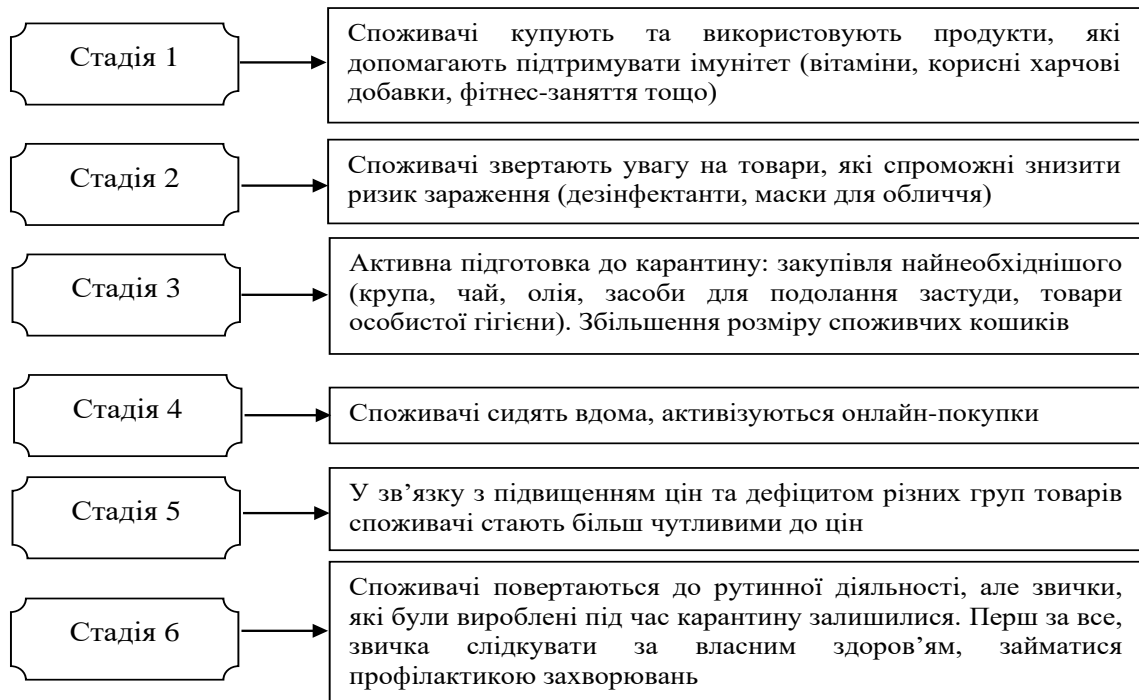


Рисунок 3.3 – Стадії зміни споживчої поведінки в умовах дії факторів дестабілізації, зокрема в сфері громадського здоров'я національної економіки

Джерело: побудовано авторкою.

Таким чином, серед основних характерних рис епідемії коронавірусу таких масштабів як коронавірусна інфекція можемо назвати: значні ризики для соціально-економічного розвитку низки країн (так під час пандемії на економічне становище найбільш істотно вплинули масові звільнення – більше 450 млн осіб звільнено в світі через пандемію [423]), обмеження свободи пересування населення як за кордон, так у межах країн, виникнення явища «infodemic» – інформаційної пандемії, спричиненої надмірною кількістю різноспрямованого контенту у ЗМІ, який впливав на суспільні настрої та

політичні рішення. Якщо економічні наслідки через збої у виробництві, переривання постачань, нестачу комплектуючих, занепад туристичної індустрії тощо можливо розрахувати та оцінити наслідки вже на сьогодні, то наслідки від втрат у системі охорони здоров'я чи в секторі освітніх послуг буде необхідно оцінювати та враховувати з коригуванням на них ще багато років у післяпандемічні часи [357]. COVID-19 створив низку умов для трансформацій у суспільстві – первинного та вторинного характеру. До першої групи віднесемо технічні видозміни у виробничих процесах, які були продиктовані вимогою до оптимізації логістичних ланцюгів. Мали місце також організаційні інновації як нові методи та форми організації виробничого процесу на підприємствах. Індикаторами прояву зрушень у суспільстві також можна назвати юридичні інновації та нововведення в системі медичного забезпечення регіонів, підходи до організації процесу вакцинації населення, інформаційні кампанії протидії поширенню вірусу, маркетингові інструменти формування сприятливих поведінкових патернів населення тощо.

Доречно зазначити, що ефективність реалізації державної політики протидії впливу дестабілізуючих факторів для національної економіки, якими є ризики в сфері громадського здоров'я, залежить значною мірою від моделі медико-соціального забезпечення населення, якої дотримується країна. Система медико-соціального забезпечення повинна гарантувати підтримку громадянам у разі хвороби, втрати працездатності, вагітності чи з інших причин. Ця система включає в себе профілактичну, лікувально-діагностичну та реабілітаційну допомогу, а також заходи соціального характеру щодо підтримки хворих та непрацездатних осіб. Зважаючи на комплексність завдань, заклади та організації цієї системи відносяться до різних сфер, таких як охорона здоров'я, соціальне обслуговування населення, освіта. Дотримуючись принципу інклюзивності, важливо зважати на те, що в рамках збалансованого функціонування системи медико-соціального забезпечення має дотримуватися принцип доступності медико-санітарних та соціальних послуг для всіх представників населення без фінансових обмежень, зокрема можливість

зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, лікування, реабілітації, одержання паліативної допомоги, послуг хоспісної медицини. Ефективна стратегія розвитку системи медико-соціального забезпечення населення уможлиблює запобіганню серйозних захворювань та випадків смерті з одночасним гарантуванням достатньо високої якості медичних та соціальних послуг тим, хто ними користується.

Оскільки рівень розвитку системи медико-соціального забезпечення країни значно впливає на її соціальний та економічний розвиток, обумовлює формування рівня резистентності до пандемічних викликів, важливо виявити драйвери скорочення розриву в стані здоров'я та соціального забезпечення населення різних країн. Дієвим засобом усунення гепу є визначення тих складових національного розвитку, які мають найбільш тісний зв'язок з системою медико-соціального забезпечення всередині країни. Аналіз цих взаємозв'язків на теоретичному та емпіричному рівнях можливо здійснити за допомогою поєднання різних інструментів огляду наукової літератури.

З метою формалізації змістовно-контекстуального виміру досліджень з питань ролі системи медико-соціального забезпечення в підтриманні безпеки на рівні країн та регіонів було відібрано 774 наукові публікації, проіндексовані наукометричною базою Scopus до 2022 року включно. Відбір релевантних публікацій було здійснено на основі англійських ключових слів, причому основними були обрані поняття «health and social provision», а також «security». Виключені з аналізу публікації з непов'язаних наукових сфер, таких як інженерія, комп'ютерні науки, біохімія, агрономія, мікробіологія, фізика та астрономія, ветеринарія. Результати цього блоку бібліометричного аналізу представлено на рисунку 3.4.

За результатами бібліометричного аналізу релевантних наукових публікацій сформовано мапу взаємозв'язків поняття «медичне та соціальне забезпечення» із іншими категоріями, що дало можливість виділити шість кластерів, які на рисунку 3.4 позначено зеленим, жовтим, синім, фіолетовим, червоним та зеленим кольорами. Більші діаметри кіл позначають

категоріями у дослідженні цієї сфери є такі, як «соціальна безпека», «людина, індивід», «гендерна рівність та інклюзивність». Рисунок 3.5 з візуалізацією щільності зв'язку ключових слів (градування кольором від блідо-жовтого до яскраво-жовтого) показує, що найвищу тісноту зв'язків за досліджуваною тематикою мають поняття «непрацевдатність», «оздоровлення», «повернення до роботи» та «соціальна безпека», що описують процес від виникнення несприятливого соціального явища, загрози для здоров'я індивіда, що викликає стан, у якому він не може працювати, до процесу повернення його до роботи у системі підтримки резильєнтності соціальної сфери країни.

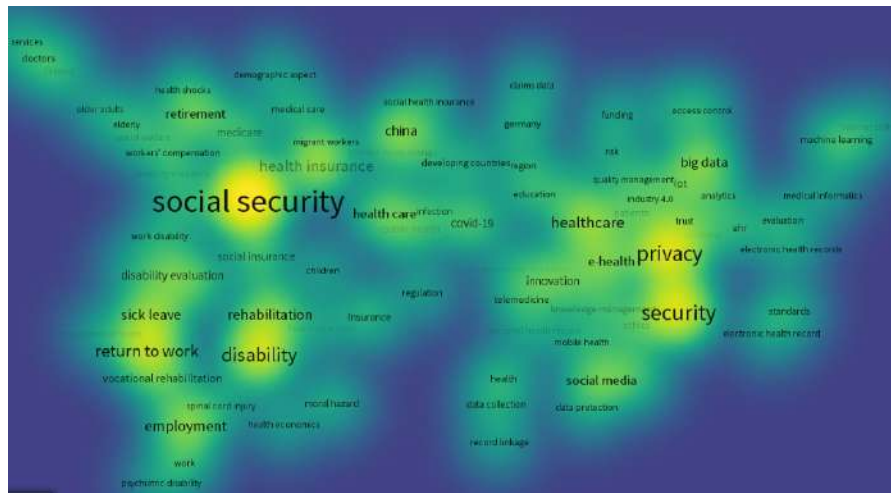


Рисунок 3.5 – Карта щільності зв'язків між поняттями в контексті дослідження системи медико-соціального забезпечення населення на основі аналізу публікацій у наукометричній базі Scopus

Джерело: побудовано з використанням програмного забезпечення VOSviewer.

Крім того, окрему групу ключових слів з високою щільністю зв'язку складають поняття в сфері забезпечення електронного здоров'я, приватності та диджитал-безпеки, що є похідними наукових публікацій у сфері цифрових трансформацій, що здобули популярність останніми роками. Попри той факт, що дослідження з питань медико-соціального забезпечення населення

охоплюють шість різних векторів наукових пошуків, основоположним із них є формалізація ролі елементів системи медико-соціального забезпечення в підтриманні стабільності національної економіки (зелений кластер). До переліку основних понять, що увійшли за результатами бібліометричного аналізу до кластеру щодо ролі системи медико-соціального забезпечення в здоровому розвитку національної економіки увійшли: споживання медичних товарів, страхування у разі непрацездатності, глобальна система охорони здоров'я, державна політика в сфері медичного та соціального забезпечення, витрати на охорону здоров'я, страхування охорони здоров'я, шоки в системі охорони здоров'я, здорова поведінка, соціальний добробут.

Додатково проведено компаративний аналіз із застосуванням інструментарію Google Books Ngram Viewer, що дає можливість візуально побачити відносну частоту згадувань окремих термінів у англійських книгах за вказаний проміжок часу. На рисунку 3.6 здійснено порівняння використання близьких до сфери використання термінів. Згідно порівняння найчастіше в англійській літературі можливо побачити термін «social security». На другому місці за популярністю термін «public safety». Менш вживаним є термін «human security». Іноді використовують терміни «medical security» (йому на противагу вживають термін «medical system») та «medical and social security».

Крім того, здійснений аналіз динаміки кількості статей за тематикою дослідження з медичного та соціального забезпечення, проіндексованих наукометричною базою Scopus, за період з 2004 по 2021 рік. Тут відслідковується чітка тенденція до зростання зацікавленості до тематики з 2020 року (рисунок 3.7).

У контексті розширення еволюційно-часової перспективи дослідження проаналізуємо результати контекстуально-часового блоку бібліометричного аналізу, у рамках якого основні змістовні детермінанти досліджень із питань системи медико-соціального забезпечення населення проранжовано за часовою ознакою за період з 2004 по 2021 рік. Градієнт рисунку змінюється від синього

кольору, що означає, що дослідження більш ранні, до жовтого – коли показані сучасні наукові праці.

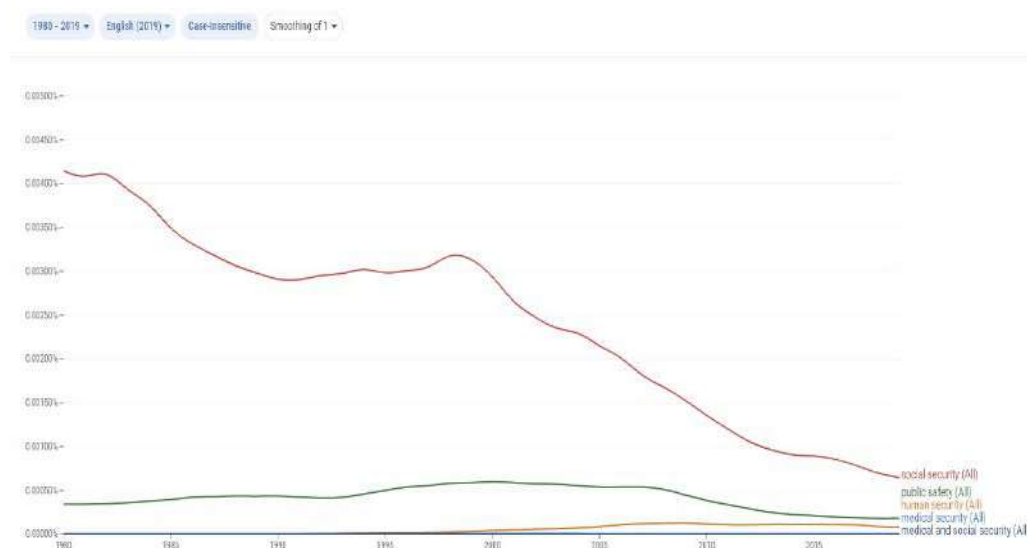


Рисунок 3.6 – Результати аналізу частоти згадувань тематичних понять дослідження у програмі Google Books Ngram Viewer

Джерело: побудовано авторкою.

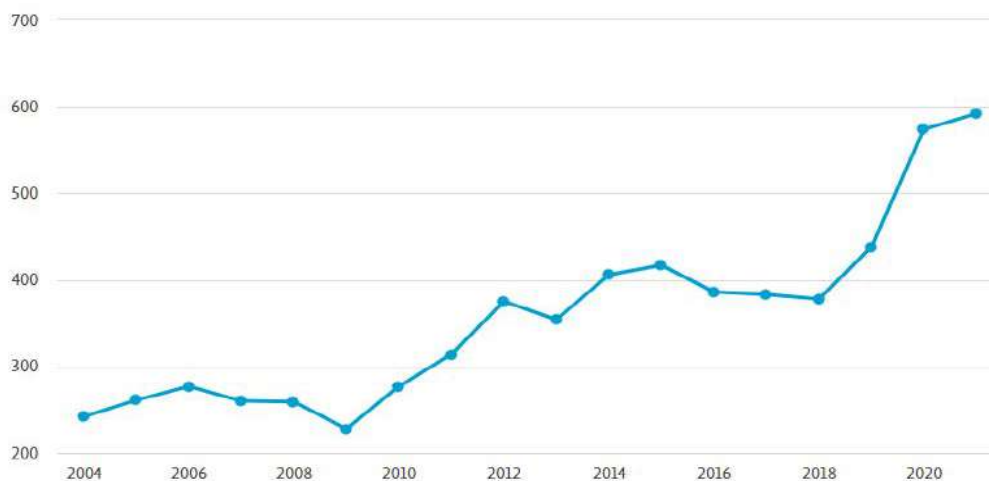


Рисунок 3.7 – Динаміка пошукових запитів у Google із питань медичного та соціального забезпечення населення

Джерело: побудовано авторкою.

У контексті розширення еволюційно-часової перспективи дослідження проаналізуємо результати контекстуального блоку бібліометричного аналізу

(рисунок 3.8), у рамках якого основні змістовні детермінанти досліджень із питань системи медико-соціального забезпечення населення проранжовано за часовою ознакою за період з 2004 по 2021 рік. Градієнт рисунку змінюється від синього кольору, і означає, що дослідження більш ранні, до жовтого – коли показані сучасні наукові праці.

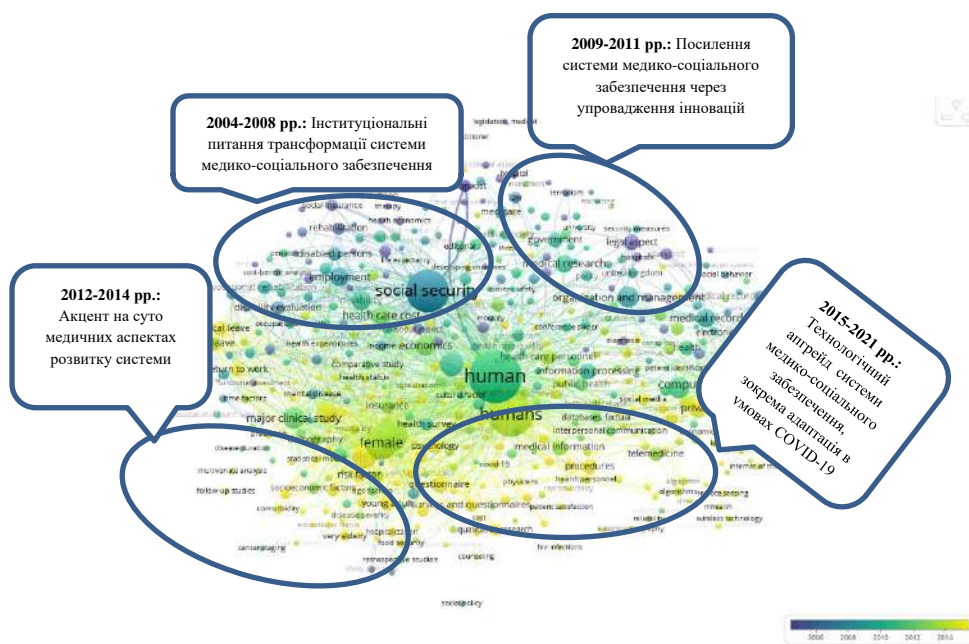


Рисунок 3.8 – Візуалізаційна карта контекстуально-часового виміру досліджень з питань медико-соціального забезпечення населення

Джерело: побудовано авторкою за допомогою програмного забезпечення VOSviewer.

За результатами аналізу контекстуального блоку досліджень із питань медико-соціального забезпечення населення виявлено чотири стадії, упродовж яких відбувалася зміна основних акцентів у цій сфері (рисунок 3.9), зокрема: у 2004-2018 pp. вчені здебільшого приділяли увагу питанням інституційного забезпечення розвитку системи медико-соціального забезпечення населення; у 2009-2011 pp. на перший план вийшли дослідження щодо вдосконалення існуючих підходів до розвитку медико-соціального забезпечення через упровадження інновацій (додаткові заходи безпеки щодо зберігання інформації про пацієнта, урахування поведінкових аспектів, електронні системи ведення

баз даних про пацієнтів та відвідувачів закладів соціального забезпечення тощо); у 2012-2014 рр. увага науковців була спрямована на суто медичні аспекти розвитку системи забезпечення населення, мало уваги приділялося інституційним та технологічним детермінантам; у 2015-2021 рр. акцент змістився на дослідження апгрейду медичних та соціальних закладів здебільшого на технологічних засадах (Інтернет, телемедицина, Mhealth тощо), що набуло ще більш істотного значення під час пандемії COVID-19.

За результатами просторово-часового виміру бібліометричного аналізу визначено, що інтенсифікація досліджень з питань системи медико-соціального забезпечення відбулася у 2008-2021 рр. у межах чотирьох послідовних часових діапазонів, кожний з яких має свої географічні центри.

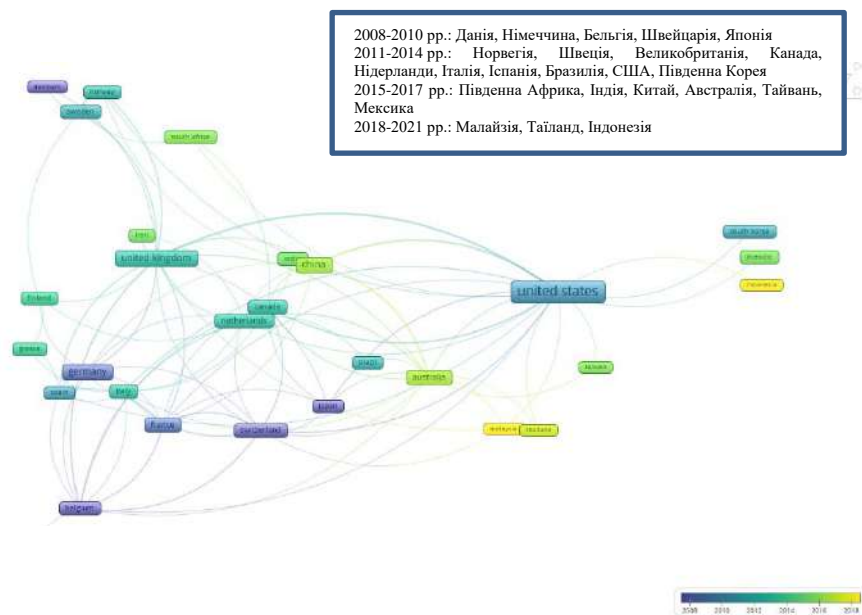


Рисунок 3.9 – Візуалізаційна карта просторово-часового виміру досліджень системи медико-соціального забезпечення населення за даними бази Scopus за 2008-2021 рр.

Джерело: побудовано авторкою за допомогою програмного забезпечення VOSviewer.

За результатами проведеного бібліометричного аналізу у поєднанні з трендовим виявили, що дослідження з питань розвитку системи медико-

соціального забезпечення населення набули популярності в наукових колах у період з 2008 по 2021 роки та посіли чільне місце у системі економічних досліджень та досліджень з питань управління. Науковий інтерес до них особливо інтенсифікувався в 2020 році з початком пандемії COVID-19. Результати аналізування показали, що кількість напрацювань щодо ролі системи медико-соціального забезпечення в системі національної та регіональної безпеки не є статичною в часі. Також мінливими є акценти в тематиці досліджень у цій сфері. Так, якщо на початку XXI ст. науковці більшою мірою приділяли увагу питанням інституційного забезпечення розвитку системи медико-соціального забезпечення населення, то вже в 2018 році більше уваги приділялося технологічному апгрейду системи. На сучасному етапі розвитку дослідження з питань трансформації системи медико-соціального забезпечення виходять за межі традиційного спектру. Більшій популярності набувають теоретичні та емпіричні роботи щодо можливостей вдосконалення підходів та методів управління в системі медико-соціального забезпечення для просування ідеї досягнення її резильєнтності щодо впливу негативних зовнішніх факторів, таких як, наприклад, епідемії хвороб. Зазначимо, що проведений аналіз дозволив більш комплексно та ґрунтовно у формалізованому за рядом важливих параметрів (змістовно-контекстуальний, еволюційно-часовий, просторовий) здійснити узагальнення різноспрямованих аспектів реалізації трансформацій у сфері системи медико-соціального забезпечення населення, що є підґрунтям для подальших наукових розвідок за цим напрямком.

Питання ефективності моделей медико-соціального забезпечення та їх співставлення між собою розглядалося в працях економічного та медичного спрямування вчених різних країн та піднімалося науковцями низки шкіл, що вивчають сферу забезпечення медичних потреб населення. Серед них потрібно відмітити найбільш змістовні й ті, які здобули більшого резонансу в науковій спільноті. Для цього здійснений метааналіз наукового ландшафту з питань функціонування моделей громадського здоров'я (рисунок 3.10).

природі відмінностей між країнами, які використовують моделі Беверіджа та Бісмарка до фінансування та організації надання медичної допомоги, вибору надавача послуг. Автори підсумовують, що у країнах з моделлю Беверіджа заохочують до вибору постачальника послуг. Тоді як в країнах з моделлю Бісмарка вибір спеціалістів обмежений за рахунок контролю чи вибору страховика на основі контрактів. Автори наводять аргументи та контраргументи на користь кожної з моделей та їх ефективності в різних умовах функціонування медичного ринку. Дослідження [5] зосереджене на аналізі чотирьох моделей, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я: моделі Беверіджа, моделі Бісмарка, моделі Національного медичного страхування та моделі «із кишені». Дослідники проаналізували реакцію систем охорони здоров'я на пандемію COVID-19 шляхом порівняння часу в днях виникнення подвійного збільшення кількості смертей від коронавірусу. Їх розрахунки обмежилися 56 країнами, що разом складають до 70 % світового населення. У методології дослідження автори використали медіанний тестовий метод Муда. Результати показали високу варіабельність часових трендів у кожній групі країн. З їх висновків зрозуміло, що жодна з моделей охорони здоров'я впродовж аналізованих періодів не виявилася ефективною – не було дотримано стабільних інтерквартильних діапазонів значень. У [227] зазначають про значні відмінності між системами охорони здоров'я за методами фінансування, регулювання, управління та організації. Проте основною їх спільною рисою вони називають прагнення досягти покращання стану здоров'я населення та вирішити проблеми питання пріоритетності задоволення потреб здоров'я. Примітно, що ця робота написана ще до виникнення світових подій, пов'язаних з COVID-19, і автори цієї статті зазначають, що в світі відчувається погіршення загального стану довкілля, способу життя населення, зростання медичних потреб людей, що зумовлює необхідність у дороговартісному медичному обладнанні, медикаментах, висококваліфікованому персоналі. Це все призводить до зростання фінансових витрат, і автори аналізують, наскільки кожна з моделей охорони здоров'я готова до цього. У [237] здійснено аналіз

науково-теоретичних підходів до оцінювання ефективності трьох систем охорони здоров'я – моделі Беверіджа, моделі Бісмарка та моделі добровільного медичного страхування. Автори дійшли висновку, що більшість шкал вимірювання враховують параметри технічної ефективності, продуктивність та справедливість, але, разом з тим, згоди щодо єдиної системи оцінювання ефективності серед теоретико-методичних підходів науковців із різних країн немає. Основною метою дослідження [331] є порівняння моделей фінансування охорони здоров'я в контексті можливості охоплення населення та здатності бути самодостатньою під час пандемії. Автор порівнює три базові моделі – Бісмарка, Беверіджа та модель приватного медичного страхування, використовуючи як вихідні параметри аналізу такі показники, як охоплення населення послугами охорони здоров'я, частка державних та власних платежів у видатках на охорону здоров'я, заходи з фінансування послуг та стан охорони здоров'я під час пандемії COVID-19. У [156] автори здійснили аналіз економічної ефективності систем охорони здоров'я та їх стійкість до впливу COVID-19. Розрахунки показали, що система, побудована за принципом Беверіджа, є більш стійкою до впливу пандемії, ніж інші, та має найвищі показники економічної ефективності.

Для оцінювання ефективності систем медико-соціального забезпечення населення в якості суб'єкта дослідження було обрано країни ЄС та Україну. Не дивлячись на існування єдиних траєкторій стратегії розвитку для країн ЄС, які прописані в таких документах, як наприклад, EU Global Health Strategy, EU Cohesion Policy, European Care System, країни використовують різні моделі організації системи охорони здоров'я: модель Беверіджа, модель Бісмарка, змішану модель. Серед ключових особливостей моделі Беверіджа є виключна роль держави в системі охорони здоров'я, яка фінансується в основному з державного бюджету за рахунок податків, отриманих від населення та суб'єктів господарювання. Медичну допомогу населення одержує безкоштовно за винятком незначної кількості послуг. Держава є основним покупцем медичних послуг та їх надавачем. Саме за рахунок цього підтримують та покращують

рівень громадського здоров'я. Оплата роботи лікарів пропорційно залежить від кількості зареєстрованих та обслуговуваних пацієнтів – «кошти крокують за пацієнтом» [425]. Хворі можуть обрати лікаря. Його розмір оплати праці залежить від кількості пацієнтів, їх віку, статі та соціального статусу. Такий підхід стимулює лікарів вчасно та якісно здійснювати профілактичну роботу: це економічно ефективніше, ніж потім боротися з наслідками захворювань. Система соціального страхування в сфері охорони здоров'я Отто фон Бісмарка є системою регульованого страхування здоров'я. Вона інтегрує в собі ринок медичних послуг із соціальними гарантіями та розвинену систему державного регулювання. Обов'язковим є медичне страхування всіх жителів країни за участі держави як гаранта задоволення потреб всього суспільства в одержанні якісних медичних послуг. Ринок є механізмом додаткового задоволення потреб у підтримці та покращанні показників здоров'я населення. Фінансові ресурси моделі формуються з прибутку страхових організацій, державного бюджету та відрахувань із заробітної плати працівників. Пропорції джерел фінансування залежать від країни. У ХХІ столітті спостерігається тенденція в країнах із системами охорони здоров'я за моделлю Беверіджа застосовувати характеристики моделі Бісмарка чи навпаки, що обумовлює те, що політика в сфері медичного забезпечення в певних країнах (наприклад, серед країн ЄС – Угорщина та Словаччина) є змішаною.

Прогресуючим вектором політики України на сьогодні є подальше наближення системи охорони здоров'я до вимог ЄС, що потребує концентрації зусиль на покращанні та підвищенні її відповідності цим вимогам (у звіті Єврокомісії щодо розширення, що оприлюднений у лютому 2023 року за показником здоров'я Україна отримала лише 2 балів відповідності із 5 балів [458]. Країни доцільно порівнювати за групами відповідно до моделей охорони здоров'я. До першої групи віднесемо країни, що є послідовниками моделі Беверіджа (9 країн): Грецію, Данію, Ірландію, Іспанію, Італію, Португалію, Фінляндію, Швецію та Україну. До другої групи (модель Бісмарка) відноситься 11 країн: Австрія, Бельгія, Болгарія, Естонія, Люксембург,

Нідерланди, Німеччина, Польща, Словенія, Франція, Чехія. Також виокремимо 8 країн зі змішаною системою: Кіпр, Латвія, Литва, Мальта, Румунія, Словаччина, Угорщина та Хорватія. Для того, щоб дослідити наскільки ефективно побудована система медико-соціального забезпечення, а особливо під час пандемії COVID-19 було обрано у якості ключового показника кількість летальних випадків, причиною яких послугував COVID-19 на 100 тис. наявного населення країни [137]. Це показник, що спроможний продемонструвати ефективність систем охорони здоров'я у питанні нівелювання негативних наслідків дії дестабілізуючого фактору. Він є нерегульованим. До показників, які теж дають можливість проаналізувати ефективність, але є частково регульованими, відносимо:

1. Фінансову складову ефективності виражено через обсяги витрат на охорону здоров'я у відсотках від ВВП. Цей показник знаходиться в однакових межах для всіх трьох груп: для першої групи від 6,68 (Ірландія) до 10,87 (Швеція); для другої групи – від 5,37 (Люксембург) до 11,7 (Німеччина); для третьої – від 5,74 (Румунія) до 8,21 (Мальта).

2. Стан забезпеченості медико-соціального захисту населення виражено через кількість медичних спеціалістів, а саме показником кількості лікарів на 1 тис. населення. Цей показник у середньому є найбільшим у країн, що відносяться до моделі Беверіджа (4,18), а найменшим у країнах змішаної моделі (3,17) та приймає середні значення для країн із моделлю Бісмарка (3,73).

3. Економічну рівність демонструє коефіцієнт рівномірності розподілу доходу в країні – індекс Джині. При чому при порівнянні трьох груп значення для першої коливається у межах 64,1-73,4; для другої групи – у межах 58,7-75,4; для третьої групи – 64,2-75.

4. Рівень соціального розвитку можливо виміряти відсотком ВВП, який виділяють на соціальний захист населення. Найнижчий рівень цього показника в країнах зі змішаною системою – від 11,9 до 16,3 %, у країнах із моделлю Беверіджа від коливається у межах від 10,2 до 25,7 %, а в країнах із моделлю Бісмарка – від 13,1 до 27,9 %.

5. До поведінкових показників віднесемо, з одного боку, фінансування фізичної активності як такий, який регулюється урядом країни, та, з іншого боку – відсоток курців як такий, що регулюється самим населенням. Отже, для змішаної системи середні значення показників 0,4 та 22,6 відповідно, для моделі Беверіджа – 0,4 та 16,64, для моделі Бісмарка – 0,41 та 20,37.

6. Обсяги повністю вакцинованого населення демонструють якість проведення вакцинаційної кампанії, які для першої групи країн коливаються в межах від 38,2 (Україна) до 86,6 (Іспанія); для другої групи – від 5,9 (Люксембург) до 78,65 (Бельгія); для третьої групи – від 41,28 (Румунія) до 88,38 (Мальта).

7. Якість та вартість медичних послуг відображає рейтинг країн за рівнем медицини. Найкраще значення за цим показником мають країни моделі Бісмарка (середнє значення 72,7), у моделі Беверіджа – 68,13, у змішаної – 62,7.

8. Рейтинг країн за рівнем розвитку інформаційних послуг демонструє якість та доступність інформаційних послуг для громадян, а також грамотність населення. Цей параметр показує, наскільки готове суспільство до здійснення інформаційних кампаній із профілактики та лікування захворювань. За цим показником найбільше значення мають країни, що мають в основі побудови системи охорони здоров'я модель Бісмарка (6,9-8,7), найменше – країни з моделлю Беверіджа (5,6-8,7), середнє значення – країни зі змішаною моделлю (6,5-7,9).

Таким чином, сформовано статистичну базу дослідження для країн ЄС та України, які попередньо поділено на три групи відповідно до моделі організації системи охорони здоров'я. Обрано ключовий показник, що дасть можливість перевірити, наскільки ефективно спрацювала система медико-соціального забезпечення населення під час пандемії, та 9 показників, за допомогою яких держава може змінювати власну політику управління в системі охорони здоров'я.

Із 10 показників, які було обрано в рамках дослідження, є стимулятори (їх збільшення сприяє зростанню ефективності системи охорони здоров'я: витрати

на охорону здоров'я, кількість лікарів на 1 тис. осіб, індекс нерівності Джині (за рейтингом – чим вище значення, тим меншою є нерівність у суспільстві), відсоток видатків на соціальний захист, загальні державні витрати на відпочинок і спорт, обсяг повністю вакцинованих людей на 100 осіб від COVID-19, рейтинг країни за рівнем медицини, рейтинг країни за рівнем розвитку інформаційних послуг, а також дестимулятори, коли меншому значенню показника відповідає краща ситуація у системі медико-соціального забезпечення населення: кількість летальних випадків, що спричинив коронавірус та кількість курців цигарок.

Необхідно привести показники до співставного вигляду, перетворити дестимулятори на стимулятори для наступних етапів дослідження, застосувавши відносну нормалізацію, яка дасть змогу найгіршому значенню поставити у відповідність найменше, а найкращому (наприклад, найнижчі в групі показники смертності від COVID-19) – найбільше та одночасно позбутися нульових значень, які будуть неприйнятними для подальшого етапу проведення DEA-аналізу:

$$x^*_{ij} = \frac{x_{ij}}{\max_j x_i} \quad (3.1)$$

$$x^*_{ij} = \frac{\min_j x_i}{x_{ij}} \quad (3.2)$$

де x_{ij} – вхідне значення i -ї країни, j -го показника дестимулятора, x^*_{ij} – нормалізоване значення i -ї країни, j -го показника.

Для наступного етапу проведення оцінювання ефективності системи медичного забезпечення населення в розрізі однієї з трьох моделей організації охорони здоров'я необхідно дізнатися вагові коефіцієнти для кожного вхідного показника. Одним із варіантів розрахунку вагових коефіцієнтів є прийняття їх однаковими для дев'яти змінних – по $\frac{100}{9}\%$. Доцільно відкинути гіпотезу, що вклад змінних у загальну дисперсію масиву буде рівномірний та застосувати

підходящі математичні методи їх розрахунку. Застосуємо метод головних компонент при достатньому значенні відсотку пояснення загальної дисперсії масиву першим фактором ($>75\%$). Візьмемо за вагові коефіцієнти вклади кожної змінної, враховуючи що їх загальна сума дорівнюватиме 100% . Для розрахунків використано пакет програмного забезпечення Statistica версії 10.0.0.0, модуль Багатовимірний аналіз / Аналіз головних компонент та класифікація.

Аналіз таблиці 3.1 дає змогу зробити висновки щодо значущості кожного фактору, обраного для дослідження. Найбільший вплив для першої групи (що відповідає моделі Беверіджа) чинять кількість вакцинованого населення, індекс Джині та рейтинг країни за рівнем медицини, відповідно значення вагових коефіцієнтів 26,7, 18,9 та 18,8. Найменшу вагу мають змінні: відсоток ВВП на соціальні виплати, кількість курців серед населення та відсоток ВВП, що виділяються на фінансування охорони здоров'я – 1,2, 2,5 та 5,7 відповідно. Для другої групи набір найбільш значущих показників складається з тих самих показників, але в іншому порядку: рейтинг країни за рівнем медицини (26,7), індекс Джині (23,43) та кількість вакцинованого населення (14,6). До найменш вагомих показників другої групи можна віднести відсоток ВВП на соціальні виплати (0,7), відсоток ВВП, що виділяється на фінансування охорони здоров'я (4,3) та рейтинг країни щодо доступності інформації (4,8). Для третьої групи, що відповідає змішаній системі організації охорони здоров'я, також найбільш значущими виявились індекс Джині, рейтинг країни за рівнем медицини та кількість вакцинованого населення. Відповідно значення вагових коефіцієнтів 26,8, 19,5 та 19,3. Найменш ваговими є відсоток ВВП на соціальні виплати (1,6), рейтинг країни за доступністю інформації (4,5) та відсоток ВВП, що виділяється на фінансування охорони здоров'я (4,7).

Результати застосування методу головних компонент дозволили обґрунтувати ступінь впливу факторів-регресорів на ефективність функціонування системи медико-соціального забезпечення в розрізі кожної моделі. Серед проаналізованих регресорів найбільше факторне навантаження

для всіх моделей мають: коефіцієнт рівномірності розподілу доходів (модель Беверіджа – 18,91, модель Бісмарка – 23,43, змішана модель – 26,81); кількість повністю вакцинованого населення від COVID-19 (26,74, 14,59 та 19,25 відповідно); рейтинг країни за рівнем розвитку медичної системи (18,79, 26,7 і 19,45 відповідно). Розраховані головні компоненти моделей медико-соціального забезпечення описують понад 95 % загальної дисперсії обраних регресорів.

Таблиця 3.1

Вагові коефіцієнти індикаторів ефективності моделей медико-соціального забезпечення

Індикатор	Модель Беверіджа	Модель Бісмарка	Змішана модель
% загальної дисперсії, що пояснюється першим фактором	97,52	95,5	97,72
Витрати на охорону здоров'я як відсоток від ВВП	5,68	4,3	4,71
Кількість лікарів на 1 тис. населення	8,56	7,11	6,77
Коефіцієнт Джині	18,91	23,43	26,81
Витрати на соціальний захист від ВВП	1,17	0,69	1,62
Державні витрати на відпочинок та спорт від ВВП	11,23	9,29	8,6
Повністю вакциновані від COVID-19 у розрахунку на 100 осіб	26,74	14,59	19,25
Курці (щоденно)	2,5	9,09	8,29
Ранг у рейтингу рівня медицини	18,79	26,7	19,45
Ранг у рейтингу рівня розвитку інформаційних технологій	6,41	4,81	4,5
Загалом	100	100	100

Джерело: розраховано авторкою.

Одержані результати є підтвердженням доцільності поділу країн за моделями організації системи охорони здоров'я, адже прослідковується певна подібність серед переліку найвагомійших факторів та, навпаки, найменш вагомих, проте порядок змінних та їх вагові коефіцієнти є різними для кожної групи країн.

Визначено ефективність систем медико-соціального забезпечення населення за допомогою фронтального Data Envelopment Analysis (DEA-аналізу.) Серед значної кількості способів вимірювання ефективності було обрано цей вид аналізу, як такий що дозволяє врахувати одразу кілька факторів [276]:

$$\begin{aligned}
 Death_{invers} &= \sum_j w_j y_j - A \rightarrow \max ; \\
 &\left\{ \begin{array}{l} \sum_i w_i x_i = 1 \\ \sum_j w_j y_j - \sum_i w_i x_i \leq A \\ w_j \geq \varepsilon \end{array} \right. \quad (3.3)
 \end{aligned}$$

де $Death_{invers}$ – інвертоване нормалізоване значення кількості летальних випадків, викликаних вірусом COVID-19; w_j – питома вага j -го індикатора; y_j та x_i – відповідно j -та та i -та характеристики умовних виходів / входів, A – константа.

За допомогою програмного забезпечення Frontier Analyst була проведена оцінка ефективності систем медико-соціального забезпечення населення у розрізі трьох груп країн ЄС та України залежно від типу системи організації охорони здоров'я. Результати аналізу представлені у таблиці 3.2. Аналіз таблиці свідчить, що максимальне граничне значення мають Люксембург, Нідерланди та Кипр. Країни, які мають вищі показники граничного значення ефективності системи охорони здоров'я, більш стійкі до впливу ризикових факторів громадського здоров'я, вони спроможні більш результативно згуртувати наявні ресурси на досягнення стратегічних цілей нівелювання негативного впливу пандемій та інших загроз такого типу. Країнам з низьким значенням ефективності складніше утримувати докризовий рівень регулювання стану забезпечення системи здоров'я. Як результат, вони зазнають більшого ступеню

впливу негативні наслідки дій дестабілізувальних факторів на національну економіку.

Таблиця 3.2

Ефективність систем медико-соціального забезпечення країн ЄС та України

Модель Беверіджа		Модель Бісмарка		Змішана модель	
Греція	31,6	Австрія	61,3	Кіпр	100
Данія	66,5	Бельгія	48,4	Латвія	31,2
Ірландія	83,8	Болгарія	39,3	Литва	27,4
Іспанія	38,4	Естонія	67,9	Мальта	47,8
Італія	34,5	Люксембург	100	Румунія	33,7
Португалія	39,7	Нідерланди	100	Словаччина	28,6
Фінляндія	59,7	Німеччина	72,1	Угорщина	20,1
Швеція	41,1	Польща	55,2	Хорватія	23,3
Україна	64,4	Словенія	47,1		
		Франція	54,5		
		Чехія	37,2		

Джерело: розраховано авторкою.

Для градації значень ефективності національних систем медико-соціального забезпечення використаємо методику [469]. За базу максимуму обираємо 1, а значення нижньої межі – 20,1 за значенням найнижчого показника ефективності. Отримаємо чотири групи за ефективністю: низька (20,1–40 %), нижче середнього (41–60 %), середня (61–80 %), висока (81–100 %). У якості встановлених меж кожної групи використовуємо підхід до розрахунку варіації даних. Більш детальний аналіз результатів DEA-моделювання в розрізі окремої групи та виявлення резервів та потенціалів по кожному фактору, що брав участь у дослідженні, представлені у таблицях 3.3-3.5.

Аналіз у таблиці 3.3 показав, що урядам країн з моделлю Беверіджа необхідно відкоригувати політику для того, щоб досягти вищих значень. Зокрема, для Греції принциповим є зменшення кількості курців (на 94,6 %), збільшення витрат на охорону здоров'я (+20,9 %) та покращення рейтингу країни за рівнем медицини (+19,4 %); при цьому існує достатній резерв щодо

державної підтримки спорту (-27,9 %) та кількості лікарів (-27,2 %) – зменшення цих показників на вказаний відсоток не погіршить загальний рівень ефективності системи медико-соціального забезпечення населення. Данія має достатньо високий рівень ефективності (66,5 %) та не має критичних зауважень, крім загального рівня смертності населення від COVID-19, проте може збільшити кількість лікарів (+21 %) та обсяг витрат на медицину (+6,7 %), навпаки ж має резерви щодо вакцинованих від COVID-19, рейтингів рівня медицини та доступності інформації.

Таблиця 3.3

Наявність резервів та потенціалу розвитку національних систем медико-соціального забезпечення з моделлю Беверіджа

Країна	Рівень смертності на 100 тис. населення	Витрати на охорону здоров'я, % від ВВП	Кількість лікарів на 1 тис. населення	Коефіцієнт Джині	Витрати на соціальну сферу від ВВП	Державні витрати на відпочинок та спорт від ВВП	Повністю вакциновані від COVID-19 у розрахунку на 100 осіб	Курці (щоденно)	Ранг у рейтингу рівня медицини	Ранг у рейтингу рівня розвитку інформаційних технологій
Греція	216,3	20,9	-27,2	-2,8	-12,3	-27,9	-8,7	94,6	19,4	5,5
Данія	50,3	6,7	21	1,8	-1,7	1	-6,8	-0,6	-4,6	-1,8
Ірландія	19,4	2,6	-4,2	-31,3	39,8	160,5	-39,9	-33,8	-6,8	5,8
Іспанія	160,5	12,1	8,1	7,8	-4	-2,7	-15,2	72,7	-6,8	5,8
Італія	189,5	7,6	12,8	0,2	-22,6	18,2	-18,6	23,4	0,3	6,7
Португалія	151,8	3,4	42,7	2	8,5	-6,4	-19,3	22,1	-1,7	11,2
Фінляндія	67,4	14,9	46,2	-0,5	-14,8	-33,4	-5	-7,2	-1,2	7,4
Швеція	143,4	-4	17,6	2,5	-14,8	-33,9	2,2	-31	8,8	-0,1
Україна	55,3	-19,7	-8,4	-46,5	-25,8	116,8	5,9	8,4	-23,4	-18,3

Джерело: розраховано авторкою.

В Ірландії доцільним є збільшення витрат на соціальну сферу (+39,8 %), а також критично важливим є підвищення державних витрат на відпочинок та

спорт (+160,5 %). За іншими показниками ця країна має резерви. Уряду Іспанії доцільно переглянути можливості впливу на населення для зменшення кількості курців (72,7 %), а також збільшити видатки на охорону здоров'я (12,1 %); резерви ж наявні щодо кількості вакцинованого населення (-15,2 %) та обсягів соціальних виплат (-4 %). Португалії доцільно збільшити кількість лікарів (+42,7 %), зменшити кількість курців (22,1 %); резерви є щодо кількості вакцинованих (-19,3 %) та щодо державних виплат на спорт (-6,4 %). Фінляндії доцільно збільшити кількість лікарів (46,2 %) та витрат на медицину (14,9 %); резерв – державні виплати на спорт (-33,4 %) та соціальний захист (-14,8 %). Швеції рекомендовано збільшити кількість лікарів (17,6 %) та обсягів соціальних виплат (14,8 %); резерв існує щодо державних виплат на спорт (-33,9 %) та кількості курців (-31 %).

Отже, більшості країн групи моделі Беверіджа доцільно звернути увагу на поведінкові аспекти посилення заходів щодо протидії загрозам громадському здоров'ю та на витрати на медицину та соціальний захист. Для підвищення ефективності національної системи медико-соціального забезпечення України (середнє значення ефективності – 64,4 %) доцільним є збільшення обсягів фінансування на розвиток фізичної культури та спорту, просвітницьку діяльність щодо вакцинації населення, промоцію здорового способу життя, посилення контролю за дотриманням законодавства щодо зменшення вживання тютюнових виробів, покращання якості медичного обслуговування, рівня комунікації у сфері охорони здоров'я.

Серед 11 країн з моделлю Бісмарка Люксембург та Нідерланди мають «ідеальне» граничне значення ефективності. Решті країн слід передивитися показники на можливість їх покращення. Зокрема, для Австрії доцільно збільшити фінансування фізичної активності та спорту (+55,5 %) та соціальні виплати населенню (+29,6 %); резерви наявні щодо кількості лікарів (-34,5 %) та кількості повністю вакцинованого населення від COVID-19 (-16,8 %). Бельгії доцільно збільшити кількість лікарів (16,6 %) та фінансування спорту (22,2 %);

проте резерви є у кількості вакцинованих (-15,4 %) та виплат на медицину (-7,1 %) (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4

Наявність резервів та потенціалу розвитку національних систем медико-соціального забезпечення з моделлю Бісмарка

Країна	Рівень смертності на 100 тис. населення	Витрати на охорону здоров'я, % від ВВП	Кількість лікарів на 1 тис. населення	Коефіцієнт Джині	Витрати на соціальну сферу від ВВП	Державні витрати на відпочинок та спорт від ВВП	Повністю вакциновані від COVID-19 у розрахунку на 100 осіб	Курці (щоденно)	Ранг у рейтингу рівня медицини	Ранг у рейтингу рівня розвитку інформаційних технологій
Австрія	63,1	-9,4	-34,5	-3,1	-29,6	55,5	-16,8	29,6	-9,9	-1,3
Бельгія	106,6	-7,1	16,6	-3,5	-25,6	22,2	-15,4	-2,3	-1,5	6,2
Болгарія	154,2	-9,1	-38,6	-21,6	-16	60	42,4	1,6	-13,6	-20,8
Естонія	47,2	39,3	1,9	-4,5	8,3	-22,9	-1,5	22,2	-3,7	-3,5
Люксембург	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Нідерланди	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Німеччина	38,7	-17,2	-18,1	0,9	-24,6	59,3	-14,6	-16,6	-1,8	-3,3
Польща	81,1	25,4	28,5	-17,7	-24,5	-0,2	-4,2	1,7	3,8	-1,6
Словенія	112,2	2,7	0,3	-17,6	-20,5	44	2	-9,6	0,3	-0,6
Франція	83,7	-8,3	20,9	6,5	-36,9	-16,6	-13	19,3	-6,4	3,1
Чехія	168,5	21,5	-12,3	-10	13	17,4	-2,6	15,8	-5,6	11,4

Джерело: розраховано авторкою.

У Болгарії доречним є приділення уваги державному фінансуванню фізичної активності, спорту (60 %). В інших сферах наявні резерви, зокрема щодо кількості лікарів (-38,6 %), рівності населення (-21,6 %). Естонії доцільно зменшити кількість курців (22,2 %) та збільшити витрати бюджету на соціальні виплати (8,3%); резерви є у кількості вакцинованого населення (-1,5 %) та в обсягах фінансування спорту (-22,9 %). Німеччина має передивитися політику щодо збільшення фінансування фізичної активності (+59,3 %); резерви наявні

щодо виплат на соціальний захист (-24,6 %), кількості вакцинованого населення (-14,6 %) та кількості курців (-16,6 %). Польщі необхідно збільшити кількість лікарів (+28,5 %), покращити рейтинг країни за рівнем медицини (+3,8 %); до резервів відноситься кількість вакцинованого населення (4,2 %) та показник соціальної нерівності – індекс Джині (-17,7 %). Словенії доцільно збільшити фінансування спорту (+44 %), покращити позиції в рейтингу за рівнем медицини (+0,3 %); до резервів відносяться витрати на соціальний захист (-20,5 %).

Франції доцільно збільшити кількість лікарів (20,9 %) та зменшити кількість курців (19,3 %); до резервів відносяться виплати на соціальний захист (-36,9 %) та фінансування спорту державою (-16,6 %). Чехії необхідно зменшити кількість курців (15,8 %) та збільшити рівень соціальної допомоги (+13 %); резерви – кількість вакцинованого населення (-2,6 %) та кількість лікарів (-12,3 %). Отже, у групі країн із моделлю Бісмарка серед заходів із покращання ефективності системи медико-соціального забезпечення переважають інформаційно-ресурсні, а саме фінансування фізичної активності та, як наслідок, популяризація здорового способу життя та збільшення кількості лікарів.

Серед 8 країн зі змішаною моделлю (таблиця 3.5) Кіпр має найкраще граничне значення ефективності. Урядам решти країн слід скоригувати політику для підвищення ефективності системи медико-соціального захисту населення. Зокрема, Латвії доцільно покращити рівень доступності інформації для населення (+11,1 %) та відсоток виплат на медицину (+10,6 %); резерви наявні у кількості лікарів (-39,4 %) та рейтингу за рівнем медицини (-12 %). Литві рекомендовано покращити рівень інформатизації (+20,1 %) та відкоригувати динаміку вакцинаційної кампанії (+17,4 %); резервами є кількість лікарів (-51,6 %) та обсяги фінансування спорту (-25,8 %). Мальті доцільно збільшити обсяги соціального захисту (34,8 %); резерв є у рейтингу країни за рівнем медицини (-24,2 %) та кількості лікарів (-19,5 %). Румунії потрібно підвищити витрати на охорону здоров'я (10,3 %) та покращити рівень розвитку

інформаційних технологій (+8,3 %). Існують резерви щодо кількості лікарів (-40,9 %), державних витрат на відпочинок та спорт (-39,8 %). Словаччині необхідно збільшити темпи вакцинаційної кампанії (+53,1 %; резервами є кількість лікарів (-47 %) та обсяг соціального захисту (-18,2 %).

Таблиця 3.5

Наявність резервів та потенціалу розвитку національних систем медико-соціального забезпечення зі змішаною моделлю

Країна	Рівень смертності на 100 тис. населення	Витрати на охорону здоров'я, % від ВВП	Кількість лікарів на 1 тис. населення	Коефіцієнт Джині	Витрати на соціальну сферу від ВВП	Державні витрати на відпочинок та спорт від ВВП	Повністю вакциновані від COVID-19 у розрахунку на 100 осіб	Курці (щоденно)	Ранг у рейтингу рівня медицини	Ранг у рейтингу рівня розвитку інформаційних технологій
Кіпр	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Латвія	220,8	10,6	-39,4	7,6	3	3,8	6	-0,8	-12	11,1
Литва	264,8	11,3	-51,6	16,5	-8,5	-25,8	17,4	-10,8	-17,4	20,1
Мальта	109,2	2,2	-19,5	13	34,8	19,7	-2,3	-10,2	-24,2	-18,2
Румунія	196,6	10,3	-40,9	-5,3	-11,6	-39,8	57,8	-29	-15,1	8,3
Словаччина	249,8	-2,3	-47	-12,9	-18,2	-3	53,1	-13	-16	6,9
Угорщина	397,1	16,6	-34,4	0,9	4	-83,8	22,2	8,1	7,8	18,1
Хорватія	328,6	5,5	-31,7	0,6	-10,9	-47,5	35,7	2,2	-13,8	12,3

Джерело: розраховано авторкою.

Угорщині необхідно збільшити темпи вакцинаційної кампанії (+22,2 %) та покращити рівень інформатизації (+18,1 %); до резервів можна віднести обсяг фінансування спорту (-83,8 %) та кількість лікарів (-34,4 %). Хорватії доцільно збільшити темпи вакцинаційної кампанії (35,7 %), покращити доступність інформації для населення (+12,3 %); резерви є у фінансуванні фізичної

активності (-47,5 %) та кількості лікарів (-31,7 %). Підсумуємо, що країни цієї групи мають в середньому найгірші показники та мають тенденцію до низьких значень кількості вакцинованого населення, але всі мають достатню кількість кваліфікованих лікарів. Для цієї групи країн переважальними факторами зростання є покращання доступності інформації для населення (рівень інформатизації) та коригування темпів вакцинаційної кампанії.

За результатами використання DEA-аналізу на основі сформованих головних компонент доведено відсутність еталонної моделі, яка була б ефективною в умовах дії пандемії COVID-19 як фактору дестабілізації національної економіки. У цьому контексті стабільність системи медико-соціального забезпечення досягається шляхом підвищення обсягу витрат на охорону здоров'я, фізичну культуру та спорт, якості обслуговування медичної системи, а також реалізації державою заходів щодо збереження виявлених резервів (кількість лікарів, витрати на соціальний захист). Висновки з дослідження можуть бути корисними не лише при виборі векторів, на яких доцільно концентрувати зусилля в умовах впливу загроз громадському здоров'ю, а й при розробленні національних стратегій розвитку систем охорони здоров'я.

3.2. Удосконалення теоретико-методологічного інструментарію формування підґрунтя для прогнозування розвитку системи медико-соціального забезпечення як складової здорового розвитку національної економіки

Коронакриза стала унікальним викликом для національних систем медико-соціального забезпечення. Загрози для здоров'я поєдналися з ризиками бідності та негативними соціальними наслідками через протиепідемічні заходи. У розпал пандемії у світі яскраво продемонстрована істотна роль держави в контексті запобігання поширенню вірусу та його негативним наслідкам для

економічного та соціального життя суспільства. При цьому роль соціальної складової політики як макроекономічного стабілізатора істотно посилилися в період впливу пандемії COVID-19. Фактично у пандемічний період та період післякризового відновлення світова економіка відійшла від моделі «економіки прибутку» до моделі «економіки турботи», коли саме турбота стала ключовим елементом, який спроможний підтримувати рівень національної безпеки через такі складові як догляд за дітьми, материнство, турбота про людей похилого віку, піклування про хворих, реабілітаційні заходи (лікування хронічного болю, загострень хронічних захворювань, ускладнень після захворювання на коронавірус тощо). Світова пандемія підтвердила той факт, що сформовані національні системи медико-соціального забезпечення населення виявилися не спроможними швидко адаптуватися та реалізовувати ефективні заходи щодо запобігання негативним наслідкам коронавірусу. З огляду на вище зазначене актуальним є емпіричне обґрунтування впливу COVID-19 на національний соціально-економічний розвиток, прогнозування розвитку системи медико-соціального забезпечення населення з метою формування ефективних механізмів елімінації негативних наслідків ризиків у сфері громадського здоров'я в умовах здорового розвитку національної економіки.

Для розроблення моделі, що допоможе виявити основні канали, через які пандемія COVID-19 впливає на систему медико-соціального забезпечення населення та на її стан резильєнтності, у якості об'єкта дослідження обрано три країни ЄС, у яких було зареєстровано найбільшу кількість випадків інфікування на COVID-19 на 1 млн наявного населення (станом на 01.03.2023 року) – Австрія, Словенія, Франція та Україна. При виборі такого критерію було використано гіпотезу, що виявити основні канали, через які пандемія COVID-19 впливає на систему медико-соціального забезпечення населення, буде простіше, якщо країна зазнала більших втрат від пандемії, а в решті країн ситуація буде аналогічною тільки у меншому масштабі.

Згідно [105] резильєнтністю національної економіки є її здатність до відновлення після криз та катастроф, мінімізувати втрати для добробуту населення та відносно швидко досягаючи подальших темпів зростання.

У якості набору статистичних показників для дослідження соціальної сфери було обрано коефіцієнт Джині (шкала від 0 до 100, чим вище тим нерівність більша) (Gini), витрати на соціальний захист (% ВВП) (Soc_Prot), рівень чистої міграції (різниця між кількістю іммігрантів та кількістю емігрантів) (Net_Migr), рівень безробіття (% населення в робочій силі) (UnEmp) та заощадження домогосподарств (% наявного доходу домогосподарств) (House_sav). Для дослідження медичної сфери: незадоволена потреба в медичному огляді та догляді (% населення) (Unmet), лікарняні ліжка в лікарнях (на 100 тис. жителів) (Beds), загальні витрати на охорону здоров'я (млн євро) (Tot_health), імунізація, АКДС (% дітей віком 12-23 міс.) (Immun), очікувана тривалість життя при народженні, загальна (років) (Life_exp). Обрано часовий діапазон тривалістю 12 років: з 2010 по 2021 рік. Дані розбиті на два перехресних інтервали: 1) 2010-2019 рр. для дослідження взаємозв'язків у період без впливу пандемії; 2) 2012-2021 рр. із охопленням викривлених даних пандемією, щоб при порівнянні двох результатів виявити основні канали, через які пандемія COVID-19 впливає на систему медико-соціального забезпечення населення. Для досягнення поставленої мети було обрано таку послідовність дій для кожного набору значень окремо: 1) збір та обробка статистичних даних; 2) аналіз тісноти та характеру взаємозв'язків між досліджуваними величинами; 3) застосування каузального моделювання для виявлення причинно-наслідкових зв'язків з урахуванням лагу; 4) побудова когнітивної карти мовою знакових орієнтованих графів (FCM-аналіз (FCM – аббревіатура від англ. Fuzzy Cognitive Map – нечітка когнітивна карта); 5) порівняння одержаних результатів для двох окремих вибірок та підбиття підсумків дослідження.

За допомогою розрахунку кореляційної матриці можливо виявити вагові коефіцієнти, що вказують на величину впливу індикаторів один на одного, що прийматимуть значення з інтервалу $[-1; 1]$, де від'ємне значення вагового

коефіцієнта означає обернений зв'язок між факторами, тобто при збільшенні (зменшенні) першого фактору відбуватиметься зменшення (збільшення) другого; додатне значення вагового коефіцієнта означає прямий зв'язок між факторами, тобто при збільшенні (зменшенні) першого фактору відбуватиметься збільшення (зменшення) другого; відповідно нульове значення вагового коефіцієнта означає відсутність зв'язку. Сила зв'язку між i -м та j -м фактором, буде виражено значенням v_{ij} , де значенню $0,8 < |v_{ij}| \leq 1$ відповідає дуже сильний зв'язок, $0,6 < |v_{ij}| \leq 0,8$ – сильний зв'язок, $0,4 < |v_{ij}| \leq 0,6$ – помірний, $0,2 < |v_{ij}| \leq 0,4$ – слабкий, $0 < |v_{ij}| \leq 0,2$ – дуже слабкий. Результати, одержані на цьому етапі будуть використані під час побудови когнітивної карти за допомогою орієнтованого графу (FCM-аналіз) для визначення сили та характеру взаємозв'язків. У результаті розрахунку тісноти та характеру взаємозв'язків між досліджуваними величинами у період без врахування пандемії було отримано таблиці 3.6-3.9. Аналогічні таблиці будуються для даних з урахування впливу пандемії (3.10-3.13).

Таблиця 3.6

Вагові коефіцієнти тісноти взаємозв'язку показників медико-соціального забезпечення у допандемічний період для Австрії

	Gini	Soc_Prot	Net_Migr	UnEmp	House_sav	Immun	Life_exp	Beds	Tot_health	Unmet
Gini	1,00									
Soc_Prot	-0,02	1,00								
Net_Migr	-0,51	0,60	1,00							
UnEmp	-0,38	0,43	0,65	1,00						
House_sav	0,66	-0,42	-0,72	-0,43	1,00					
Immun	-0,11	0,86	0,57	0,25	-0,55	1,00				
Life_exp	-0,74	-0,39	0,16	0,26	-0,38	-0,19	1,00			
Beds	0,71	0,60	-0,11	-0,17	0,26	0,40	-0,93	1,00		
Tot_health	-0,74	-0,57	0,13	0,15	-0,28	-0,37	0,94	-1,00	1,00	
Unmet	0,65	-0,05	-0,62	-0,59	0,68	-0,26	-0,69	0,61	-0,61	1,00

Джерело: розраховано авторкою.

Для виявлення наявності взаємозв'язку використано каузальне моделювання, яке допоможе визначити який показник є причиною, а який наслідком та взагалі виявити чи є такий зв'язок статистично значущим. У якості методу обрано тест Гренджера, який із урахуванням лагу допоможе зробити

висновки та визначити направлення стрілки між двома факторами, якщо між ними існує зв'язок. Цей тест необхідно провести для кожної країни, що бере участь у дослідженні, окремо для кожного етапу (до пандемії та з урахуванням пандемії) та для кожної пари з десяти показників, тобто $45 * 2 * 4 = 360$ раз.

Таблиця 3.7

Вагові коефіцієнти тісноти взаємозв'язку показників медико-соціального забезпечення у допандемічний період для Словенії

	Gini	Soc_Prot	Net_Migr	UnEmp	House_sav	Immun	Life_exp	Beds	Tot_health	Unmet
Gini	1,00									
Soc_Prot	0,85	1,00								
Net_Migr	-0,64	-0,69	1,00							
UnEmp	0,69	0,80	-0,66	1,00						
House_sav	-0,65	-0,51	0,52	-0,80	1,00					
Immun	0,83	0,78	-0,50	0,43	-0,35	1,00				
Life_exp	-0,67	-0,87	0,36	-0,45	0,11	-0,77	1,00			
Beds	0,65	0,81	-0,30	0,39	-0,08	0,76	-0,95	1,00		
Tot_health	0,20	0,27	-0,57	-0,08	0,18	0,45	-0,25	0,35	1,00	
Unmet	-0,85	-0,88	0,54	-0,84	0,65	-0,68	0,65	-0,66	-0,05	1,00

Джерело: розраховано авторкою.

Таблиця 3.8

Вагові коефіцієнти тісноти взаємозв'язку показників медико-соціального забезпечення у допандемічний період для Франції

	Gini	Soc_Prot	Net_Migr	UnEmp	House_sav	Immun	Life_exp	Beds	Tot_health	Unmet
Gini	1,00									
Soc_Prot	-0,32	1,00								
Net_Migr	0,95	-0,35	1,00							
UnEmp	-0,09	0,91	-0,09	1,00						
House_sav	0,90	-0,58	0,88	-0,39	1,00					
Immun	0,81	0,11	0,83	0,30	0,66	1,00				
Life_exp	-0,89	0,17	-0,89	-0,15	-0,70	-0,79	1,00			
Beds	0,80	0,22	0,82	0,47	0,57	0,94	-0,84	1,00		
Tot_health	-0,90	-0,02	-0,92	-0,28	-0,71	-0,93	0,89	-0,98	1,00	
Unmet	0,47	0,40	0,52	0,43	0,39	0,84	-0,37	0,75	-0,69	1,00

Джерело: розраховано авторкою.

Таблиця 3.9

Вагові коефіцієнти тісноти взаємозв'язку показників медико-соціального забезпечення у допандемічний період для України

	Gini	Soc_Prot	Net_Migr	UnEmp	House_sav	Imm	Life_exp	Beds	Tot_health	Unmet
Gini	1,00									
Soc_Prot	0,42	1,00								
Net_Migr	-0,14	-0,23	1,00							
UnEmp	-0,08	-0,17	0,78	1,00						
House_sav	0,09	0,15	-0,93	-0,83	1,00					
Imm	0,55	0,00	0,67	0,59	-0,73	1,00				
Life_exp	0,64	0,21	-0,49	-0,72	0,47	0,08	1,00			
Beds	-0,45	-0,14	0,75	0,81	-0,75	0,26	-0,87	1,00		
Tot_health	0,11	-0,28	0,74	0,65	-0,86	0,83	-0,14	0,48	1,00	
Unmet	-0,70	-0,37	0,30	0,29	-0,43	-0,05	-0,50	0,58	0,47	1,00

Джерело: розраховано авторкою.

Таблиця 3.10

Вагові коефіцієнти тісноти взаємозв'язку показників медико-соціального забезпечення у період з урахуванням пандемії для Австрії

	Gini	Soc_Prot	Net_Migr	UnEmp	House_sav	Imm	Life_exp	Beds	Tot_health	Unmet
Gini	1,00									
Soc_Prot	-0,22	1,00								
Net_Migr	0,02	-0,17	1,00							
UnEmp	-0,26	0,49	0,23	1,00						
House_sav	-0,12	0,70	-0,72	0,22	1,00					
Imm	0,30	0,04	0,64	-0,03	-0,59	1,00				
Life_exp	-0,32	-0,61	-0,02	-0,10	-0,34	-0,31	1,00			
Beds	0,55	-0,20	0,60	-0,21	-0,67	0,85	-0,32	1,00		
Tot_health	-0,57	0,28	-0,62	0,22	0,72	-0,82	0,23	-0,99	1,00	
Unmet	0,23	-0,16	-0,28	-0,50	0,00	0,03	-0,24	0,19	-0,13	1,00

Джерело: розраховано авторкою.

Узагальнюючи результати кроків 2 і 3 отримаємо можливість побудови нечіткої когнітивної карти (FCM) для виявлення основних каналів, через які пандемія COVID-19 впливає на систему медико-соціального забезпечення населення. Орієнтований граф дає можливість описати та наочно продемонструвати, які саме зв'язки між показниками медичної та соціальної сфер зазнали найбільших змін під впливом пандемії. Для побудови моделі FCM необхідно: 1) вибрати концепти – коефіцієнт Джині (Gini), витрати на соціальний захист (Soc_prot), рівень чистої міграції (Net_migr), рівень

безробіття (UnEmp), заощадження домогосподарств (House_sav), незадоволена потреба в медичному огляді та догляді (Unmet), лікарняні ліжка в лікарнях (Beds), загальні витрати на охорону здоров'я (Tot_Health), імунізація, АКДС (Immun), очікувана тривалість життя при народженні, загальна (Life_Exp); 2) вибір критеріїв та визначення зв'язків між концептами – наявність статистично-значущого причинно-наслідкового зв'язку згідно тесту Гренджера та характер зв'язків згідно значення парної кореляції [242].

Таблиця 3.11

Вагові коефіцієнти тісноти взаємозв'язку показників медико-соціального забезпечення у період з урахуванням пандемії для Словенії

	Gini	Soc_Prot	Net_Migr	UnEmp	House_sav	Immun	Life_exp	Beds	Tot_health	Unmet
Gini	1,00									
Soc_Prot	0,60	1,00								
Net_Migr	-0,62	-0,74	1,00							
UnEmp	0,81	0,71	-0,64	1,00						
House_sav	-0,79	-0,24	0,44	-0,79	1,00					
Immun	0,66	0,23	-0,11	0,47	-0,47	1,00				
Life_exp	-0,29	-0,86	0,55	-0,39	-0,09	0,07	1,00			
Beds	0,87	0,59	-0,70	0,89	-0,81	0,58	-0,32	1,00		
Tot_health	-0,51	0,10	-0,17	-0,51	0,72	-0,62	-0,29	-0,53	1,00	
Unmet	-0,88	-0,64	0,49	-0,90	0,74	-0,69	0,26	-0,85	0,58	1,00

Джерело: розраховано авторкою.

Таблиця 3.12

Вагові коефіцієнти тісноти взаємозв'язку показників медико-соціального забезпечення у період з урахуванням пандемії для Франції

	Gini	Soc_Prot	Net_Migr	UnEmp	House_sav	Immun	Life_exp	Beds	Tot_health	Unmet
Gini	1,00									
Soc_Prot	-0,08	1,00								
Net_Migr	0,91	-0,07	1,00							
UnEmp	0,24	-0,43	0,35	1,00						
House_sav	0,03	0,87	-0,01	-0,75	1,00					
Immun	0,72	-0,16	0,92	0,63	-0,25	1,00				
Life_exp	-0,63	-0,43	-0,60	0,09	-0,51	-0,41	1,00			
Beds	0,57	-0,37	0,68	0,92	-0,59	0,86	-0,14	1,00		
Tot_health	-0,61	0,35	-0,70	-0,88	0,58	-0,86	0,11	-0,99	1,00	
Unmet	0,29	0,55	0,51	-0,14	0,59	0,45	-0,54	0,07	-0,02	1,00

Джерело: розраховано авторкою.

Здійснено тест Гренджера для встановлення причинно-наслідкових зв'язків між змінними медичної та соціальної сфери в допандемічний період, фрагмент якого наведений у таблиці 3.14. Інші результати враховані при побудові когнітивної карти взаємовпливу медико-соціальних показників у допандемічний період та показані в Додатку Ж.

Таблиця 3.13

Вагові коефіцієнти тісноти взаємозв'язку показників медико-соціального забезпечення у період з урахуванням пандемії для України

	Gini	Soc_Prot	Net_Migr	UnEmp	House_sav	Immun	Life_exp	Beds	Tot_health	Unmet
Gini	1,00									
Soc_Prot	0,44	1,00								
Net_Migr	-0,06	-0,15	1,00							
UnEmp	0,10	0,28	-0,72	1,00						
House_sav	0,16	-0,04	0,77	-0,37	1,00					
Immun	0,57	0,14	0,69	-0,41	0,84	1,00				
Life_exp	0,74	0,29	-0,54	0,18	-0,50	-0,05	1,00			
Beds	-0,47	-0,23	0,77	-0,76	0,40	0,26	-0,62	1,00		
Tot_health	0,19	-0,03	0,76	-0,53	0,88	0,88	-0,37	0,53	1,00	
Unmet	-0,61	-0,16	0,29	-0,18	0,36	0,08	-0,75	0,59	0,51	1,00

Джерело: розраховано авторкою.

Таблиця 3.14

Результати тесту Гренджера для медичних та соціальних показників аналізованих країн у період без урахування пандемії (фрагмент)

Гіпотеза, що перевіряється	Австрія		Словенія		Франція		Україна	
	F-Stat	Prob.	F-Stat	Prob.	F-Stat	Prob.	F-Stat	Prob.
Immun не спричиняє зміну Beds	1,07	0,45	0,63	0,59	2,63	0,22	1,89	0,29
Beds не спричиняє зміну Immun	24,24	0,01	1,93	0,29	1,08	0,44	0,58	0,61
House_sav не спричиняє зміну Gini	0,97	0,47	0,78	0,53	1,06	0,45	2,99	0,19
Gini не спричиняє зміну House_sav	0,51	0,65	2,14	0,27	0,22	0,82	1,34	0,38
Net_Migr не спричиняє зміну Immun	0,43	0,68	0,81	0,53	2,85	0,2	0,09	0,92
Immun не спричиняє зміну Net_Migr	13,57	0,03	1,87	0,3	5,58	0,09	0,12	0,89
Unmet не спричиняє зміну Net_Migr	0,72	0,55	0,07	0,93	12,24	0,04	2,41	0,24
Net_Migr не спричиняє зміну Unmet	0,22	0,81	2,76	0,21	0,99	0,47	33,8	0,01
Tot_health не спричиняє зміну Soc_Prot	1,09	0,44	0,97	0,47	2,98	0,19	3,75	0,15
Soc_Prot не спричиняє зміну Tot_health	0,11	0,9	4,64	0,12	0,81	0,52	6,03	0,09

Джерело: розраховано авторкою.

Результати тесту Гренджера для обраних країн у період з урахуванням пандемії наведені в таблиці 3.15. Повний аналіз відображений в Додатку Ж.

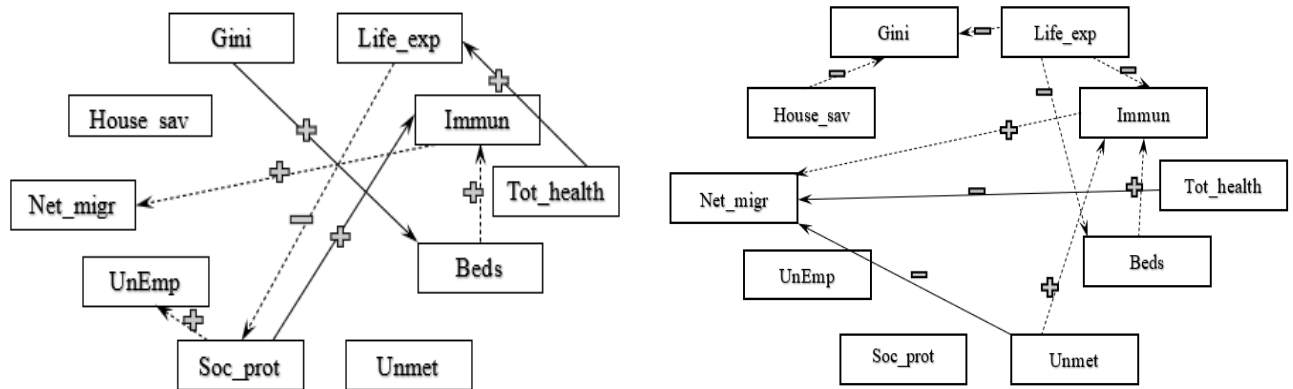
Попередні розрахунки дають можливість побудувати графічну карту взаємозв'язків між елементами медико-соціального забезпечення населення для чотирьох країн у два періоди аналізу (рисунки 3.11-3.14).

Таблиця 3.15

Результати тесту Гренджера для медичних та соціальних показників аналізованих країн у період з урахуванням пандемії (фрагмент)

Гіпотеза що перевіряється	Австрія		Словенія		Франція		Україна	
	F-Stat	Prob.	F-Stat	Prob.	F-Stat	Prob.	F-Stat	Prob.
Immun не спричиняє зміну Beds	0,46	0,67	4,7	0,12	1,82	0,31	5,05	0,11
Beds не спричиняє зміну Immun	50,49	0,01	17,98	0,02	0,33	0,74	4,27	0,13
House_sav не спричиняє зміну Gini	10,67	0,04	1,46	0,36	1,51	0,35	32,51	0,01
Gini не спричиняє зміну House_sav	1,48	0,36	1,95	0,29	1	0,46	19,53	0,02
Net_Migr не спричиняє зміну Immun	0,63	0,59	2,37	0,24	0,52	0,64	5,94	0,09
Immun не спричиняє зміну Net_Migr	14,71	0,03	0,96	0,48	1,33	0,39	78,45	0,00
Unmet не спричиняє зміну Net_Migr	7,6	0,07	0,05	0,95	0,29	0,77	0,92	0,49
Net_Migr не спричиняє зміну Unmet	0,61	0,6	4,24	0,13	3,78	0,15	9	0,05
Tot_health не спричиняє зміну Soc_Prot	0,23	0,81	1,45	0,36	0,2	0,83	0,88	0,5
Soc_Prot не спричиняє зміну Tot_health	1,36	0,38	5,24	0,11	9,66	0,05	0,16	0,86

Джерело: розраховано авторкою.



Період без урахування пандемії

Період із урахуванням пандемії

Рисунок 3.11 – Порівняння взаємозв'язків між змінними медико-соціального забезпечення Австрії

Джерело: побудовано авторкою.

Наявність чи відсутність стрілки між елементами на рисунках вказує на наявність чи відсутність причинно-наслідкового зв'язку відповідно. Початок

стрілки показує елемент-причину, а кінець – елемент-наслідок. Якщо ж стрілка має двозакінчення, то причинно-наслідковий зв'язок існує в обидва боки. Знак стрілки вказує на характер взаємозв'язку прямий (якщо плюс) чи обернений (якщо мінус). Суцільна стрілка вказує на наявність сильного чи дуже сильного зв'язку, пунктирна – на середній, слабкий чи дуже слабкий зв'язок.

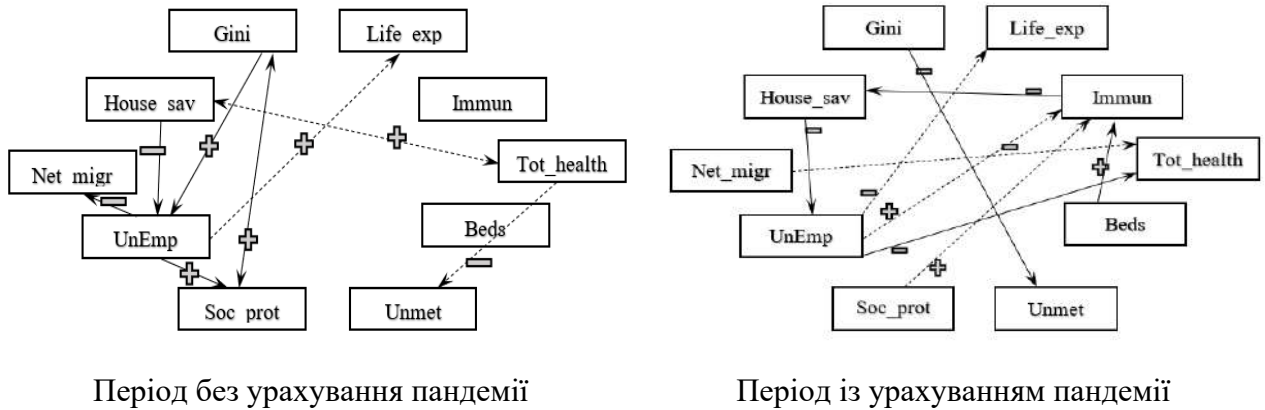


Рисунок 3.12 – Порівняння взаємозв'язків між змінними медико-соціального забезпечення Словенії

Джерело: побудовано авторкою.

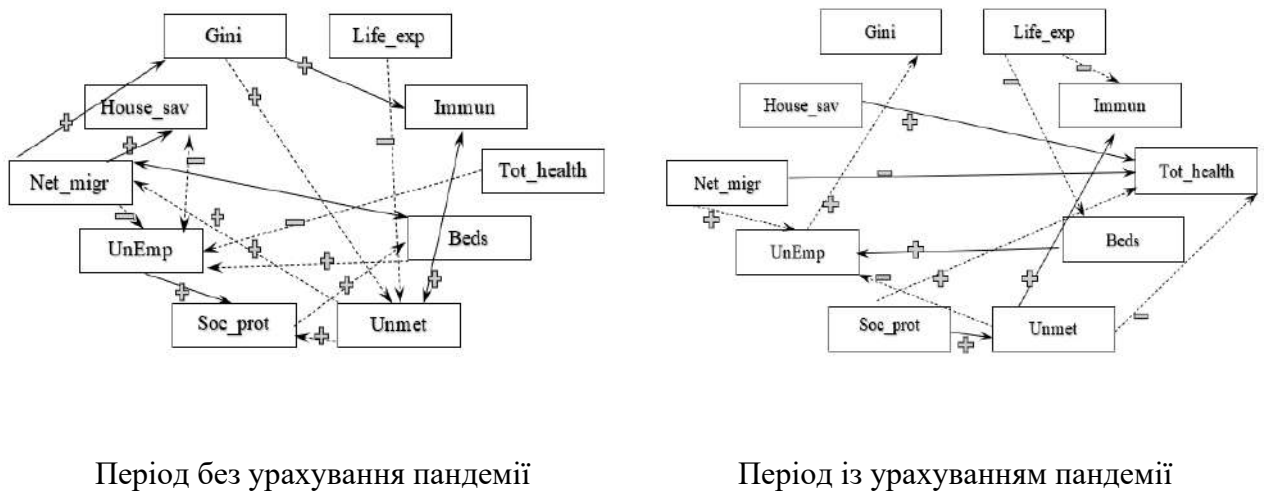


Рисунок 3.13 – Порівняння взаємозв'язків між змінними медико-соціального забезпечення Франції

Джерело: побудовано авторкою.

В Австрії залежність між таким показником, як імунізація населення та

обсяги чистої міграції є прямою як до пандемії, так і при аналізі показників із урахуванням впливу пандемії. Якщо до пандемії на показник чистої міграції впливав лише цей індикатор, то після врахування фактору пандемії простежується також залежність чистої міграції від обсягів витрат на охорону здоров'я та обсягів незадоволених потреб у сфері медицини. При зростанні незадоволеності в отриманні медичних послуг падав показник чистої міграції. У післяпандемічний період зростання обсягів заощаджень домогосподарств зумовлювало падіння індексу Джині, а отже, зниження нерівності в суспільстві.

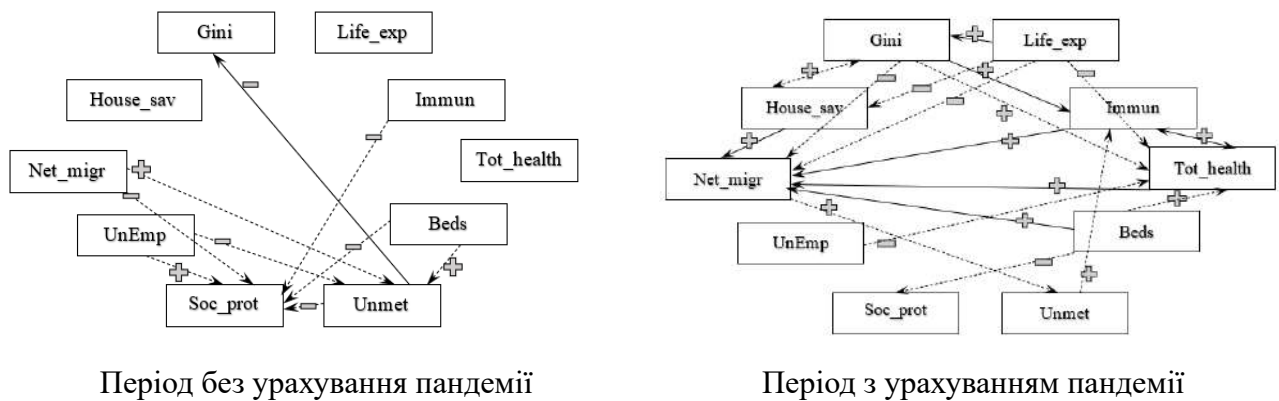


Рисунок 3.14 – Порівняння взаємозв'язків між змінними медико-соціального забезпечення України

Джерело: побудовано авторкою.

Примітно, що до пандемії спостерігався достатньо сильний зв'язок між витратами на соціальний захист та імунізацією населення. Тобто краща соціальна забезпеченість населення зумовлює його вищу готовність та бажання піклуватися про своє здоров'я. У післяпандемічний період інші індикатори є визначальними до цього, серед них, імовірно, призвела реорганізація в системі охорони здоров'я (наприклад, зростання кількості лікарняних ліжок показує на це). Зв'язок між іншими елементами аналізу був не сильним, тому залежності між ними не будемо розглядати як такі, що зумовили зміну в інших. Аналіз тих

же проміжків часу у Словенії показав, що до пандемії зростання обсягів безробіття призводило до зниження показника чистої міграції населення як індикатора привабливості країни. У свою чергу на показник безробіття значний вплив мав показник індексу Джині (при його зростанні зростає рівень безробіття). Сильний зв'язок виявлений між обсягами заощаджень домогосподарств та рівнем безробіття, який є оберненим. Зв'язок достатньої сили впливу виявлений між індексом Джині та витратами на соціальний захист населення. У період після пандемії визначено сильний зв'язок між індексом Джині та незадоволеними потребами в медичних послугах. При чому при зростанні індексу нерівності незадоволеність у медичному догляді падає. З цього випливає, що економічно більш сприятливі умови проживання зумовлюють більшу вибагливість населення до умов надання медичної допомоги. У Франції у допандемічний період спостерігався сильний зв'язок між імунізацією населення та задоволеністю потреб у медичному догляді та огляді. Зростання чистої міграції показує прямий зв'язок із обсягами заощаджень домогосподарств. У післяпандемічний період показник чистої міграції показує падіння в інших показниках, але натомість відсутні прямі зв'язки з іншими індикаторами, які б зумовлювали зростання чи падіння показника привабливості країни. Для України визначено, що у допандемічний період простежувалася лише одна пара змінних із сильним зв'язком – незадоволена потреба в медичному огляді та догляді, при зростанні якої спостерігалось зростання коефіцієнта нерівності Джині (чим вищий коефіцієнт Джині, тим більшою є нерівність у суспільстві). Нижчими за силою зв'язку виявилися пари зі змінними рівня безробіття та витратами на соціальний захист, обернений зв'язок між рівнем чистої міграції та витратами на соціальний захист, обернений зв'язок між рівнем безробіття та незадоволеною потребою в медичному огляді та догляді. Примітно, що зростання забезпеченості лікарняними ліжками не зумовлювало покращання показника задоволення потреби в медичному догляді. Аналіз із урахуванням впливу пандемії показав наявність значно більшої кількості залежностей між змінними,

серед яких найбільш сильний зв'язок спостерігається між парами змінних, серед яких наслідком є рівень чистої міграції (різниця між кількістю іммігрантів та емігрантів).

На зростання цього показника (привабливості країни) впливають показники фінансування системи охорони здоров'я, покращання забезпеченості медичної системи (забезпеченість лікарняними ліжками) та ефективність вакцинаційних кампаній (імунізація АКДС). Серед показників соціальної сфери примітно, що при аналізі з урахуванням впливу пандемії з'являється двонаправлений зв'язок між заощадженнями домогосподарств та коефіцієнтом нерівності Джині.

Практична реалізація запропонованого алгоритму дозволила обґрунтувати трансформації причинно-наслідкових зв'язків між аналізованими показниками у допандемічний та пандемічний періоди, ідентифікувати імовірні канали, через які COVID-19 вплинув на систему медико-соціального забезпечення населення та привабливість країн у цілому. Ключовими показниками, які верифікують цей вплив є задоволеність потреб у медичному огляді та догляді, забезпеченість лікарняними ліжками та витрати на соціальний захист. Виявлено, що привабливість країни, виражена через обсяг чистої міграції у період пандемії значною мірою залежить від забезпеченості медичної системи та ефективності її функціонування. Також виявлено кілька корисних залежностей, а саме те, що люди, які більш соціально та економічно забезпечені схильні більш критично підходити до питань здоров'я – його профілактики (імунізація) та висування вимог до медичного обслуговування (задоволеність потреб в медичному огляді та догляді). Виявлено, що у період дії дестабілізуючого фактору (COVID-19) кількість причинно-наслідкових зв'язків між індикаторами медичної та соціальної сфери значно зросла порівняно з допандемічним періодом.

Проведений аналіз засвідчив, що визначені трансформації викликані зміною патернів поведінки населення (схильність до профілактики захворювань, вживання здорових продуктів харчування, оптимальний руховий

режим, відмова від шкідливих звичок). З огляду на це, при формуванні державної політики здорового розвитку національної економіки необхідним є врахування поведінкових патернів населення.

3.3. Теоретико-методологічний підхід до емпіричного обґрунтування поведінкових детермінант резильєнтного здорового розвитку національної економіки

Трансформаційні процеси, що мають місце в соціально-економічній, медичній, фінансово-бюджетній, інституційно-політичній сферах суспільства спричинені зокрема пандемією COVID-19 у 2020-2022 рр., мають різні прояви на стабільність країн та регіонів. У контексті COVID-19 нагальною стала потреба переорієнтації моделей медико-соціального забезпечення населення для того, що більш ефективно протистояти викликам нової пандемії. Для суспільства впровадження таких різких та швидких змін є викликом. Новації зачіпають сферу життя окремих людей та діяльність бізнесових структур.

У [323] автори доводять, що інтеграція сектору охорони здоров'я в макроекономіку є важливим завданням. Наголошується на ролі якості системи охорони здоров'я та медичного страхування як індикаторів ендогенних часових горизонтів та економічного добробуту відповідно. Потенціал країн у сфері охорони здоров'я визначається та розраховується за різними підходами. Аналіз наукових праць дозволив зробити систематизацію джерел за тим, як автори ідентифікують складові цього потенціалу та інтерпретують результати. У [146] здійснено оцінювання конкурентоспроможності трьох країн на основі порівняльного аналізування показника розвитку медичних установ. Методологічним підґрунтям дослідження стали метод ранжування та метод узагальнення. У [211] розроблені концептуальні основи оцінювання ефективності національних систем охорони здоров'я для боротьби з пандемією SARS-CoV-2. Для досягнення мети дослідження науковці використовують

таксономічний показник розвитку та здійснюють кореляційний аналіз. Компоненти, які автори пропонують використовувати для оцінювання ефективності системи охорони здоров'я, включають демографічний, епідеміологічний, якість життя, пов'язану зі здоров'ям, фінансовий та інфраструктурний. Вони описані за допомогою 18 індикаторів. Такий підхід може допомогти у відстежуванні продуктивності роботи системи охорони здоров'я під час пандемій. У [267] за рахунок поєднання в одному дослідженні таких індикаторів, як Global Competitive Index, Health Systems in Transition та the System of Health Accounts і змінних, пов'язаних з середовищем кожного регіону (конкурентоспроможність, безпека, інфраструктура, населення, система охорони здоров'я) проаналізували потенціал країн Європейського Союзу до протистояння COVID-19. Методичним підґрунтям стали описовий аналіз та бінарна логістична модель (logit). У [45] запропоновано два індекси для вимірювання ефективності до протистояння пандеміям – стійкість (зменшення негативного впливу пандемії) та превентивність (здатність попереджувати поширення пандемії та відновлювати місцеву соціально-економічну систему). У [4] автори надають кількісне обґрунтування своєї гіпотези щодо того, що спроможність до подолання пандемій головним чином визначається якістю державного управління, досліджуючи емпірично зв'язок між ефективністю карантинних заходів та World Governance Indicators. У [239] науковці пропонують використовувати композитний індикатор вимірювання стійкості національної системи охорони здоров'я, який ґрунтується на 13 цілях UN's SDG 3. Розрахунки авторів з 2016 по 2020 рік показали, що менше 28 % країн-членів Всесвітньої організації охорони здоров'я мали ефективні національні системи здоров'я. При цьому європейський регіон виявився безумовним лідером за рівнем композитного індикатора та еволюцією окремих складових. У [330] увагу зосереджено на оцінюванні стану реалізації державних інвестиційних проєктів у сфері охорони здоров'я. Рекомендації авторів націлені на покращання потенціалу національної економіки України до протистояння пандемічним викликам.

Цілі країни мали низку економічних (зниження ВВП, складності для місцевого бізнесу (згідно з [122] у однієї чверті компаній у світі продажі впали у розмірі близько 50 % унаслідок подій, пов'язаних з COVID-19; загалом світові продажі впали на 27 % у період з жовтня 2020 року по січень 2021 року), падіння інвестиційної привабливості (згідно даних Конференції ООН з торгівлі та розвитку [54] обсяг глобальних іноземних інвестицій зазнав серйозного падіння в 2020 році зі зменшенням на 42 %; у натуральному вимірі такий же рівень інвестицій спостерігався в останнє в 1990 році, і є на 30 % нижчим рівня 2008-2009 рр. за світової фінансової кризи) та ін.) і соціальних (погіршення рівня життя (до пандемії найбільша кількість європейців оцінювали якість свого життя на рівні від 5 до 7 за шкалою 0 до 10, тоді як у 2021 році після часів пандемії більша кількість респондентів оцінила якість свого життя на рівні від 3 до 5 згідно [249]; збільшилася відповідно й частка тих, хто оцінив якість свого життя на надто низькому рівні – з 7 % до 24 % європейців), якості медико-соціального забезпечення населення (у [223] у результаті систематизованого огляду різних джерел інформації узагальнено дані з 81 джерела щодо змін обсягів надання медичних послуг у часи до пандемії та після пандемії, з 143 проаналізованих оцінок більше 95 % вказували на зменшення обсягів надання медичних послуг, а міжквартильний розмах склав від -50,5 % до -19,8 % (якщо рахувати без викидів результатів, певні з яких, але дуже у невеликому обсязі є додатними величинами), зменшення соціальних активностей (згідно [91] під час пандемії середня кількість кроків, які здійснювали респонденти на день впала з 10000 допандемічних до 4600, час спілкування зменшився більш ніж на половину, натомість час перед екранами гаджетів збільшився більш ніж удвічі) та інших небажаних наслідків.

За умови врахування реального потенціалу територіальних одиниць до протидії викликам здоров'ю можливо перейти до дієвої (відповідно можливостям) реактивної стратегії трансформації національної політики у сфері охорони здоров'я. Можливим стає розроблення підходу до мінімізації

розриву між наявним та необхідним для планованих трансформацій у системі надання медичної допомоги рівнями інтегрального потенціалу до вирішення викликів в сфері охорони здоров'я та, відповідно, підвищення готовності всіх стейкхолдерів цього процесу до роботи в умовах трансформацій. Особливого значення набуває оцінювання компонент інтегрованого потенціалу до протистояння викликам, одне з важливих місць у якому займають поведінкові патерни населення в сфері охорони здоров'я.

Нами поставлено за мету дослідити чинники, які визначають стійкість національної системи здорового розвитку до впливу COVID-19. Деякі напрацювання з цього питання вже є в наукових школах різних країн. У [12] обґрунтовано, що негативний вплив пандемій, зокрема COVID-19, найкраще нівелюють країни, які адекватно реагують на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, своєчасно оновлюють національну стратегію, що залежить від контексту загрози, здатні до нарощення потенціалу своїх систем охорони здоров'я, мінімізують фрагментарність ситуації в різних регіонах у національних масштабах та спроможні до подолання внутрішньої соціально-економічної нерівності. У [170] проаналізовано стійкість більше 150 країн світу до COVID-19. Серед визначальних чинників, що зумовлюють успішність країни в протистоянні пандемічним викликам, автори називають рівень довіри до влади. Таким чином, аналіз напрацювань учених дає підстави сформулювати гіпотезу щодо існування інших важливих факторів, що зумовлюють стійкість суспільства до впливу COVID-19.

Для з'ясування, які чинники можуть входити в цей факторний набір, проведено попередню оцінку явних та можливих латентних незалежних змінних, що впливають на результуючі показники. У нашому випадку результуючими показниками прийнято два параметри – кількість випадків COVID-19 на 1 тис. населення та кількість смертельних випадків від COVID-19 на 1 тис. населення. У рамках дослідження висунуто гіпотезу щодо наявності зв'язку між регіональними поведінковими патернами населення в сфері

охорони здоров'я та здатністю територіальної одиниці до протистояння пандемічним викликам.

Для дослідження впливу патернів здорової поведінки населення на перебіг пандемії COVID-19 сформовано статистичну базу дослідження з показників 24 регіонів України. Аналіз вразливості областей здійснимо в два етапи: спочатку дослідимо залежність кількості випадків захворювань на COVID-19, на другому етапі – залежність кількості смертельних випадків від COVID-19. До показників здорової поведінки в області віднесено: споживання молока та молокопродуктів; споживання плодів, ягід і винограду; споживання риби та рибних продуктів; споживання цукру; кількість осіб, що займаються фізичною культурою і спортом; кількість осіб, що палять; кількість населення з ожирінням (таблиця 3.16).

Згідно розрахунків (таблиця 3.17) значення кореляції за всіма парами змінних із таблиці 3.16 не перевищує 0,7, що свідчить про відсутність мультиколінеарності. Отже, для подальшого аналізу можна використати всі сім вхідних змінних. Спершу оберемо цільовою змінною показник кількості випадків заражень COVID-19 у розрахунку на 1 тис. осіб. Кількісні значення цього показника представлені на рисунку 3.15. Перетворимо цей кількісний показник на категоріальний, щоб поділити регіони на групи за величиною показника кількості інфікованих, який буде цільовим у подальшому дискримінантному аналізі. Регіони зі значенням цього показника нижче 7 віднесемо до групи з низьким показником інфікування. Регіони зі значенням вище 7, але нижче 9 – до групи з середнім показником інфікування. Регіони зі значенням вище 9 – до групи з високим показником інфікування COVID-19.

За результатами дискримінантного аналізу значення лямбда Уїлкса становить 0,756. Це значення є ближчим до 1, що свідчить про низьку якість дискримінації. Крім того, результат дискримінантного аналізу не можна вважати статистично значимим, оскільки значення р-критерію значно вище за 0,05 і складає 0,98.

Таблиця 3.16

Вхідні дані поведінкових патернів населення України в питаннях здоров'я

Регион	Споживання молока та молочних продуктів, на одну особу на рік, кг	Споживання плодів, ягід і винограду, на одну особу на рік, кг	Споживання риби та рибних продуктів, на одну особу на рік, кг	Споживання цукру, на одну особу на рік, кг	Кількість осіб, що займаються фізичною культурою та спортом, чол. на 1 тис. осіб	Кількість осіб, що палять, чол. на 1 тис. осіб	Частка населення у віці від 18 років з ожирінням, %
Вінницький	198,9	63,5	15,4	30,6	201,2	155,5	15,2
Волинський	206,9	49,3	12,5	31,6	141,7	146,1	16,5
Дніпропетровський	197,5	68,1	13	28,5	184,5	218	16,4
Донецький	170,4	45,6	12,9	28,5	53	225,7	15,6
Житомирський	209	54,6	15	26,8	80,3	166	18,2
Закарпатський	230,8	55,8	8	29,4	149,2	190,4	17,9
Запорізький	171,4	53,8	13,6	28,8	137,8	221,4	16,8
Івано-Франківський	276,7	54,7	9	32,5	72,1	133,1	14,4
Київський	211,2	81,4	16,8	24	114,1	106,9	19,4
Кіровоградський	213,8	53,5	13,5	32,7	60,8	199,3	18,9
Луганський	147,4	45,3	9	29	22,8	81	16,4
Львівський	215,3	58,5	9,4	30,4	124,5	150,9	12,8
Миколаївський	204,3	62,1	13,4	29,4	117,1	197,3	14
Одеський	185,8	64,3	16	27	280,9	167,2	16
Полтавський	201,5	54,7	12	28,5	87,5	229,2	20,9
Рівненський	191,7	44,8	10,5	28,3	84	160,8	12,5
Сумський	182,4	45,8	9,5	31	148,9	121,6	14,9
Тернопільський	245,1	53,7	9,6	26,1	41,5	162,8	16,5
Харківський	203,9	55,6	9,2	25	111,3	176,7	14,8
Херсонський	183,9	52,1	14	31,6	211,8	184,3	22,1
Хмельницький	208,2	64,4	10,5	30	81,2	142,1	17,2
Черкаський	216,6	62,7	13,9	35	93,1	185,5	19
Чернівецький	226,6	70,1	10,5	31,2	116,1	165,2	18
Чернігівський	210,5	52,9	12,7	39,5	66,3	185,6	24,6

Джерело: скомпоновано за даними Державної служби статистики України.

Здійснено дискримінантний аналіз з тим же набором незалежних змінних, але групуючою буде кількість смертельних випадків від COVID-19 (рисунок 3.16). У цьому разі значення лямбда Уїлкса складає 0,389, що свідчить про значно вищу якість розподілу на групи (таблиця 3.18).

Таблиця 3.17

Результати перевірки входних даних на мультиколінеарність

Змінні	Споживання молока та продуктів з нього	Споживання плодів, ягід, винограду	Споживання риби та продуктів з неї	Споживання цукру	Кількість осіб, що займаються фізичною культурою та спортом	Кількість осіб, що палять	Частка населення з ожирінням
Споживання молока та продуктів з нього	1	0,297	-0,252	0,162	-0,169	-0,036	0,007
Споживання плодів, ягід, винограду	0,297	1	0,439	-0,211	0,334	-0,053	0,135
Споживання риби та продуктів з неї	-0,252	0,439	1	-0,058	0,405	0,22	0,336
Споживання цукру	0,162	-0,211	-0,058	1	-0,108	0,104	0,419
Кількість осіб, що займаються фізичною культурою та спортом	-0,169	0,334	0,405	-0,108	1	0,125	-0,054
Кількість осіб, що палять	-0,036	-0,053	0,22	0,104	0,125	1	0,231
Частка населення з ожирінням	0,007	0,135	0,336	0,419	-0,054	0,231	1

Джерело: розраховано авторкою.

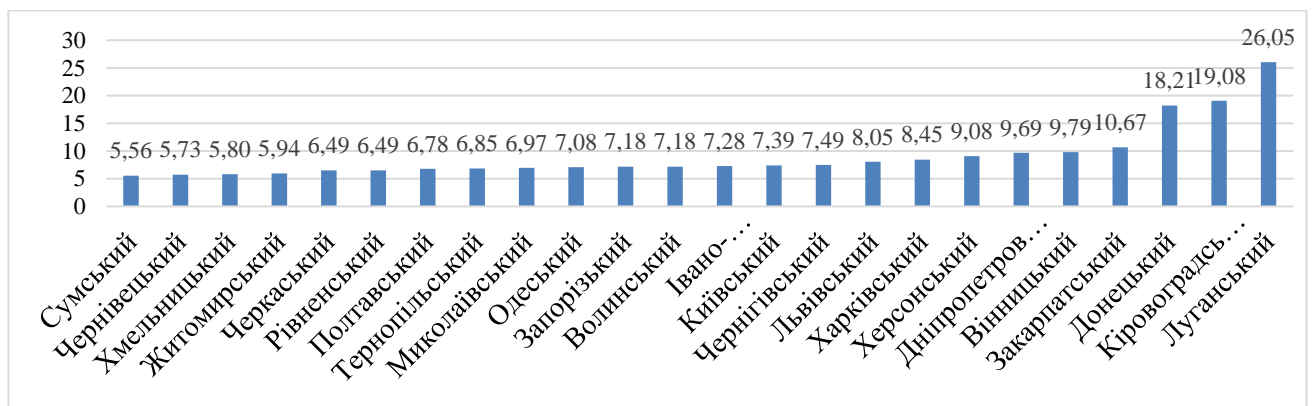


Рисунок 3.15 – Кількість інфікованих на COVID-19 у розрахунку на 1 тис. осіб населення в Україні станом на 18.09.2022 р., осіб

Джерело: побудовано за даними [381].

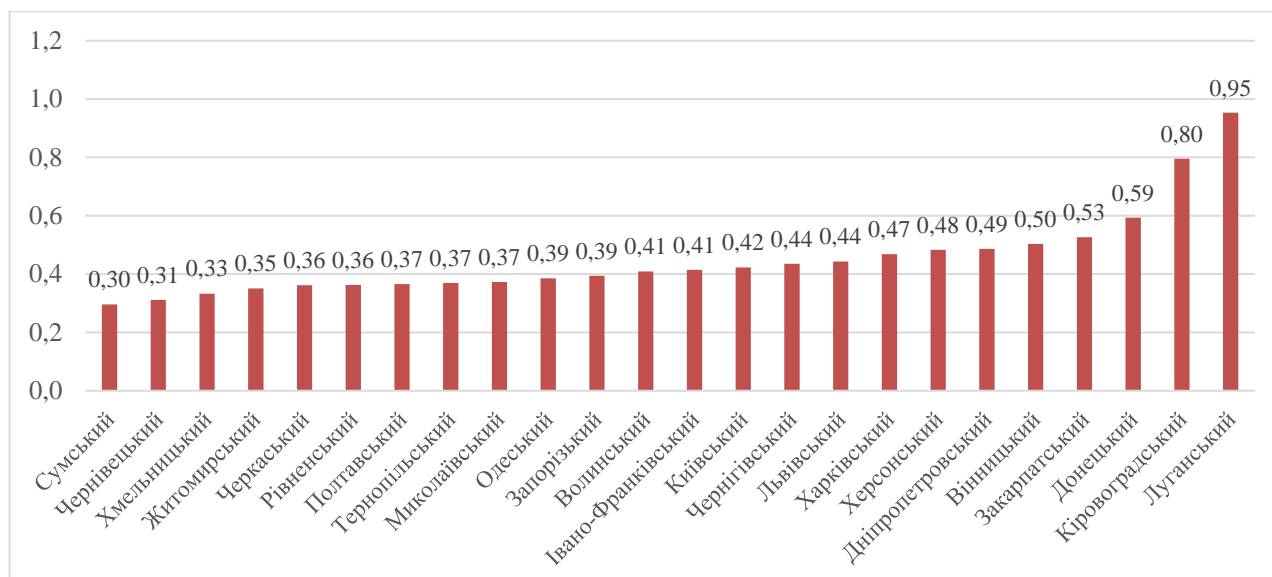


Рисунок 3.16 – Кількість смертельних випадків через зараження COVID-19 на 1 тис. осіб населення України станом на 31.12.2022 р., осіб

Джерело: побудовано за даними [381].

Таблиця 3.18

Результати дискримінантного аналізу показників здорової поведінки за групуною змінною кількості смертельних випадків від COVID-19

Змінні	Лямбда Уїлкса	Часткова лямбда	Толерантність	R ²
Споживання молока та продуктів з нього	0,529	0,736	0,565	0,435
Споживання плодів, ягід, винограду	0,445	0,875	0,566	0,434
Споживання риби та продуктів з неї	0,411	0,948	0,546	0,454
Споживання цукру	0,392	0,993	0,676	0,324
Кількість осіб, що займаються фізичною культурою та спортом	0,456	0,853	0,718	0,282
Кількість осіб, що палять	0,413	0,942	0,854	0,146
Частка населення з ожирінням	0,468	0,831	0,664	0,336

Джерело: розраховано авторкою.

Значення лямбди Уїлкса коливається для усіх змінних – у межах від 0,392 до 0,529, що свідчить про меншу бажаність присутності змінної «Споживання цукру» у моделі. Найбільш бажаною є присутність змінної «Споживання молока та продуктів з нього» у процедурі дискримінації. Ці ж висновки підтверджують значення часткової лямбди, що коливається у межах від 0,736 (для змінної «Споживання молока та продуктів з нього» до 0,993 (для змінної «Споживання цукру»).

Аналіз значень Толерантності показує, що змінні «Споживання молока та продуктів з нього», «Споживання плодів, ягід, винограду» та «Споживання риби та продуктів з неї» найбільш пов'язані з іншими змінними. Цей висновок підтверджує й значення R^2 в останньому стовпці. Для цих змінних воно є найвищим. Допоміжна таблиця розрахованих квадратів відстаней Махаланобіса (таблиця 3.19). З таблиці бачимо, що групи Низький та Високий мають найбільшу відстані одна між одною, тоді як пари Низький та Середній, Середній та Високий – ближчі за відстанями, і це може спричинити певну ймовірність неправильної класифікації спостережень між цими групами.

Таблиця 3.19

Квадрати відстаней між змінними Махаланобіса

Рівень смертності	Високий	Середній	Низький
Високий	0,000	2,6	4,486
Середній	2,6	0,000	2,643
Низький	4,486	2,643	0,000

Джерело: розраховано авторкою.

Для наочності аналізу якості групування показників доцільно здійснити додаткове дослідження за допомогою канонічного аналізу.

У результаті розрахунку знайдено два канонічних корені (дискримінаційні функції, які можна побудувати). Власне значення

(значущість) яких становить 0,74 та 0,48 відповідно. Таким чином, перша дискримінаційна функція є більш значимою.

Для подальшого аналізу необхідно переглянути таблицю стандартизованих коефіцієнтів (таблиця 3.20). Як бачимо зі стандартизованих коефіцієнтів, найбільший внесок у першу дискримінаційну функцію здійснює змінна «Споживання молока та продуктів з нього» (1,047), а найменший внесок має змінна «Споживання цукру» (0,152). Кумулятивна частка першого канонічного кореня становить 0,609. Найбільший внесок у другу дискримінаційну функцію має змінна «Споживання плодів, ягід, винограду» (-0,722), а найменшу – «Кількість осіб, що палять» (-0,023). Кумулятивна частка цього канонічного кореня становить 1,000, що пояснюється, що дисперсія дискримінації повністю пояснюється другою функцією. Далі побудуємо діаграму розсіювання канонічних значень (рисунок 3.17).

Таблиця 3.20

Факторна структура для складових частин здорової поведінки

Змінна	Корінь 1	Корінь 2
Споживання молока та продуктів з нього	1,047	0,027
Споживання плодів, ягід, винограду	-0,351	-0,722
Споживання риби та продуктів з неї	0,471	0,049
Споживання цукру	0,152	-0,037
Кількість осіб, що займаються фізичною культурою та спортом	0,628	-0,339
Кількість осіб, що палять	-0,398	-0,023
Частка населення з ожирінням	-0,594	-0,568
Власні значення	0,740	0,476
Кумулятивна частка	0,609	1,000

Джерело: розраховано авторкою.

За результатами здійснених розрахунків можна зробити висновки, що регіони з кращими патернами поведінки населення щодо споживання здорових продуктів харчування характеризуються вищою стійкістю до COVID-19 у питаннях ускладнення протікання захворювання. При цьому обсяги споживання цукру не є визначальними. Примітно, що важливе значення мають

такі поведінкові компоненти, як кількість осіб, які займаються фізичною культурою та спортом, а також частка осіб із ожирінням.

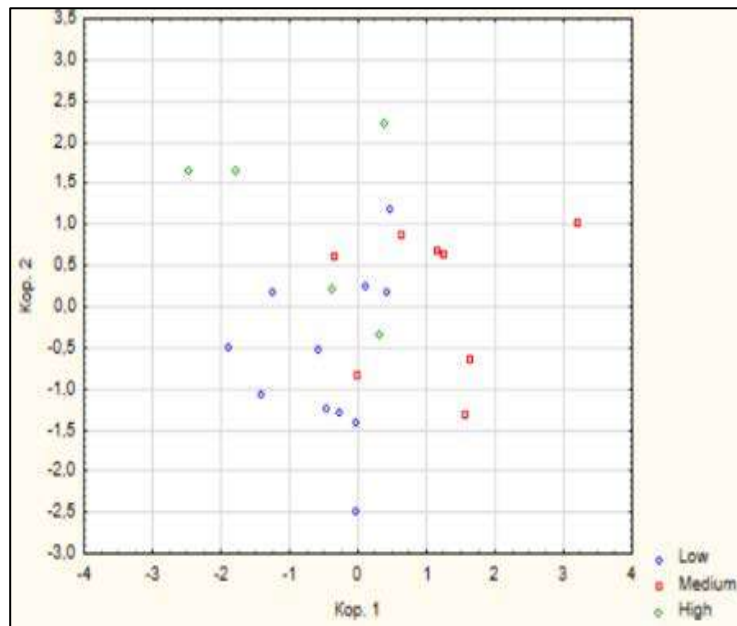


Рисунок 3.17 – Діаграма розподілу канонічних значень

Джерело: побудовано авторкою у програмному середовищі Statistica 10.

При цьому патерни поведінки населення не чинять істотного впливу на схильність до зараження на COVID-19. Найбільш істотні відмінності у параметрах поведінкових патернів між класифікаційними групами «Високий» та «Низький» рівні резильєнтності національної економіки до COVID-19, тоді як пари «Низький» та «Середній», «Високий» та «Середній» – ближчі за значеннями. Визначено, що високі значення індикаторів обсягу споживання здорових продуктів (молоко, ягоди, риба) (категорія «Звички харчування»), кількості осіб, що займаються фізичною культурою та спортом (категорія «Фізична активність») та низьке значення індикатора кількості осіб із ожирінням (категорія «Догляд за тілом») можуть істотно впливати на резильєнтність національної економіки до впливу пандемії COVID-19 (менша кількість летальних випадків від захворювання). Ці результати можуть бути враховані при розробленні стратегії протидії пандемічним загрозам та

плануванні інформаційно-просвітницької роботи з населенням щодо профілактики загострення захворювань, спричинених епідемічними чинниками. Маркетинг у сфері просування здорового способу життя та здорового розвитку національної економіки в цьому контексті набуває нових рис, дедалі більше диджиталізується, модернізується під запити та нові ринкові обставини. Беззаперечно, що в найближчі часи тенденція до оздоровлення повсякденного життя людей збережеться. Актуальності набудуть вдалі розробки національних проєктів, що сприятимуть формуванню здорової поведінки, створенню та підтримці лояльних відносин між споживачем та брендом здорової продукції, ефективної взаємодії між усіма учасниками сфери охорони здоров'я національної економіки.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі вдосконалено методологічний інструментарій визначення ефективності національних моделей медико-соціального забезпечення населення в умовах дії факторів дестабілізації, формалізовано основні канали їх прояву, обґрунтовано силу впливу поведінкових патернів населення на резильєнтність національної економіки в умовах дії цих факторів.

Обґрунтовано, що пандемія COVID-19, спричинивши низку негативних явищ у соціально-економічному розвитку національних економік світу та викликавши збільшення імовірності виникнення ряду ризиків для громадського здоров'я, є тим дестабілізуючим фактором національної економіки, подолання якого та нівелювання його наслідків є визначальними завданнями, які формують підґрунтя для довгострокової резильєнтності систем медико-соціального забезпечення у майбутньому.

Здійснений бібліометричний аналіз у поєднанні з трендовим дослідженням показали, що наукові напрацювання з питань розвитку національних систем медико-соціального забезпечення населення набули найбільшої популярності у 2020 році з початком пандемії коронавірусу. Питанню ефективності цих систем присвячені праці більшою мірою медичного та економічного спрямування, наукові школи яких диверсифіковані географічно. У роботі здійснено поглиблення існуючих напрацювань щодо оцінювання ефективності моделей медико-соціального забезпечення, зокрема для оцінювання цих моделей для країн Європейського Союзу та України обраний період часу з урахуванням впливу пандемії COVID-19 та використаний інструментарій порівняння моделей відповідно до їх класифікації (Беверіджа, Бісмарка, змішана), що базується на використанні методу головних компонент та DEA-аналізу. За результатами розрахунків виявлено, що в існуючій вибірці країн відсутня еталонна модель медико-соціального забезпечення населення, яка б показала доведену ефективність в умовах впливу пандемії коронавірусу. Національна система України показує наявність певних резервів у кількості

лікарів (-8,4 %) та щодо рівномірності доходів (-46,5 %), витрат на соціальний захист (-25,8 %), але щодо інших показників у ряді проаналізованих вона виявила слабкі місця: фінансування витрат на охорону здоров'я (19,7 %), витрати на фінансування фізичної культури та спорту (116,8 %), рейтинг країн за рівнем медицини (23,4 %) тощо.

У ході розрахунків обґрунтовано трансформації причинно-наслідкових зв'язків між показниками соціально-економічної складової національного розвитку та медичними показниками у допандемічний та період з урахуванням пандемії. Ідентифіковано, що в період дії дестабілізуючого фактору (пандемії коронавірусу) кількість таких зв'язків істотно зросла. Ці зміни в зв'язках між різними групами індикаторів значною мірою викликані змінами патернів поведінки населення, на що доцільно звертати увагу при розробленні та впровадженні заходів державної політики щодо здорового розвитку національної економіки.

Емпірично доведено, що патерни поведінки населення мають статистично значущий вплив на резильєнтність сфери охорони здоров'я національної економіки до дестабілізуючих факторів (як такий фактор взято до уваги в розрахунках пандемію коронавірусу). Також виокремлено релевантні фактори, що мають найбільш чутливий вплив на резильєнтність сфери здоров'я національної економіки: споживання молочних продуктів, частка населення, яка залучена до фізичної культури та занять спортом, споживання фруктів, частка населення з ожирінням (як фактор-дестимулятор). Одержані результати доречно враховувати при виборі каналів маркетингових комунікацій та основного комунікаційного мотиву при інформаційній роботі з ключовими стейкхолдерами національної економіки.

Основні положення третього розділу дисертаційної роботи опубліковано авторкою у працях [178, 179, 180, 185, 192, 196, 197, 396, 409, 410].

РОЗДІЛ 4 ТЕОРЕТИЧНЕ ТА МЕТОДОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТЯ МАРКЕТИНГОВОЇ ПОЛІТИКИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ

4.1. Теоретико-методологічне підгрунтя створення концентричної моделі маркетингу здорового розвитку національної економіки

В умовах пандемії та необхідності дотримання соціальної дистанції істотно змінилася споживча поведінка на національному ринку. Попит на певні товари зменшився, тоді як на інші товари – навпаки, зріс. Якщо до 2020 року споживачі здебільшого звертали увагу на ціну та якість товару при ухваленні рішення про покупку, то у період після початку пандемії COVID-19 до чинників впливу на вибір продукту додалися екологічність виробництва та споживання товару, цінності, які пропонує компанія-виробник, розуміння здоровий продукт чи ні (кількість та рівень відновності ресурсів, що використовують при його виробництві), корисні властивості для організму людини (наприклад, можливість оздоровлення чи профілактики захворювань при використанні цього продукту). Дослідження [248] показує, що половина респондентів включає до свого раціону харчування більше рослинних продуктів, продуктів здорового сегменту. Ця макротенденція набула популярності ще до пандемії, але саме пандемія стала поворотним моментом наростання популярності такої продукції. Доречно зазначити, що багато споживачів надають перевагу продуктам, що виготовлені з місцевих інгредієнтів (суб'єктивна цінність – «щось рідне, не привізне»). Ринок здорових продуктів стає все більш персоналізованим. Компанії-виробники та ритейлери мають на меті пропонувати покупцям індивідуально розроблений процес купівлі товару: споживачі проходять опитування щодо стану здоров'я, прийнятності раціону харчування, наявності алергій, стилю життя тощо. Тоді, якщо споживач, для прикладу, має алергію на ячні продукти, то він отримує свою індивідуальну вітрину продуктів, що відповідає його потребам.

Змінюється поняття довіри до компанії-виробника чи дистриб'ютора продукту. Раніше довіра означала, що бренд виконує обіцяне, але на сьогодні пріоритет не в компанії та її домовленостях з клієнтом, а в піклуванні про клієнта, який має при комунікації та взаємодії з продуктом відчувати безпеку, розуміти, що продукт є нешкідливим для довкілля та позитивно впливає на його фізичне чи ментальне здоров'я.

Через пандемію COVID-19 у 2020-2021 рр. сфера громадського здоров'я зазнала значного навантаження. Міністри охорони здоров'я та делегати з 53 країн – членів Всесвітньої організації охорони здоров'я ухвалили перший в історії Регіональний план дій у сфері цифрової охорони здоров'я. Його основною метою є сприяння цифровій трансформації медицини в європейському регіоні та Центральній Азії. Фактично цей план є визнанням того, що цифрові інструменти мають вирішальну роль та потенціал в секторі охорони здоров'я, зокрема з урахуванням досвіду протидії COVID-19. Новий план передбачає широке застосування телемедицини та штучного інтелекту [365].

Стан справ у галузі охорони здоров'я можна охарактеризувати такими тенденціями: через карантинні заходи значна кількість пацієнтів перестали відвідувати лікарів безпосередньо в медичних закладах, що спричинило падіння обсягів купівлі ліків за рецептом; зазнав неабиякого розвитку диджитал-маркетинг у сфері охорони здоров'я; більш активне використання соціальних медіа платформ для підтримки зв'язку з клієнтами медичних закладів; зростання популярності концепції соціальної відповідальності в сфері діяльності медичних закладів; активізація телемедицини з консультуванням лікарів за допомогою електронної пошти чи через телефон (згідно [290] 88 % тих пацієнтів, хто користувався такими послугами, при опитуванні відповіли, що хочуть продовжувати користуватися послугами телемедицини для консультацій, що не вимагають прямого лікарського втручання (операції, процедури і т. п.)). У [298] зазначається, показник сукупного річного темпу зростання ринку телемедицини досяг 21,4 % у 2021 році; різноманітні стартапи

в галузі цифрової охорони здоров'я (наприклад, Healables) пропонують розробки із застосуванням штучного інтелекту для дистанційного лікування через синергію технологій роботи з тілом пацієнта, сприяючи позитивним думкам, та вдалого маркетингу, сприяючи формуванню звичок людини до здорового способу життя та продуктивної поведінки (яскравим прикладом є інновація на ринку, що набуває все більшого поширення, особливо в країнах з посушливим кліматом – мотиваційні пляшки для води, які спонукають їх користувача пити достатню кількість води для профілактики захворювань та уникнення поганого самопочуття); послуги з доставки ліків до дверей (цікавим є приклад українського інтернет-сервісу «Liki24»). Це агрегатор для пошуку й доставки медичних препаратів. Фактично він є не аптекою (тому що нічого не продає), а посередником, якому користувач дає завдання сходити в аптеку, придбати ліки та принести їх. У США ж, на відміну від України, дозволені інтернет-аптеки. Такі сервіси, як «NowRx» та «Capsule», є представниками нового типу інтернет-аптек, що доставляють медикаменти прямо додому своїм замовникам. Активно впроваджують віртуальні записи лікарів для промоції, наприклад, медичних клінік (у таких записах презентують лікарів, медичні заклади через сторітейлінг, влоги, відеопрезентації тощо). В Україні відомим прикладом поширення відео, що набув особливої популярності під час пандемії COVID-19, став дитячий лікар Є. О. Комаровський зі школою, що активно поширювала дописи та відео у відкритому доступі «Школа доктора Комаровського»).

Сучасний маркетинг у сфері здорового розвитку національної економіки можна охарактеризувати через сукупність чотирьох складових (рисунок 4.1): диджитал-інструменти, креативний маркетинг, дедалі вищий рівень консьюмеризації та власне постпандемічний маркетинг. Усі складові суміжні між собою і доповнюють одна одну.

Щодо маркетингової товарної політики, то виробники в Європі масово зацікавлені у розробленні нових продуктів. Зростаючий попит на продукти для здоров'я та харчування, поряд зі змінами харчових звичок, проблемами

навколишнього середовища та факторами стійкості, стимулюють зростання європейського ринку альтернативних продуктів. Європейці дбають про своє здоров'я і ретельно перевіряють інгредієнти на етикетках продуктів перед їх придбанням. Такий високий рівень освіченості стимулює їхній попит. Для прикладу, у секторі продуктів харчування на товари без лактози або з пониженим вмістом лактози, низькокалорійні та знежирені продукти.

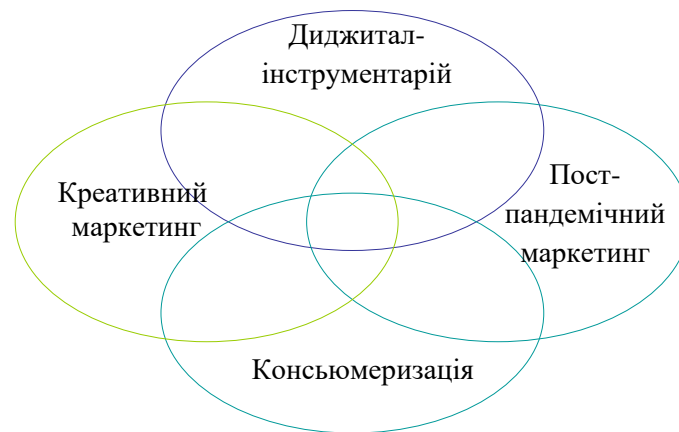


Рисунок 4.1 – Складові сучасного маркетингу в системі забезпечення здорового розвитку національної економіки

Джерело: побудовано авторкою.

З часів пандемії змінилися підходи до рекламування медичних товарів та послуг, наприклад, можна побачити, коли представники медичного бізнесу рекламують себе на продуктах щоденного споживання домогосподарств (суміші для приготування сніданків, пакети з молоком), оскільки реклама там здатна досягти цільової аудиторії та охопити широкий спектр цільових споживачів. Дискаунти та інші форми промоції медичних товарів також мають місце у 2020-2022 рр., що обумовлено значною вагомістю «word-of-mouth» маркетингу у цій сфері. Через спеціальні пропозиції на сервіси та продукти

бізнес у сфері охорони здоров'я залучає нових споживачів та утримує існуючих. Змінені настрої в українському суспільстві з початку військових дій у 2022 році зумовили виникнення великої кількості проєктів, що поєднують у собі гуманітарні та медичні цілі. Наприклад, компанія Glovo зробила доступним на всій території України в однойменному застосунку бабл «Здоров'я» із опціями замовлення медичних онлайн-консультацій (опція інформаційного характеру з контактними телефонами лікарів, які надають безкоштовні консультації та опція онлайн-консультацій) [95].

Таким чином, сектор охорони здоров'я має високий потенціал до впровадження інновацій. Нововведення, зокрема в системі маркетингу, медичних послуг та товарів поступово модернізують маркетинг та набір інструментів для роботи з цільовою аудиторією – уже існуючими клієнтами, новими та майбутніми. Кризи охорони здоров'я, так звані ризики здоров'я, пов'язані з такого роду небезпеками як COVID-19 спричиняють істотну переорієнтацію, модернізацію вживаних заходів маркетингової політики на різних рівнях системи охорони здоров'я. На виході суспільство та бізнес-кола одержують свого роду переваги та неоціненний досвід роботи за різних умов функціонування ринку. Крім того, ґрунтуючись на бенчмаркінг-аналізі підходів до здорового розвитку національної економіки країн світу у Розділі 2, можна констатувати, що результативність цієї політики значною мірою залежить від ефективності використання маркетингових підходів. Досліджено процес їх трансформації з урахуванням еволюції концепції здорового розвитку національної економіки, відображений у Розділі 1, та двох критеріальних ознак – маркетингових цілей та ефекту від впровадження (таблиця 4.1).

Основною ціллю реалізації інструментів комерційного маркетингу є одержання економічної вигоди, максимізація доходів від реалізації продукції чи послуг. Конкурентоспроможність національної економіки в даному випадку розглядається як прибутковість ключових галузей, позитивний ефект від зовнішньоекономічної діяльності, результативність податкової політики, перспективність зовнішніх та внутрішніх ринків збуту.

Таблиця 4.1

Трансформація маркетингових підходів у процесі еволюції концепції здорового розвитку національної економіки

Види маркетингу	Науковці, які зробили найбільший внесок	Маркетингові цілі	Ефекти		
			економічний	соціальний	екологічний
Комерційний (ендогенний розвиток)	Денн С. [56], Вуд М., Анкер Т. Б. [11], Гецці А., Манджарачина Р., Перего А. [90]	Забезпечення одержання економічної вигоди та підвищення конкурентоспроможності національної економіки	+		
Маркетинг інновацій (інноваційний розвиток)	Макконен Х. С., Джонстон В. Дж. [209], Люїллері С. [203], Кіріакопулос К., Хьюз М., Хьюз П. [160]	Досягнення інноваційного прориву, що дає можливість завоювати позиції на ринку світових виробників та реалізувати галузеві конкурентні переваги національної економіки	+	+	
Зелений (сталий розвиток)	Сміт А. Д., Оффодил О. Ф. [282], Онел Н. [233], Лю Ю., Сегев С., Віллар М. Є. [206]	Підтримка зростання виробництва та споживання екологічної продукції із забезпеченням сталого розвитку національної економіки зі зменшенням антропогенного впливу на довкілля	+	+	+
Соціально відповідальний (інклюзивний розвиток)	Адресан А.Р. [10], Шаблевська Н., Кубацький К. [292], Вітворапонг Н. та ін. [325]	Забезпечення максимального зростання якості життя населення та сприяння колаборації стейкхолдерів національної економіки з урахуванням принципів соціальної відповідальності	+	+	+
Маркетинг здорового розвитку національної економіки (здоровий розвиток)	Санье Г., Басар Е. Е. [266], Казайс Б., Проенса Ж. [34], Макріс А., Капетанакі А. [361]	Підвищення обізнаності громадськості про важливість здорового способу життя та профілактики захворювань для досягнення резильєнтності національної економіки	+	+	+

Джерело: систематизовано авторкою.

Щодо другого виду маркетингу і відповідного етапу еволюції концепції здорового розвитку національної економіки, то здебільшого про інновації говорять у контексті нових технологій, але часто вони можуть навіть не включати в себе такі технології. Наприклад, свого часу концепція самообслуговування Mc'Donalds була інноваційною, але не містила в собі

новітніх розробок, а здебільшого ґрунтувалася на вдалих маркетингових рішеннях. Серед подібних прикладів шведський виробник меблів Ikea, один з найдешевших і найбільш популярних авіаперевізників США Southwest Airlines. У першу чергу, вони мають особливі маркетингові бізнес-моделі, що, як показує досвід, приносять навіть більші прибутки, ніж інновації продуктів чи окремих процесів. Традиційно про Китай згадують як країну-виробника дешевої продукції з низькою якістю, але китайські компанії почали запроваджувати власні моделі ведення бізнесу, що дає можливість країні зробити значний стрибок уперед в сфері інновацій. Вдалим прикладом реалізації маркетингової цінової інноваційної стратегії є індійська компанія «Tata», яка завдяки оптимізації виробництва випустила на внутрішньому ринку автомобіль за 2 500 дол. США і планує модернізувати продукт для експорту. Автомобілі такого цінового сегменту спроможні змінити величезну галузь автомобілебудування. Компанія Procter&Gamble останнім часом змінила свій підхід до створення ідей і нових продуктів. Компанія запрошує до співробітництва університети, постачальників та інноваторів з ринку. Їм пропонується частка доходу, і це призвело до того, що частка ідей, які прийшли ззовні, зросла з 20 % до 50 % [415].

У [444] розглянуто різні підходи до розуміння сутності зеленого маркетингу та цілей використання його інструментів для просування ідей та бізнесу. Зазначено, що цей вид маркетингу націлений на активізацію процесів формування екологічної культури в суспільстві, залучаючи увагу населення до екологічних проблем та надаючи варіанти їх вирішення.

Вихідними результатами реалізації цього виду маркетингу є підвищення екологічного рівня свідомості ключових стейкхолдерів національної економіки, досягнення ефекту масштабування та популяризації екологічних знань серед широкого загалу, зростання рівня поінформованості суспільства щодо важливості відповідального споживання, застосування екологічно чистих продуктів.

Соціально відповідальний маркетинг спрямований на реалізацію соціальних програм для покращання рівня життя населення, вирівнювання соціального становища окремих регіонів країни, просування соціальних ідей, практично цінних соціальних дій. Доречно зазначити, що цей вид маркетингу також має інші назви (соціально-етичний, етико-соціальний, соціально орієнтований та ін.). Ціллю цього виду маркетингу не є отримання прибутку, що принципово відрізняє його від комерційного.

Що стосується останнього виду маркетингу – маркетингу здорового розвитку національної економіки, то він тісно переплітається з ідеєю попереднього виду маркетингу – соціального, але має певні відмітні особливості. Доречно відмітити деякі наукові праці, які присвячені питанням теоретико-методологічного та практичного спрямування, що стосуються проблем здорового суспільного розвитку, здебільшого важливості підтримання здорового способу життя та дотримання хелс-відповідальної поведінки ключових стейкхолдерів національної економіки. Маккінон Р. А., Сіддікі С. М., Чалюпка Ф. Дж. та інші їх співавтори [214] розглядають певні аспекти маркетингу як один з інструментів економічного впливу на оточуюче середовище для формування здорової поведінки населення. Певні автори пропонують досліджувати поведінку респондентів та їх мотиваційні установки до належного відповідального користування споживчими продуктами за принципами маркетингу здорового розвитку та констатують, що програми промоції здорового способу життя спроможні позитивно впливати на адаптацію до правильної селф-відповідальної поведінки. Автор праці [143] вводить поняття маркетингу здорового розвитку національної економіки як комплексного підходу, що позитивно впливає на макросередовище країни і розглядає його сутність на прикладі кампаній проти паління. Те ж саме стосується, наприклад, маркетингу для просування екологічно безпечних для довкілля товарів, як-то електричні автомобілі. Окреме місце займають дослідження умов здійснення маркетингової діяльності в сфері охорони

здоров'я. У [151] науковці зазначають про величезний потенціал маркетингу в галузі охорони здоров'я, підтверджуючи це твердження результатами опитування споживачів та суб'єктів господарювання для опису трендів та уявлень. Отже, підсумовуючи, можна сформувати основну ціль реалізації інструментів маркетингу здорового розвитку національної економіки, як формування інформаційної оболонки з питань підтримання здорових патернів поведінки серед населення та важливості здорового способу життя й профілактики захворювань серед ключових стейкхолдерів національної економіки, яка дає можливість сформувати в перспективі високий ступінь забезпечення стану резильєнтності національної економіки до різноспрямованих викликів, що дестабілізують сферу громадського здоров'я.

Виокремлення маркетингових підходів сформувало підґрунтя для побудови концентричної моделі маркетингу здорового розвитку національної економіки (рисунок 4.2), що вміщує в собі ключові принципи, стратегії забезпечення, комунікативні канали та інструменти взаємодії стейкхолдерів у ланцюзі «держава – регіон – бізнес – населення». Ключових стейкхолдерів процесу здорового розвитку національної економіки можливо поділити на шість взаємопов'язаних та які взаємодіють груп: ринкові (приватні підприємства, задіяні у виробництві продукції здорового сегменту, приватні медичні заклади); інституційні (спеціалізовані громадські та волонтерські організації. Наприклад, у Полтаві громадською організацією «Українська академія лідерства» започаткований фестиваль здорового способу життя, який залучає жителів області до участі та заохочує до здорового харчування, занять спортом та дотримання хелс-відповідальності по відношенню до довкілля; соціальні (безпосередньо населення країни); міжнародні (міжнародні організації, спільні програми з країнами-партнерами щодо підтримки здорового розвитку, інформування, міжнародні партнери на ринку здорової продукції); державні (органи державної влади національного рівня) та локальні (органи місцевого самоврядування, територіальні громади).

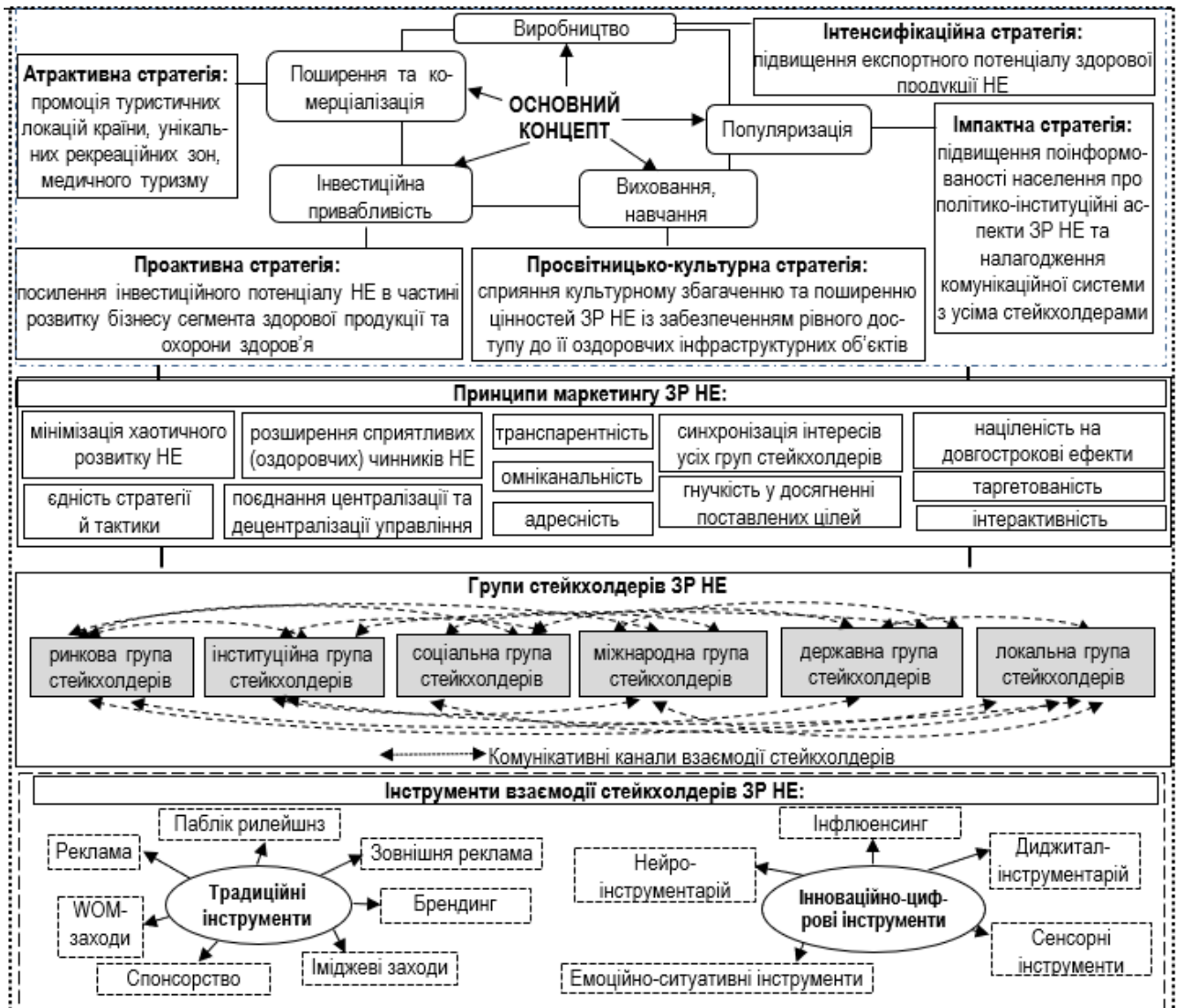


Рисунок 4.2 – Концентрична модель маркетингу здорового розвитку національної економіки

Джерело: побудовано авторкою.

Фундаментальними принципами маркетингу здорового розвитку національної економіки визначено:

– мінімізацію хаотичного розвитку національної економіки (усунення незбалансованості в ухваленні рішень та вирішенні проблем, комплексне поєднання поставлених завдань та методів їх вирішення);

– поєднання стратегії й тактики реалізації здорового розвитку національної економіки (дає можливість досягти гармонії в перспективних, довготривалих інтересах стейкхолдерів національної економіки);

– розширення сприятливих чинників здорового розвитку національної економіки (підтримання вже існуючих переваг та пошук можливих шляхів активізації інших факторів, що впливають на активізацію здорового розвитку національної економіки);

– пов'язаність державних політик централізації та децентралізації управління здоровим розвитком національної економіки (організація процесу реалізації здорового розвитку на умовах розумного співвідношення концентрації влади та її децентралізації, оскільки порушення цього балансу в будь-який бік призводить до негативних наслідків та зменшення ефективності реалізованих заходів);

– транспарентність процесу здорового розвитку національної економіки (передбачає обізнаність широкого загалу про дії органів влади з питань здорового розвитку країни та відкритість цих дій, тобто можливість вплинути на їх зміст);

– омніканальність впливу (промоція здорового способу життя з використанням диференційованих інструментів маркетингових комунікацій у їх поєднанні);

– адресність (врахування особливостей різних цільових груп для донесення інформації про аспекти здорового розвитку, концентрація зусиль на індивідуалізації інформаційних повідомлень під специфіку конкретного отримувача повідомлення);

– синхронізацію інтересів усіх груп стейкхолдерів (врахування інтересів та вигод від досягнення вищого рівня здорового розвитку для всіх задіяних у процесі зацікавлених сторін);

– гнучкість у досягненні поставлених цілей (періодичний перегляд визначених для досягнення таргетів, у разі необхідності адаптація їх до оновлених ринкових умов);

– орієнтованість на довгострокові ефекти (реалізація політики здорового розвитку національної економіки передбачає більшою мірою можливість

досягнення довгострокових переваг у тих сферах, функціонування яких залежить від рівня підтримки здоров'я в країні);

- таргетованість (спрямованість інформаційного впливу в рамках просвітницьких кампаній щодо здорового підходу до життя виключно на цільову аудиторію, яка відповідає набору вимог, що задані початковим процесом цілепокладання);

- інтерактивність (використання інтерактивних методів та прийомів (візуалізація, розроблення тематичного контенту, концентрація на мультимедійному супроводженні та соціальних мережах, зокрема з акцентуванням уваги на цих інструментах у кампаніях з промоції здорового способу життя серед молодого покоління).

Основними маркетинговими стратегіями здорового розвитку національної економіки є (виходячи з основного концепту, на яких вони ґрунтуються):

- інтенсифікаційна (основний концепт – забезпечення здорового національного виробництва) – зорієнтована на підвищення експортного потенціалу здорової продукції національної економіки за рахунок зміни структури експорту товарної продукції у бік збільшення питомої ваги продукції здорового сегменту та забезпечення її конкурентоспроможності на міжнародних ринках;

- атрактивна – зосереджена на популяризації туристичного потенціалу країни, її рекреаційних зон, унікальних локацій, організованих за принципами, що передбачають піклування про здоров'я (готельно-ресторанна галузь), медичного туризму (оздоровчого). Економіка багатьох країн світу характеризується розвитком сфери туризму. Для таких країн туризм став певним різновидом філософії – філософією бачення своєї країни, регіону, міста. Туризм забезпечує розвиток дестинацій країни, сприяє працевлаштуванню її громадян, налагодженню бізнес-партнерств, підвищенню національних соціальних стандартів життя, покращанню інфраструктури тощо. Серед усіх різновидів класичного туризму чільне місце в обсягу подорожей з лікувальною

метою займає оздоровчий. Він істотно відрізняється від інших видів туризму, зокрема розважального. Для його розвитку потрібні специфічне інфраструктурне забезпечення, особливий персонал, розуміння особливостей цільової аудиторії, як результат, спеціалізоване маркетингове просування тощо. Міжнародна туристична статистика свідчить, що цілі подорожей заради оздоровлення входять до переліку основних причин відвідування інших країн (рисунок 4.3).

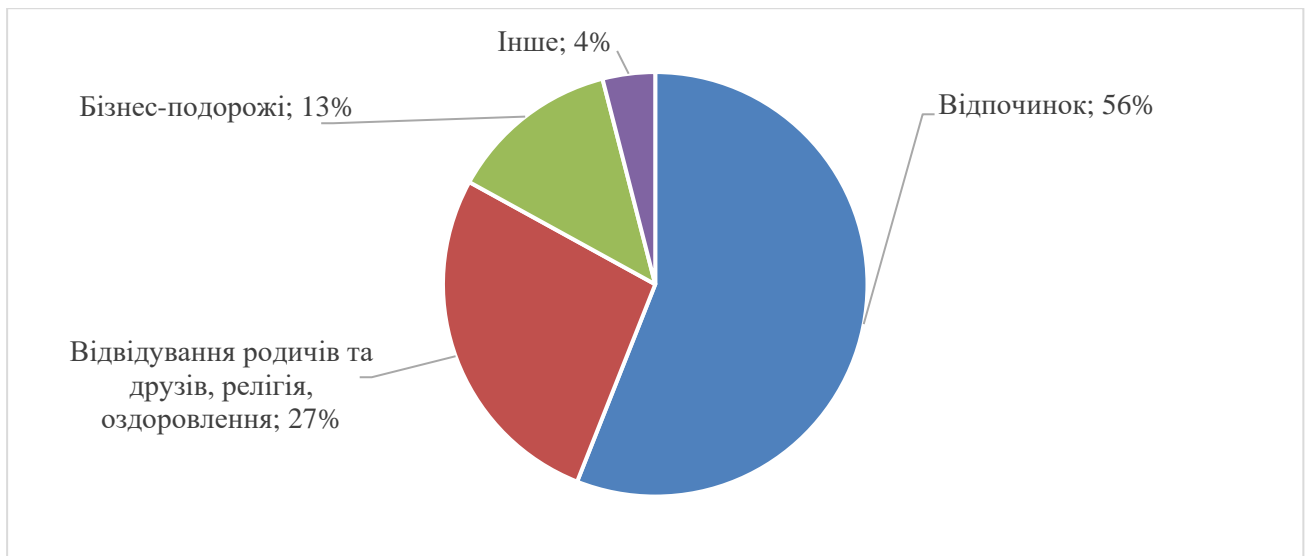


Рисунок 4.3 – Причини відвідування інших країн туристами

Джерело: побудовано авторкою.

Коли людина виїжджає за кордони своєї країни проживання для проведення медичних процедур чи лікування хвороб, то стає споживачем послуг медичного туризму. При чому в даному випадку цей вид послуг відноситься до сфери туризму, бо передбачається, що такі клієнти часто залишаються в країні лікування до та після операції, процедур тощо для подорожей та відпочинку. Крім того, у багатьох країнах передбачені лікувальні курорти з відпочинком у здоровому регіоні для профілактики захворювань та подовження життя. Тому зі зростанням популярності концепції здорового життя багато клієнтів туристичних послуг почали звертати істотну увагу на «здорові параметри» своєї подорожі за кордоном чи в рамках внутрішнього

туризму. Пандемія внесла свої корективи у мотивацію подорожей з метою лікування.

Ще до пандемії коронавірусу у 2018-2019 рр. світовий сектор медичного туризму зріс на 17 %. У 2019 році обсяг ринку медичного туризму оцінювався в розмір 65-80 млрд дол. США. У динаміці з кінця 2019 року до 2025 року він має скласти більш 12 % сукупного середньорічного темпу зростання. Обороти медичного туризму в 2019 році склав близько 45 млн поїздок на рік. Якщо раніше найбільш популярними напрямками медичного туризму у світі були Великобританія, США, Франція, Іспанія, Німеччина, Туреччина, Ізраїль, то на сьогодні такі країни як Індія, Малайзія, Сінгапур, Південна Корея настільки розвинули свою систему охорони здоров'я, що вже спроможні залучати мільйони медичних туристів на рік.

Люди користуються можливостями медичного туризму з різних причин: деякі не можуть собі дозволити лікування у власній країні, інші не можуть чекати на отримання медичної допомоги в своїй країні (інколи черга очікування на прийом у фахівців певної медичної спеціалізації досягає до півроку), окремі види лікування відсутні в країнах проживання таких осіб або, наприклад, люди прагнуть отримати медичну допомогу у країні, де вони раніше проживали (на Батьківщині) тощо. У [108] поряд із дослідженнями щодо зростання популярності медичного туризму в світі та загальної кількості наукових праць у цій сфері автори виокремлюють низку прогалин у знаннях про цей туристичний напрямок, серед яких вони зазначають недостатність інформації про запити споживачів туристичних послуг, обмеженість маркетингових інсайтів щодо того, чому одні пацієнти подорожують, а інші ні, несформованість поглядів на взаємодію туристичного сектору з медичним. У дисертаційних дослідженнях вітчизняних науковців усе більшої популярності набувають дослідження ринку медичного туризму та особливостей підтримки цього виду туризму на національному рівні. У дисертаційному дослідженні [349] зосереджуючи увагу на ринку медичних послуг та особливому сегменті – медичному туризмі, автор зазначає про малу кількість досліджень щодо перспектив розвитку ринку

медичних послуг та зосередження дослідників лише на окремих аспектах без поглибленого вивчення такої ніші як туристичні послуги в медичній сфері.

Урядові організації багатьох країн (World Health Organization, the American Medical Association, Indian Institute of Tourism and Travel Management) та консультативні компанії (наприклад, Deloitte) свого часу проводили і продовжують здійснювати дослідження, пов'язані з визначення впливу сфери оздоровчого туризму на національні економіки світу. В Україні питаннями оздоровчого та медичного туризму зокрема активно займається Українська асоціація медичного туризму як член Global Healthcare Travel Council.

Розмежуємо поняття сфери медичного туризму (рисунок 4.4). Саме поняття оздоровчого туризму є узагальнюючим, яке далі можливо класифікувати залежно від наповненості туристичної пропозиції елементами подорожі, дестинації місця призначення та безпосередньо медичних послуг та послуг з відновлення організму людини.

Для формування бази статей для аналізу досліджень сфери медичного туризму обрані як джерела бази даних Scopus та Web of Science. База Scopus достатньо повно представляє сукупність наукових праць із напрямку, який нас цікавить. Разом з тим, у [41] зазначено, що база даних Web of Science містить більше 12 000 рецензованих наукових журналів. Зважаючи на достатню наповненість цих провідних наукових баз видань, вони були обрані як генеральна сукупність статей, з якої за ключовими словами «medical tourism», «health tourism» та «trade in health services» була обрана вибіркова сукупність для аналізу. Для аналізу обрані статті, написані англійською мовою. Крім того, нас цікавлять останні тенденції в дослідженнях за обраною тематикою, тому для аналізу зроблене обмеження щодо статей не пізніше 2014 року. Вид документів, який обраний для аналізу, – стаття. Не обрані такі категорії як «review», «book chapter», «conference paper» і т. д., адже цікавлять саме рецензовані видання, якими завжди є наукові журнали, що входять до обраних баз. З аналізу прибрані далекі від тематики, що цікавить, видання за напрямками

фізики та астрономії, біохімії, інженерії, комп'ютерних наук, фармакології, математики тощо.



Рисунок 4.4 – Ракушка співвідношень ключових понять сфери медичного туризму

Джерело: побудовано авторкою.

Аналіз статей та їх цитувань в обох базах показав, що при більшій кількості статей за тематикою дослідження у базі Scopus, що не дивно зважаючи на більший охоплення за кількістю журналів у цій базі, є вищим відсоток процитованих статей у базі Web of Science. При аналізі цитувань у базі Scopus досліджений зміст статей з найбільшою цитованістю. Так, стаття, опублікована у 2015 році, процитована 180 разів, присвячена різним аспектам надання послуг у сфері медичного туризму, що сприяють утриманню клієнтів. У 2016 році опублікована найбільш цитована стаття, що присвячена WOM маркетингу та тому як він впливає на формування довіри до операторів ринку медичного туризму. Найбільш цитована стаття в 2017 році присвячена дослідженню мотивів, що впливають на вибір клієнтами тих чи інших складових послуг у сфері медичного туризму. Стаття 2018 року стосується аналізу ключових слів із

виокремленням тенденцій у наукових дослідженнях в майбутньому. У найбільш цитованій статті 2019 року досліджується вплив медичного туризму на економічне зростання ринків країн, що приймають та відправляють туристів. Стаття 2020 року, яку найбільше процитували, дає визначення оздоровлюючому туризму та «здорової дестинації» та розкриває цілі споживання цього виду туризму та чинники, які формують задоволеність туристичною пропозицією.

Країнами-лідерами, автори з яких найбільше уваги приділяють дослідженню різноспрямованих аспектів розвитку оздоровчого туризму (інноваційні, економічні, маркетингові тощо), є США, Індія, Великобританія, Австралія, Малайзія, Канада, Південна Корея, Туреччина, Польща. Отже, саме автори з цих країн формують загальний світогляд та тенденції у досліджуваній сфері.

Типовими тематиками досліджень у сфері оздоровчого туризму є аналіз дестинацій, ризиків та можливостей для цього типу туризму в певній країні чи групі країн; витратні питання, питання якості надання послуг з оздоровлення; поведінка та досвід використання туристичних послуг такого типу, мотивація до їх споживання; моделі ухвалення рішень щодо вибору послуг оздоровчого туризму. Не останнє місце в цьому переліку посідає аналіз ринкових чинників успіху та врахування критеріїв побудови вдалої маркетингової кампанії просування послуг оздоровчого туризму.

Поглиблений аналіз статей за тематикою маркетингу в сфері оздоровчого туризму, зокрема медичного, показав, що більшість статей аналітичні (рисунок 4.5). Усього виокремлено три типи статей:

- описові (загальні, більшою мірою є вступом до розуміння поняття оздоровчого туризму);
- аналітичні (грунтуються на вторинних дослідженнях, зокрема маркетингових, пропонуючи нові інсайти та ідеї для розвитку в сфері туризму оздоровлення);

– емпіричні (містять первинні дані (якісні та / або кількісні, що зібрані авторами в ході інтерв'ю, опитування, спостереження тощо, та проаналізовані).

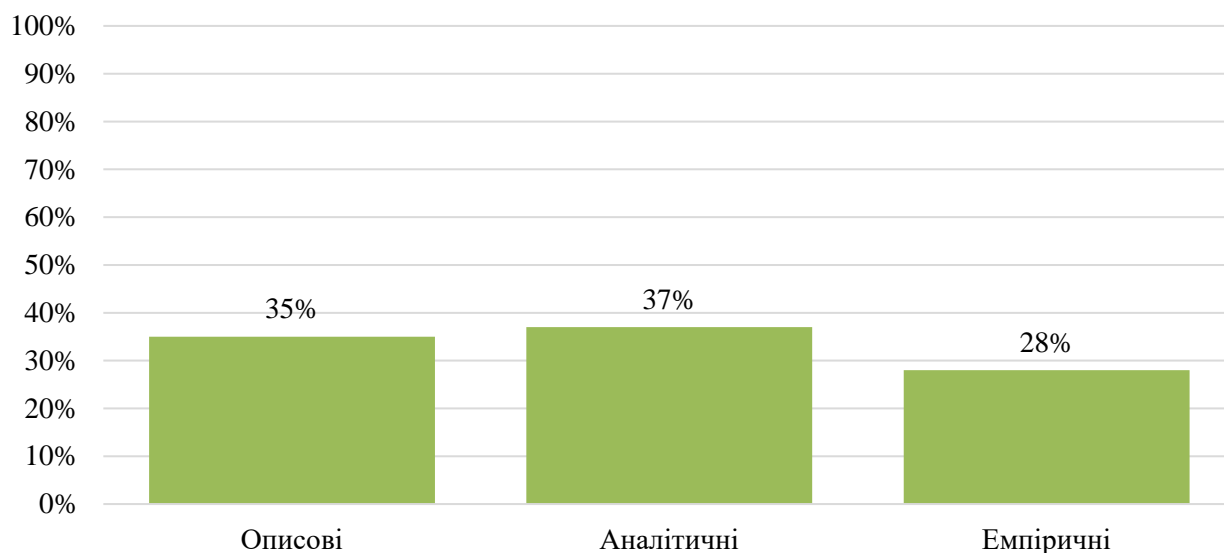


Рисунок 4.5 – Типи статей з питань медичного туризму в наукометричних базах даних

Джерело: побудовано авторкою.

Проведені дослідження дали можливість сформуванню класифікацію видів оздоровчого туризму та визначити наповненість різних його різновидів (рисунок 4.6). Зокрема виокремимо суто медичний туризм із медичною пропозицією та інший вид такого туризму, а саме превентивний туризм, ціллю якого є покращання здоров'я туристів, але без цілеспрямованого лікування хвороб.

Основні сучасні сегменти оздоровчого туризму: медичний, стоматологічний, спортивний, SPA, велнес, гастрономічний, інклюзивний, туризм тимчасового проживання (у пансіонатах, санаторіях). Україна є перспективним ринком для оздоровчого туризму як країна, що має репутацію постачальника такого виду послуг з прийнятним співвідношенням «ціна – якість».

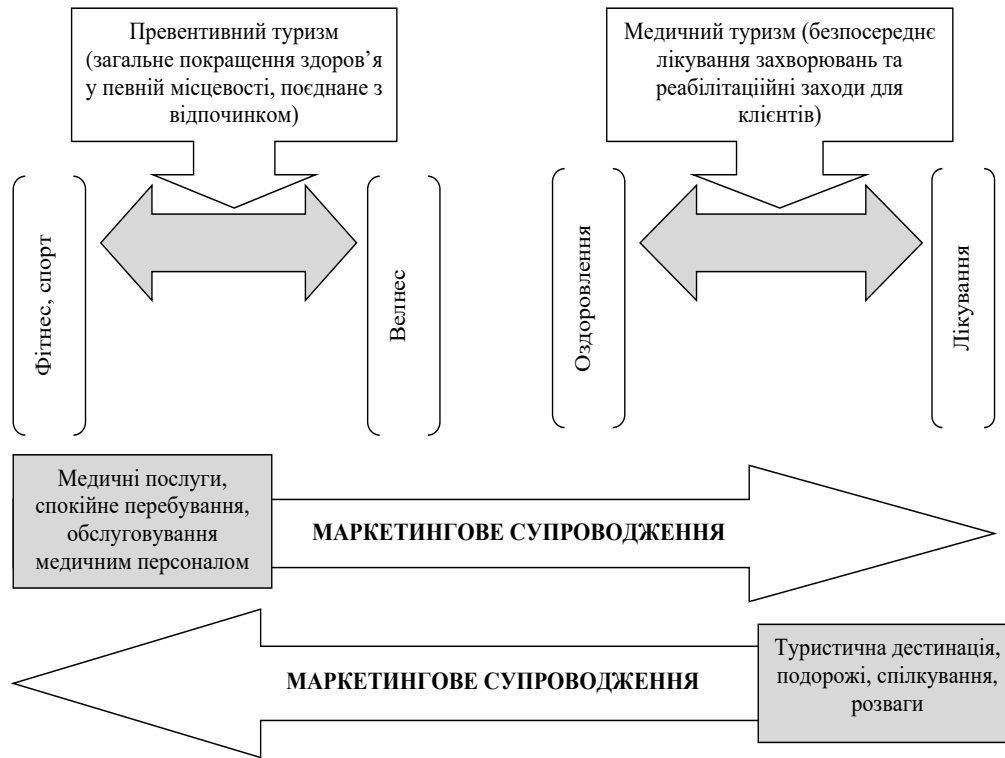


Рисунок 4.6 – Класифікація видів оздоровчого туризму

Джерело: побудовано авторкою.

Муніципалітети окремих регіонів України виявляють бажання до розвитку оздоровчих напрямків туризму, але є причини, що стримують започаткування та реалізацію таких проєктів:

- дефіцит ресурсів у національній системі охорони здоров'я;
- недієздатна або взагалі відсутня стратегія розвитку оздоровчого туризму на регіональному рівні для окремих областей країни;
- неправильне виокремлення цільових ринкових сегментів та ніш;
- неповне врахування реальних запитів та потреб цільових споживачів;
- несформованість бренду країни в цільовій сфері;
- законодавчі обмеження та можливий вплив епідемічної ситуації в країні та окремому регіоні;
- з 2022 року значною перешкодою для розвитку туризму, звісно, стало повномасштабне військове вторгнення Російської Федерації до України.

Кількість іноземців, які приїжджали в Україну заради послуг оздоровлення станом на 2019 допандемічний рік наближалася до 100 тис. осіб на рік. Частина з них народилася в цій країні і давно живе за кордоном [388]. У цьому випадку можна поєднати ностальгічний туризм та туризм з метою лікування. З України на лікування у 2018 році виїхало близько 160 тис. українців. Цілі національної та регіональної політик у сфері медичного туризму та оздоровчої рекреації мають бути спрямовані на вирішення завдань залучення нових туристів із заохоченням їх до повторного відвідування країни у разі профілактики захворювань на численних курортах України, адже питання збереження та покращання здоров'я є надзвичайно актуальним питанням у світі [321]. Окреслюючи доцільні напрямки маркетингового просування послуг оздоровчого туризму в окремих регіонах, необхідно зробити акцент на тому, що тут необхідно розглядати два протилежних підходи до маркетингового менеджменту, адже оздоровчий туризм поділяється як на суто медичний, так і велнес туризм, які можуть бути по-різному рекламовані. Крім того, при просування такого роду послуг необхідно враховувати особливості ринку оздоровлення окремої країни. Наприклад, у низці європейських країн (Швеція, Німеччина, Австрія та ін.) місцеві споживачі послуг надають безсумнівну перевагу національним або навіть виключно регіональним операторам ринку, що призводить до продуктової орієнтації в побудові маркетингової стратегії. Разом з тим, для великої кількості країн рівень розвитку світового оздоровчого туризму змушує гравців ринку адаптуватися до нової ситуації для досягнення конкурентоспроможності. Сучасна демографічна ситуація, що окреслює старіння населення в низці країн, а також існування значної кількості країн із внутрішньою заборгованістю вимагають комбінування креативних рішень у сфері оздоровчого туризму та ефективного управління, тобто спрямування розвитку в напрямку ринкової орієнтації маркетингової стратегії з фокусуванням на клієнтах та їх потребах та з продуманою політикою ціноутворення і просування послуг (як суто медичного, так і велнес спрямування) [28]. У випадку продуктової орієнтації максимальна увага

приділяється позиціонуванню унікальної товарної пропозиції серед цільової аудиторії, тоді як за ринкової орієнтації зусилля спрямовані більшою мірою на всі інші складові ринкового успіху, як-то продумане ціноутворення, політика стимулювання, вдале рекламування оздоровчої пропозиції;

– проактивна – зосередження на промоції інвестиційного потенціалу національної економіки в частині бізнес-сегменту здорової продукції та в системі охорони здоров'я, активізація комунікативного процесу з потенційними інвесторами в секторі відновлення та підтримки громадського здоров'я;

– імпактна – залучення технологій, що сприяють інформуванню населення про певні інституційно-політичні аспекти реалізації заходів з популяризації здорового способу життя, фізичної активності, правильного харчування та отримання фідбеку від громадськості щодо якості надання послуг у сфері охорони здоров'я, що забезпечує транспарентність діяльності закладів медичної сфери;

– просвітницько-культурна – сприяння культурному збагаченню та диверсифікації освітньої діяльності на всіх рівнях національної економіки з урахуванням інтересів усіх стейкхолдерів. Це передбачає поширення цінностей здорового розвитку національної економіки з забезпеченням рівного доступу до її оздоровчих інфраструктурних об'єктів.

Враховуючи розгалуженість каналів взаємодії стейкхолдерів здорового розвитку національної економіки доцільно враховувати як традиційні (реклама, паблік рилейшнз, спонсорство тощо), так і інноваційно-цифрові маркетингові інструменти забезпечення здорового розвитку національної економіки (нейросенсорний, емоційно-ситуативний та диджитал-інструментарій).

Реклама є дієвим інструментом направлено впливу на цільову аудиторію з питань пропагування здорового способу життя, придбання здорових продуктів харчування, хелс-відповідальної поведінки. Проте авторитетні джерела [138] наводять статистику згідно якої зберігається тенденція до того, що саме виробники солодких газованих напоїв, снєків,

шкідливих солодоців, що містять багато цукру, витрачають на заходи з рекламування продукції майже в 30 разів більше, ніж виділяється бюджету уряду Великобританії на кампанії з промоції здорового способу життя – 143 млн фунтів проти 5,2 млн фунтів. Адвокація здоров'я (вплив на ухвалення рішень органами державної влади через дії з боку громадян, здебільшого громадських активістів) може здійснювати істотний вплив на рекламний ринок соціального спрямування, зокрема щодо інформаційних матеріалів із питань здоров'я, відмови від шкідливих звичок, просування лікувальних засобів тощо. Так, свого часу громадські ініціативи вплинули на ухвалення Закону про заборону реклами тютюну. Проблемним питанням реалізації такого інструменту як реклама в сфері громадського здоров'я є проблема оцінювання ефективності її використання. Основним завданням є розроблення релевантних індикаторів оцінювання ефективності, що мають бути підлаштовані під специфіку рекламної кампанії. Одним із прикладів оцінювання ефективності проведення національної рекламної кампанії є кампанія 2019 року «Тютюновий дим – невидимий вбивця», яка тривала впродовж місяця. У цей період рекламні меседжі поширювали на телебаченні та на сітібордах. Оцінювання ефективності проведеної рекламної кампанії здійснювали силами співробітників центру соціологічних досліджень Київського міжнародного інституту соціології. Результати опитування респондентів дали змогу виявити найбільш дієві маркетингові канали поширення інформації, зокрема в регіонах, де для доставки рекламного повідомлення використовували синергетичне поєднання телевізійного простору та можливостей зовнішньої й внутрішньої реклами [418].

Паблік рилейшнз є важливим інструментом маркетингових комунікацій, що потрібний для підтримки зв'язків із зацікавленими сторонами здорового розвитку національної економіки з метою гармонізації відносин між ними у їх комунікаційній взаємодії. Це необхідно для формування позитивного іміджу національної системи охорони здоров'я, а також для встановлення контактів з іншими організаціями та установами (партнерами, потенційними інвесторами,

владними структурами та ін.) для розвитку національного ринку медичних послуг. Паблік рилейшнз допомагає в реалізації просвітницької роботи серед різних верств населення, спрямованої на підвищення медичної культури на всіх рівнях країни. Цінним прикладом вдалої ПР-акції можна назвати індійську «Чарівний потяг», що була реалізована в минулому столітті і була спрямована на підтримку національної системи охорони здоров'я. «Чарівний потяг» був своєрідною лікарнею на колесах, що рухалася залізницями Індії. Лікарі рухаючись залізницею з протяжністю більше 60 тис. км, могли дістатися найвіддаленіших регіонів країни. Потяг включав у себе вагон-операційну з технікою, пристосованою для тривалих поїздок. Також спеціальний вагон був відведений для проживання медичного персоналу. Був також вагон-кухня та вагон для технічного персоналу. Пацієнтами цього потяга стали люди з типовими для Індії того часу захворюваннями (катаракта, глухота, поліомієліт). У кожному населеному пункті потяг перебував до шести тижнів. За цей час лікарі встигали надати допомогу тисячам хворих із захворюваннями опорно-рухового апарату. Фінансові ресурси на реалізацію цієї ПР-акції популяризації національної медичної системи взяли на себе приватна компанія «Волтас Лімітед», залізниця Індії, благодійні компанії та інші організації.

Спонсорство віднесено до переліку інструментів окремим пунктом, хоча його часто включають у класифікаціях як різновид паблік рилейшнз, проте воно є специфічним видом маркетингових комунікацій, оскільки його використання передбачає залучення різних комунікаційних інструментів: реклами (розміщення логотипу компанії на інформаційних матеріалах маркетингової кампанії), стимулювання збуту (організація концертів), проведення конференції, симпозіумів, конгресів тощо.

Зовнішня реклама залишається класикою серед каналів маркетингового просування і включає різні альтернативні методи рекламування. На сьогодні цифрова реклама складає третину всієї зовнішньої реклами. Аналогічно зростає й кількість плейсментів для диджитал-бігбордів [374]. Низка досліджень спрямовані на аналіз рівня сприйняття зовнішньої реклами на різних носіях.

Наприклад, результати дослідження [453] показали, що на рекламу в транспорті звертають увагу до 73 % респондентів, при чому найчастіше таку рекламу помічають особи віком 16-24 років. Увага до реклами в точках продажів актуалізувалася під час пандемії COVID-19. На сьогодні на неї звертають увагу майже дві третини опитаних. Примітно, що серед опитаних планують вживати більше здорової їжі 57 % респондентів, звертати в подальшому увагу на ментальне здоров'я – більше 50 % опитаних. У майбутніх інформаційних кампаніях з пропагування здорового способу життя доцільно уникати принципу заборон, а навпаки, – запускати мотиваційні рекламні кампанії, які надихатимуть слідувати здоровим патернам поведінки.

Брендинг продукції здорового сегменту допомагає створити портрет продукту та його виробника, що має відмітні особливості порівняно з аналогами на національному чи міжнародному ринках. Процес створення та управління конкретним брендом спрямований на побудову та укріплення іміджу торговельної марки, яка має бути впізнаваною серед цільової аудиторії та асоціюватися з корисністю для здоров'я, відсутністю шкідливого впливу на людину чи довкілля. Зважаючи на специфіку сегменту такої продукції та скоріше нішовий попит, особливо важливими в побудові бренду є влучна назва, слоган, кольори (здебільшого за статистикою для продукції здорового сегменту обирають зелені та сині фірмові кольори), сформовані унікальні цінності для клієнта та перманентне слідування їм. Споживачі здорового продукту мають асоціювати себе з ним, ідентифікувати себе як особливу особистість, не схожу на інших. Такий основний меседж виробників здорової продукції на ринку.

Іміджеві заходи передбачають організацію подій, що покращують репутацію компанії-виробника в сегменті здорової продукції. Хоча такі івент-заходи можуть бути організовані і некомерційними організаціями. Основною метою цих заходів є підвищення пізнаваності продукту, його виробника та донесення цінностей діяльності компанії на ринку, а також це можливість підкреслити в даному випадку важливість тематики здорового підходу до життя в суспільстві. Здебільшого такі заходи організовують для партнерів чи клієнтів

(закритий захід), або для ключових стейкхолдерів, якщо захід має соціальну мету (відкритий захід). До іміджевих заходів відносяться виставки, тест-драйви, промоакції, майстер-класи.

WOM-заходи (маркетинг «з уст в уста») є своєрідною безкоштовною рекламою, спричиненою наявністю досвіду споживачів щодо взаємодії з продуктом, брендом, співробітниками тощо компанії-виробника продукту. Фактично це маркетинг на рівні споживачів, коли вони говорять про продукт своїм друзям, родичам, знайомим або стороннім особам через відгуки про товар. Він є потужним інструментом переконання, тому що більше ніж 90 % споживачів довіряють більше відгукам від інших людей, ніж інформації в традиційних засобах масових комунікацій. Можливо вплинути на ефективність цього інструменту комунікацій через надання ексклюзивної інформації про свій продукт споживачам, підтримання позитивного досвіду користування продуктом, налагодження якості обслуговування тощо. Специфічним видом маркетингу «з уст в уста» є відгуки (фідбек) клієнтів про продукт. На сьогодні соціальні докази перетворилися в потужний інструмент маркетингу, адже вони спроможні переконати людину в доцільності купівлі продукту, доречності порекомендувати його комусь, скористатися послугами повторно тощо. Перевагою цього інструменту є його універсальність, оскільки він прийнятний до використання при роботі практично з будь-якою цільовою аудиторією. Специфічною є робота з соціальними доказами у сфері продажу здорових товарів та послуг. Необхідно розуміти, що те, наскільки тривалим буде ефект від користування продуктом залежить від націленості споживача на постійність чи у деяких сферах періодичність використання здорового продукту. Наприклад, зрозуміло, що використання додатку здорового харчування лише один раз на тиждень не дасть сукупного позитивного ефекту, який би можна було виміряти. Соціальним доказом є зафіксована реакція споживачів на продукт. До таких доказів відносять відгуки, кейси (реальні історії про те, як певна компанія успішно справилася з якимось завданням), думки відомих особистостей (коли продукт розхвалює зірка естради чи кіно, а можливо відомий блогер, то це прекрасно, адже ці особистості є інфлюенсерами, до думки

яких прислуховуються), записи в соціальних мережах (вони «соціальні», тобто тавтологія тут навіть ненавмисна, вони ідеальні для розміщення соціальних доказів), рейтинги (на них також звертають увагу при виборі продукту). На сьогодні відгуки залишаються найбільш дієвим видом соціальних доказів. У деяких ринкових нішах (туризм, товари розкоші) до 100 % споживачів спершу гуглять відгуки про продукт, перш ніж його придбати. Разом із тим, відгуки на офіційному сайті компанії спроможні стимулювати купівельну активність його відвідувачів. Вони поліпшують поведінкові фактори сайту, сприяючи зростанню органічного трафіку, адже користувачі більше часу проводять на сайті, де є відгуки, ніж там, де їх немає. Закономірно, що поліпшуються позиції сайту в пошукових системах. За статистикою, зібраною зі спеціалізованих сайтів, наявність відгуків у комплексі з рейтингами збільшує конверсію інтернет-крамниць та комерційних сайтів в середньому на 15 %. Для проєктів, що спеціалізуються на продажі здорових продуктів та наданні послуг у сфері оздоровлення, відсоток користувачів, які читають відгуки, наближається до відмітки в 90 %. Онлайн-опитування на платформі *slid.do* думки респондентів (проводилося в рамках навчального онлайн-семінару з цільовою аудиторією споживачів сумського регіону) підтверджує загальні тенденції про ознайомлення покупців з відгуками про продукт перед його купівлею (рисунок 4.7).

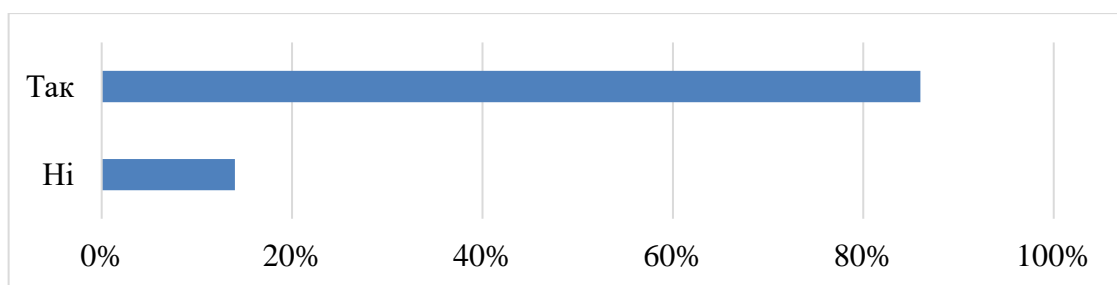


Рисунок 4.7 – Результати онлайн-опитування споживачів сумського регіону на запитання «Чи шукаєте Ви відгуки про продукт перед його купівлею?»

Джерело: побудовано авторкою за результатами онлайн-опитування.

Проаналізовано сайти українських компаній у сфері виготовлення здорових продуктів на наявність відгуків від споживачів. Результати занесені в таблицю 4.2.

Таблиця 4.2

Розділ «Відгуки» на офіційних сайтах компаній України у сегменті виробництва здорових продуктів

Назва компанії	Адреса вебсайту	Наявність розділу з відгуками/ступінь заповненості розділу за його наявності
FutureFood	https://futurefood.kiev.ua/	Відсутній
Флоріс	http://www.floris-sumy.com.ua	Є/Велика кількість відгуків переважно про лікарів
Medusha	https://www.medusha.org	Є/Відгуків не багато, вони розміщуються самою компанією, тобто можливість залишити відгук власноруч клієнтом не реалізована
Soup Culture	http://soupculture.com.ua/	Відсутній
Eat Easy	https://eateasy.ua/	Відсутній
WellGreen	https://wellgreen.com.ua/	Відсутній
Vesna	https://vesna.care	Відсутній

Фрагментарний аналіз сайтів виробників у сфері здорових продуктів показав, що лише деякі компанії мають на своїй офіційній вебсторінці функціонал щодо написання відгуків клієнтів. Відсутність такої можливості свідчить про те, що споживачі мають можливість залишити відгуки на інших платформах, спеціалізованих сервісах для збору фідбеку. Зокрема до методів збору фідбеку, крім власного вебсайту, відносимо такі:

1) відгуки на інших інтернет-ресурсах (форуми, спеціалізовані сервіси, блоги, маркетплейси);

2) якщо у певної компанії є співробітники, що повною мірою мають уявлення про відношення клієнта до компанії, то це ті, що працюють у відділі продажів та техпідтримки;

3) не завжди відгуки знаходяться прямо перед очима. Часом виникає

необхідність шукати приховані відгуки. Іноді дії споживачів розкажуть нам значно більше, ніж слова. Це означає, що просто проаналізувавши поведінку клієнтів у мережі, можна одержати цінну інформацію. Наприклад, Google Analytics може дати уявлення про низку корисних SEO метрик сайту. Дослідивши такі метрики, як показник відмов та час, проведений на конкретній сторінці сайту, можна здійснити екстраполяцію, що дозволяє зробити висновки, які з продуктів компанії чи функції є затребуваними серед потенційних клієнтів, а які ні. Аналізуючи коефіцієнти конверсій посадкових сторінок, можна спостерігати за поведінкою користувачів на конкретних лендінгах;

4) функція інтернет-моніторингу згадувань про компанію (сповіщення через сервіс Google Alerts).

У таблиці 4.3 згруповані переваги та недоліки відгуків. Як зазначено в перевагах роботи з відгуками, їх дійсно достатньо легко збирати за умови, що у споживача є мотивація поділитися відгуком. У іншому разі ця обставина перетворюється в мінус, бо відсутність відгуків про продукт на підсвідомому рівні формує у потенційних покупців враження, що ніхто не купує продукт. Омніканальність відгуків є їх істотною перевагою, адже відгук від покупця можливо отримати як безпосередньо у місці купівлі товару (паперові анкетні опитування, спілкування покупця з продавцем щодо задоволеності покупкою, дегустації), так і онлайн (відгуки на сайті, у соціальних мережах, спеціальних сервісах і т. д.).

У середовищі онлайн відгуки реалізовані у вигляді досліджень думки, можливостях залишити текстовий відгук або відгуки з контентом, зокрема відео огляди. Відео огляди на сьогодні на піку популярності. Можливо через неймовірну популярність YouTube платформи, де на сьогодні кожної хвилини завантажують 400 нових годин відео. У сфері здорових продуктів у середовищі україномовного YouTube популярними є канали «Здоровий рух» (1,03 млн підписників), «Смак Життя» (15 400 підписників), Вища школа Здоров'я (9 120 підписників).

Таблиця 4.3

Плюси та мінуси використання відгуків як соціальних доказів

Переваги	Недоліки
1. За правильної мотивації покупці охоче діляться своєю думкою про продукт з громадськістю	1. Явище «накрутки» відгуків як позитивних, так і негативних
2. Омніканальність	2. Через анонімність більшості сервісів для відгуків не можливо проконтролювати правдивість думки осіб, що залишають їх
3. Легкість пошуку потенційними споживачами	3. За відсутності мотивації складно стимулювати покупця залишити відгук про продукт
4. Ними можливо безстроково ділитися	4. Неможливість видалення відверто негативних відгуків у ряді спеціалізованих сервісів
5. Формування додаткового унікального контенту	5. Шаблонні та малоінформативні відгуки про продукт навіть при їх великій кількості не несуть цінності для компанії та її цільової аудиторії
6. Зростання переходів за низькочастотними пошуковими запитами	6. Необхідність у поновленні відгуків
7. Зростання рейтингу продукту в пошуковій видачі	7. Певний рівень суб'єктивності споживачів при написанні відгуків

Така кількість підписників пояснюється, тим що україномовний сегмент YouTube лише набирає обертів останніми роками, і необхідним є ще певний час на просування україномовних проєктів. Відгуки легко знаходяться користувачами при введенні пошукового запиту. Наприклад, достатньо ввести пошуковий запит «мікрозелень мікрогрін горох відгуки», і система видає результат у значній кількості релевантних запиту вебсторінок. Крім того, не складає труднощів поділитися посиланням на сторінку, на якій користувач знайшов відгук. Відгуки дійсно спроможні доповнити вебсайт виступаючи своєрідним додатковим контентом. Тексти на сторінці товарів, як правило, містять опис від виробника, який не є унікальним та дублюється на інших сайтах. При цьому відгуки користувачів є дієвим способом збільшити кількість унікального контенту на таких сторінках та, як результат, покращити його ранжування в результатах пошуку.

У мережі «Інтернет», на жаль, поширене явище «накрутки» відгуків, коли позитивні пишуть за оплату, а негативними відгуками продавця можуть збагатити недобросовісні конкуренти. Та й думку тих, хто залишає відгуки, важко контролювати через налаштування анонімності. Помилковою є думка, що для того, щоб клієнт залишив свій позитивний відгук про продукт, він або має відноситися до категорії «громадян» Інтернету або бути просто свідомим членом суспільства, який прагне, щоб його думку почули. Більшість споживачів не мають бажань, вмінь або просто мотивації залишити свій відгук. Результати нашого опитування показують, що серед активних користувачів Інтернету лише 8 % респондентів залишають відгуки час від часу. Більшість при цьому лише кілька разів у житті залишали онлайн відгуки (50 %) або взагалі ніколи не писали відгуки (40 %) (рисунок 4.8).

Зазначимо, що середній вік респондентів, які взяли участь в опитуванні склав 22 роки. За результатами дослідження саме користувачі цього віку (вікова межа 15-24 роки) у більшій пропорції з іншими типами користувачів Інтернету відносяться до категорії «Тих, хто живе в мережі» та «Упевнених користувачів». Тож серед користувачів Інтернету старшого віку відсоток тих, хто залишає відгуки або робить це систематично не набагато вищий.

Примітно те, що в теперішній буремний час, коли суспільство постало перед великою кількістю викликів у сфері охорони здоров'я, зокрема пов'язаних з пандемією COVID-19, люди прагнуть одержувати більше інформації про різні аспекти підтримки свого здоров'я, зокрема і про продукти індустрії оздоровлення та просто корисні продукти.

Ці прагнення можуть бути реалізовані через пошук, моніторинг та ознайомлення з відгуками про певні продукти, досвідом їх використання, можливостями придбати / замовити / скористатися. Доступна на сьогодні статистична інформація показує, що ще в 2018 році країни Східної Європи, до яких відноситься Україна, були серед лідерів за кількістю людей, що хотіли отримувати більше інформації про медицину, захворювання та здоров'я.

Примітною є гендерна відмінність у прагненнях між жінками та чоловіками (51 % проти 34 %) (рисунок 4.9).

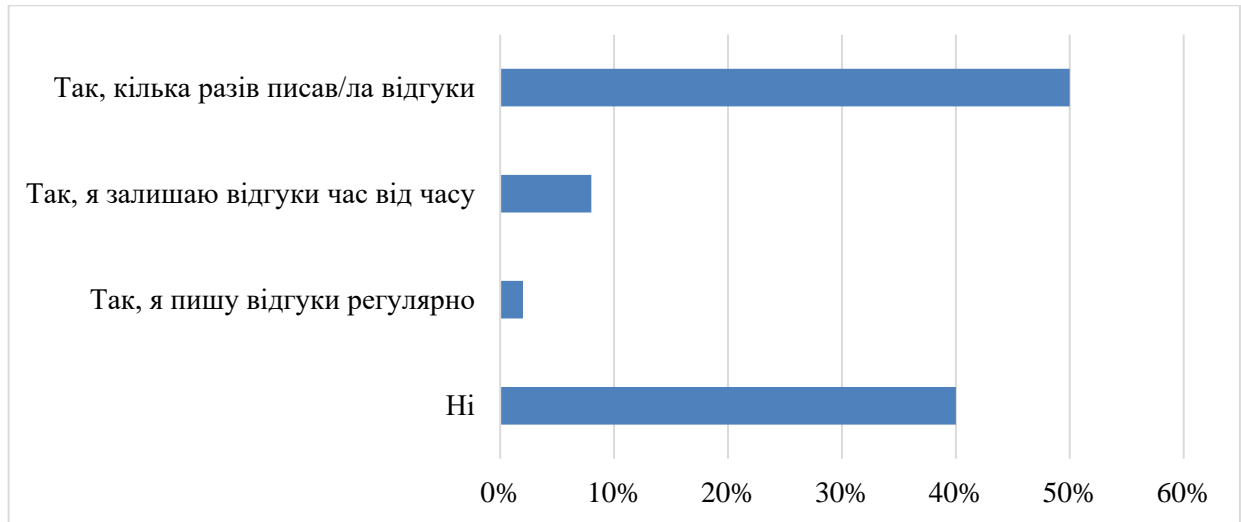


Рисунок 4.8 – Результати онлайн-опитування споживачів Сумського регіону на запитання «Чи шукаєте Ви відгуки про продукт перед його купівлею?»

Джерело: побудовано авторкою за результатами опитування.

Для відгуків характерною є суб'єктивність, і для сфери здорових продуктів ця характеристика є більш вираженою, оскільки критикувати тут споживачі можуть продукт не лише за смак, запах, технічні характеристики, як у більшості товарів споживчого використання, а за їх дієвість, ефект, тривалість цього ефекту, вираженість дії на різних людях тощо.

У таблиці 4.4 узагальнено інформацію про основні національні сервіси для написання та збору відгуків, що підтримують отримання відгуків про діяльність українських компаній та їх продукти. Отже, у споживачів немає складнощів із пошуком платформ для написання відгуку про компанію, зокрема і в сфері виробництва здорових продуктів. Є спеціалізовані сайти типу Medcentre, де залишають відгуки виключно про медичні послуги та послуги оздоровлення. Проте здебільшого відгуки про користування чи споживання

здорових продуктів розміщують на звичайних сайтах, що містять бази компаній та перелік розділів з різними видами діяльності.

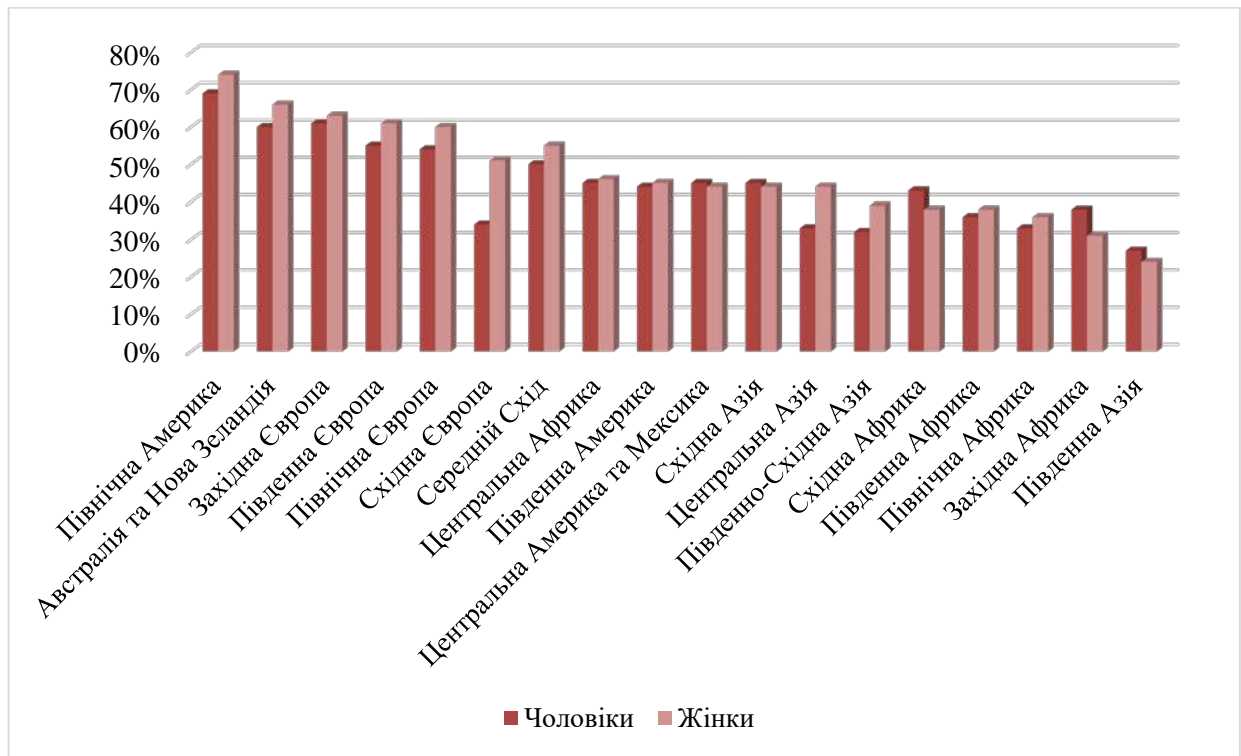


Рисунок 4.9 – Розподіл осіб за бажанням отримувати більше інформації з питань медицини, захворювань та здоров'я

Джерело: побудовано авторкою за даними [238].

При цьому на сайтах відгуків не виокремлюють спеціальних розділів для товарів здорового напрямку. Утім, у майбутньому можна прогнозувати стрімке зростання популярності індустрії здоров'я та більше приділення уваги до неї з боку онлайн-майданчиків, зокрема і сервісів збору фідбеку.

Відгуки є потужним інструментом збору думки про компанію з боку споживачів на товарному ринку та постійних клієнтів, якщо говорити про сферу послуг. Багато компаній враховують фідбек клієнтів у своїй товарній, збутовій, комунікаційній та навіть ціновій політиці. Для прикладу, український маркетплейс, що спеціалізується на розміщенні оголошень щодо продажу

автомобілів, AUTO.Ria вдало обіграв ідею систематичного збору відгуків від користувачів у своїй маркетинговій компанії у середовищі YouTube, розмістивши на цьому сервісі свої короткі відеоролики здебільшого як прероли та мідроли при перегляді відеоконтенту користувачами.

Таблиця 4.4

Сервіси відгуків на ринку України

Назва	Особливості платформи	Можливість написання відгуків про здорові продукти
Revision	Можливість залишати відгуки про ресторани, онлайн- та офлайн-магазини, сервіси. Ресторан чи магазин підключається до платформи, одержує свій QR-код. Цей код можуть сканувати споживачі з чека чи інших атрибутів і перейти на сторінку оцінювання. У випадку онлайн-магазину клієнту надсилається email з проханням залишити відгук. Також можливо залишити відгук через SMS чи у месенджерах	Можливо у рамках зазначених сфер діяльності
Google-карти	Відгуки розміщують через сервіс Google Maps. Користувач може знайти компанію на карті та поділитися своїм враженням від співпраці з нею, а також надати характеристику її продуктам	Можливо, залежить від специфіки діяльності компанії
Otzyvua.net	Платформа позиціонує себе як перший незалежний сайт відгуків в Україні	Відгуки про здорові продукти можна написати в багаточисленних розділах сайту, як-то: «Продукти харчування», «Клініки», «Медичні центри», «Вітаміни» та ін.
Medcentre	Сайт реалізований як інформаційний портал про ліки з базою лікарів, клінік та аптек. Є розділ із відгуками про медичні заклади та лікарів	Можливо у сфері медицини
Compania	Вебсайт з можливістю поділитися досвідом співробітництва з компаніями, враженнями від їх сервісу та якості товарів	Можливо. На сайті є категорії «Медичні організації», «Бізнес», що підходять для відгуків про здорові продукти

Джерело: систематизовано авторкою.

До уваги важливо брати не лише позитивні відгуки, а й негативні, які дають можливість компанії виправитися, закріпити своє позиціонування серед цільових споживачів як надійного гравця ринку, що враховує думки та побажання своїх клієнтів.

Якісний онлайн-контент став тією рушійною силою, що допомагає гравцям на ринку притягувати увагу цільової аудиторії. На лідируюче місце для захоплення уваги клієнтів виходить якісний онлайн-контент та правильне врахування того, в якому інформаційному просторі знаходиться цільова аудиторія кожного окремого проєкту. Якщо ще кілька років тому соціальні медіа більшість користувачів використовували для спілкування з друзями, то тепер вони перетворилися на ту платформу, де бізнес, різні приватні особи можуть обмінюватися ідеями. Це стало дуже чітко видно під час пандемії, коли багато організацій масово почали переходити до своїх профілів, або почали створювати їх у різних соціальних мережах та на різних сайтах.

Збільшення кількості інтернет-користувачів та зниження витрат на залучення клієнтів в цифровому середовищі ставлять бізнес перед питанням необхідності трансформувати маркетингові стратегії у онлайн-просування, в якому головна увага має бути приділена користувачеві. Така ситуація дає змогу компаніям дефіцитних ніш отримати миттєві вигоди. Проте в довгостроковій перспективі такий підхід може завершитися формуванням негативної репутації. У рамках довгострокових стратегій той, хто використовує час самоізоляції на налаштування контакту з користувачами, піклується про соціальну відповідальність бізнесу, його транспарентність, розвиває соціальну комерцію та враховує тренди здорового способу життя зможе підвищити свою конкурентоспроможність в разі, створивши лояльну базу клієнтів. Крім того, важливо пам'ятати, що конкуренція у диджитал-середовищі є надзвичайно високою. Основним форматом споживання контенту в онлайн є стрічка новин, тому великої значущості набуває якість присутності компанії в інформаційному полі споживачів. У цифровому середовищі компаніям варто інвестувати в онлайн-присутність. Але однієї присутності замало: потрібно робити її

ефективною. Тому необхідно інвестувати в онлайн-репутацію, тобто лайки, онлайн-відгуки, репости – те, що узагальнюється поняттям «маркетинг із уст в уста».

Крім цього, компаніям доречно забезпечити можливості для зворотної комунікації зі споживачами, зокрема роботу з позитивними та негативними відгуками. Перевагою буде те, що вони зможуть дізнатися можливі проблеми, виправити їх та зробити кращим особистий імідж. Це рішення не тільки блокуватиме негативне обговорення компанії з близькими, а й покращить репутацію компанії. Отримуючи відгуки, компанія має можливість швидко втілити різні цікаві пропозиції у життя, здобувши низку переваг. Краще не просто підтримувати розмову з клієнтами, а й демонструвати зміни, адже це сприятиме утвердженню відкритості та здобуттю довіри серед споживачів. І знову ж таки, онлайн-середовище дає багато можливостей для цього. Компаніям доцільно впроваджувати інновації в способах комунікації з своїми клієнтами і освоювати нові канали продажів. До таких каналів відносимо: комунікацію у месенджерах, особливі умови за доставки продукції (бонуси, знижки), розвиток онлайн-продажів, онлайн-комунікації, консультації телефоном, віддалені консультації, sms-розсилки, радіореклама, відео-підтримка, відео-продажі, відео-презентації.

Серед інноваційно-цифрових інструментів маркетингових комунікацій у системі здорового розвитку національної економіки, необхідно виділити нейро-інструментарій, що надає маркетологам та іншим фахівцям у сфері охорони здоров'я нові механізми ефективного просування здорового способу життя з урахуванням психологічних (у деяких випадках і фізіологічних) особливостей цільової аудиторії інформаційного меседжу. Нейромаркетинг підштовхує індивіда до ухвалення певного рішення в системі його поведінкових патернів [352].

Інфлюенсинг передбачає залучення до взаємодії зі споживачами впливової особи, що може вплинути на думку значної групи людей, цільової аудиторії маркетингової кампанії зі стимулювання процесу здорового розвитку.

Інфлюенсерами можуть відрізнятися за розміром аудиторії, на яку вони спроможні вплинути, за типом контенту, що вони поширюють та ступенем можливого впливу на населення. Інфлюенсерами є ведучі, актори, автори, співаки і навіть лікарі, якщо річ іде про систему охорони здоров'я та пропагування здорового стилю життя.

Сенсорний маркетинг є видом маркетингу, основним завданням якого є вплив на фізіологічні відчуття людей (зір (маркетинг жаху – вплив на емоційний стан людини від перегляду ролику про негативний вплив тютюнопаління на легені людини), слух (звукове супроводження інформаційних стрічок про проблеми в сфері охорони здоров'я), смак, дотик, запах (аромамаркетинг, наприклад, специфічний аромат у крамниці з органічною продукцією тощо) для стимулювання формування позитивних поведінкових патернів у питаннях здоров'язбереження.

Емоційно-ситуативні інструменти – вплив на мотивацію та ухвалення рішень цільовою аудиторією в питаннях здоров'я через емоційні каталізатори. На думку експерта з брендингу М. Ліндстрома, до 90 % рішень про купівлю люди ухвалюють під впливом емоцій. На це впливають досвід, асоціації, враження. При чому в основному в сфері охорони здоров'я ці інструменти працюють із базовими емоціями радості, нудьги, страху, гніву, відрази, бо вони однаково проявляються у представників різних національних культур. При цьому різні емоції диференційовано впливають на процес ухвалення рішення про купівлю продукту, зокрема в сегменті здорового харчування. Деякі емоції роблять споживача невпевненим, змушують обмірковувати свій вибір, наприклад, відмовитися від купівлі нездорової їжі. Інші емоції, навпаки, спонукають робити імпульсні покупки. Для прикладу, не випадково тренажерні зали в своїй рекламі, застосовуючи принципи емоційно-ситуативного маркетингу, показують здорових та щасливих людей – клієнтів цих закладів.

Диджитал-маркетинг поділяють на два напрями. Перший стосується використання інтернет-інструментів для посилення традиційного маркетингу компаній: організації досліджень компанією, оптимізації інформаційної

взаємодії між співробітниками, партнерами й замовниками, рекламування, продажів, організації доставки продукції до споживача, забезпечення післяпродажного сервісу. Другий напрям пов'язаний із використанням нових моделей бізнесу, в основі якого лежить мережа «Інтернет», і має базове значення, наприклад, інтернет-крамниці, віртуальні інформаційні агентства, компанії, що надають послуги для учасників інтернет-ринку, торговельні електронні майданчики тощо [428].

Основні інструменти диджитал-маркетингу: пошукова оптимізація; контекстна реклама; банерна реклама; емейл-маркетинг; корпоративний сайт; маркетинг співтовариств і маркетинг у соціальних медіа; директ-маркетинг; блог; вірусний маркетинг; SMS-маркетинг та ін.

На ринку здорової продукції інструменти диджитал-маркетингу активно використовують інтернет-крамниці здорових продуктів, компанії сегменту B2C, сфери медичних послуг (таблиця 4.5). Проаналізуємо основні переваги та недоліки кожного з інструментів диджитал-маркетингу в таблиці 4.6.

Таблиця 4.5

Використання маркетингового диджитал-інструментарію залежно від
призначення

Інструмент інтернет-маркетингу	Напрямок діяльності компанії		
	Інтернет-крамниця здорової продукції	B2C сегмент здорової продукції	Сфера послуг оздоровлення
Блог	+	+	+
Вірусний маркетинг	+	+	+
Директ-маркетинг	+	–	+
Контекстна реклама	+	+	–
Медійна реклама	+	+	+
Сайт	+	+	+
SEO	+	+	+
SMO	+	+	+
SMS- маркетинг	+	–	–

Джерело: розроблено авторкою.

Таблиця 4.6

Переваги та недоліки основних інструментів диджитал-маркетингу

Назва інструменту	Визначення	Переваги	Недоліки
1	2	3	4
Блог	Веб-сайт з регулярно оновлюваним контентом у вигляді текстів, зображень чи мультимедіа (мережевий журнал, щоденник подій)	<ul style="list-style-type: none"> – можливість легкого та швидкого створення постів; – безкоштовність реєстрації блогу; – опублікований пост стає одразу доступним читачам 	<ul style="list-style-type: none"> – імовірність недостовірності поширюваних інформаційних повідомлень; – негативні відгуки призводять до погіршення іміджу бренду
Вірусний маркетинг	Швидке поширення інформації про послуги, товари, бренди між користувачами з їхньої ж ініціативи	<ul style="list-style-type: none"> – низькі витрати; – залучає увагу потенційних споживачів до діяльності компанії; – ефект «сарафанного радіо» 	<ul style="list-style-type: none"> – можливість викликати негативні емоції від постійних «вірусів»; – неможливість управління впливом «вірусу» на формування ставлення споживача о бренду
Директ-маркетинг	Відправлення текстових, графічних або відеоповідомлень рекламного характеру конкретному клієнту	<ul style="list-style-type: none"> – прямий зв'язок зі споживачем; – персоналізація; – легкість оцінки результатів; – можливість установлення міцних відносин зі споживачем; – легкість поширення повідомлення 	<ul style="list-style-type: none"> – у короткостроковій перспективі низький результат; – перенасиченість спамом каналів зв'язку; - зниження лояльності та іміджу через недоброякісну рекламу
Корпоративний сайт	Сайт, який містить інформацію про компанію, її товари чи послуги, новини та досягнення компанії тощо	<ul style="list-style-type: none"> – привабливий для клієнта; – містить детальну інформацію про компанію; – забезпечує оперативний зворотний зв'язок зі споживачем 	<ul style="list-style-type: none"> – високовартісний ресурс; – тривалий термін окупності вкладених коштів
Контекстна реклама	Банери або текстові рекламні повідомлення, що з'являються відразу під рядком пошуку за певними запитам	<ul style="list-style-type: none"> – легкість залучення уваги цільової аудиторії; – достатня видимість у видачі пошукової системи; – не потребує оптимізації сайту; – можливість управляти видимістю та обмежувати бюджет 	<ul style="list-style-type: none"> – відносно низька клікабельність; – формування ціни в рамках аукціону; – достатньо витратний інструмент

Продовження таблиці 4.6

1	2	3	4
Медійна реклама	Рекламні оголошення у формі статичних або анімаційних банерів, які розташовують на сторінках сторонніх сайтів для рекламування бренду, товарів, послуг	– істотний емоційний вплив; – гарно запам'ятовується; – можливість охоплення широкої аудиторії	– відносно високі витрати; – невисока конверсія
SEO-оптимізація	Пошукова оптимізація, яка забезпечує посилення позицій сайту у видачі пошукових систем за запитами споживачів	– висока клікабельність; – незначні фінансові витрати; – високе значення конверсії	– результати імплементації помітні лише через кілька місяців; – висока залежність від змін в алгоритмах пошукових систем
SMS-маркетинг	Сукупність маркетингових дій, спрямованих на рекламування товарів чи послуг за допомогою мобільного зв'язку, зокрема SMS-повідомлень	– доставка повідомлень до значної кількості адресатів; – порівняно низькі витрати	– сприйняття повідомлень як спам; – складність в отриманні бази номерів цільових споживачів
SMO (оптимізація сайту під соціальні медіа)	Дії, що спрямовані на залучення потенційних споживачів із соціальних мереж, блогів, форумів на сайт компанії	– можливість безпосереднього зв'язку з потенційним споживачем; – наявність ефекту «сарафанного радіо»	– складно знайти фахівця для здійснення; – значні витрати часу

Джерело: сформовано авторкою з використанням [194].

Вебсайт як інструмент диджитал-маркетингу є одним із основних інструментів продажу для більшості представників бізнесу сегменту здорової продукції. Завдяки ньому можна отримати «безконтактні» конверсії, значно збільшити кількість продажів, удосконалити пошук цільової аудиторії. Важливе значення при цьому відіграє дизайн, зручність для користувача та функціональність сайту [387, 427].

SEO (аббревіатура від англ. слів – Search Engine Optimization) або пошукова оптимізація – здійснення дій на сайті та поза ним для покращання показників відвідуваності вебресурсу за рахунок підвищення позицій сайту в пошуковій видачі за конкретним запитом споживача, наприклад, про послуги приватних медичних закладів. Оптимізують при цьому як внутрішні фактори (текстове та графічне наповнення сайту, структуру і навігацію, внутрішню

перелінковку), так і зовнішні (кількість і якість посилань на даний вебресурс у мережі «Інтернет»). Цей інструмент є ефективним у багатьох видах бізнесів у сегменті здоров'я, завдяки відносно дешевому отриманню лідів (основні витрати – час співробітника, який займається оптимізацією). Однак його використання потребує кропіткої монотонної роботи від фахівця, і перші результати можна відчутти лише через кілька місяців щоденної роботи.

Контекстна реклама передбачає орієнтацію на зміст сторінки сайту в мережі «Інтернеті». При цьому тематика сайту і оголошення мають співпадати. Контекстну рекламу можна побачити вже на сторінці видачі пошукової системи. Використання цього інструменту платне – передбачені варіанти оплати за покази або кліки по посиланню. Вибір форми оплати залежить від мети рекламної кампанії. Налаштування контекстної реклами передбачає вибір показників: місце розташування людини, вік, стать, сімейний стан, інтереси користувача, професію / місце роботи тощо.

SMO (аббревіатура від англ. слів – Social Media Optimization) – оптимізація сайту під соціальні медіа (соціальні мережі, блоги, форуми) за певними правилами та принципами. Головне в SMO – створити корисний та привабливий для споживачів контент, який вони будуть добровільно поширювати, рекомендувати іншим тощо. Розрізняють кілька способів роботи з SMO: створення групи організації, корпоративної сторінки, тематичної групи в соціальній мережі, створення та ведення власного блогу, взаємодію з блогерами через їх ресурси. Серед основних правил роботи з соціальними мережами є регулярність спілкування, делікатність і постійна присутність на зв'язку, чесність, регулярна робота з відгуками та правильне мотивування читачів до виявлення активності, що особливо актуально в умовах просування бізнесу сегменту здорової продукції національної економіки.

До різновидів директ-маркетингу відносять: розсилку електронною поштою (як правило, це надсилання повідомлень підписникам, що добровільно погодилися отримувати такі матеріали на власну електронну пошту), RSS-

стрічки (RSS-канали) (інформація про нові матеріали й статті на сайтах і блогах, на які користувач підписаний. Може надсилатися користувачеві через спеціальні агрегатори, інтернет-браузери, завдяки чому усі підписники перебувають у курсі новин на сайті компанії або в блозі.

SMS-маркетинг є способом просування товарів і послуг у сфері охорони здоров'я за допомогою SMS-повідомлень. Його відносять до інтернет-маркетингу тому, що розсилку повідомлень здійснюють через онлайн-сервіси, хоча контактні дані можуть отримуватися і поза мережею «Інтернет». SMS-маркетинг потрібен для спілкування з клієнтами, реклами товарів і послуг, формування образу компанії, що піклується про своїх клієнтів.

Медійна реклама передбачає публікацію графіків або банерів на сайті. Її також розміщують на сторінках видачі та сайтах партнерів. Вона допомагає залучити більшу кількість споживачів на сайт. Її використовують для покращання іміджу бренду і збільшення популярності компаній сегменту здорової продукції.

Блог є різновидом вебресурсу, який складається із записів (постів), які відображаються у зворотному хронологічному порядку. Нові записи з'являються першими у стрічці. На таких ресурсах користувач може залишати коментарі, посилання. У такий спосіб забезпечується двостороння бесіда. На сьогодні існує понад 440 млн блогів різної тематики, зокрема і з питань здорового способу життя. Останніми роками стали розвиватися мікроблоги. Вони відрізняються від блогів тим, що містять лише короткі повідомлення розміром до 140 символів.

Вірусний маркетинг є інструментом добровільної передачі інформації від однієї людини до іншої [380]. Цей інструмент у сфері охорони здоров'я функціонує таким чином: створюється дуже привабливий, цікавий, несподіваний контент із питань здоров'я, який користувачам хочеться переслати, щоб порадувати друзів та знайомих. Цей контент запаковується у зручну, привабливу, просту й доступну для передачі між користувачами упаковку. Люди з легкістю викладають такий файл у свій блог або у соціальній

мережі, пересилають його або посиляються на нього. Інформація може передаватися у вигляді фотографій, відеозаписів, тексту, флеш-ігор.

4.2. Науково-методичні основи вибору моделей поведінки споживачів здорової продукції національної економіки

На сьогодні багато підприємств запускають маркетингові кампанії для просування своїх товарів. Не виключенням є й продукція здорового сегменту. Через зростаючу кількість населення, що розуміє переваги здорової поведінки, та дедалі глибше усвідомлення цінності здорового способу життя маркетинг здоров'я набирає все більших обертів. Опитування виявили, що частка глобального ринку здорового харчування та велнес-індустрії становить більше 20 % і продовжує зростати [2]. Ринок продукції здорового сегменту в 2021 році досяг 935 млрд дол. США. Прикладами успішних маркетингових кампаній з просування продукції здорового сегменту в Україні є український продукт, фармацевтичний препарат Меркана для відновлення суглобів, реклама якого пройшла по всій країні з орієнтацією переважно на покоління X. Були задіяні такі інструменти як телевізійна, зовнішня та інтернет-реклама для охоплення більшої частки цільової аудиторії. Із 2015 року логістичний оператор «Нова пошта» організовує заходи для здоров'я у великій кількості міст України, пропагуючи активний спосіб життя серед українців, а також виступає спонсором спортивних змагань.

Наукові дослідження показують, що дотримання здорового способу життя допомагає запобіганню хронічних захворювань, зокрема інфекційних. Інфографік на рисунку 4.10 відображає відсоток дорослих пацієнтів, які хворіли на інфекційні захворювання через недотримання здорової поведінки у певних країнах світу. Серед шкідливих звичок, що спроможні послаблювати резильєнтність до інфекційних захворювань – тютюнопаління, вживання

алкоголю. Також до факторів ризику захворювання відносять ожиріння. Як показує аналіз респондентів з ряду країн, вживання алкоголю для представників різних національностей досягає більше 60 % опитаних. Примітно, що, наприклад, у США доволі високий відсоток інфекційних захворювань у людей зі шкідливими звичками, а також із ожирінням. На рисунку 4.11 проаналізовані основні перешкоди щодо дотримання здорового способу життя на думку респондентів з США.

На сьогодні будь-який ринок перебуває в значній залежності від споживача, який у кінцевому підсумку визначає, який продукт буде виробляти підприємство. Ця ж ситуація характерна й для ринку здорових продуктів. Перед виходом та подальшою реалізацією продукту на ринку необхідно точно визначити, чи є він актуальним для цільового ринку, які потреби задовольнятиме, чи є для цього продукту товари-субститути, чи є технологія виробництва цього товару сучасною за нормативами, ресурсомісткістю, вартістю тощо та ін. Обсяг споживання здорових продуктів значною мірою залежить від соціально-економічної ситуації в країні. Зі зростанням реальних доходів населення збільшується споживання корисних продуктів: органічних овочів та фруктів, продуктів без шкідливих домішок.

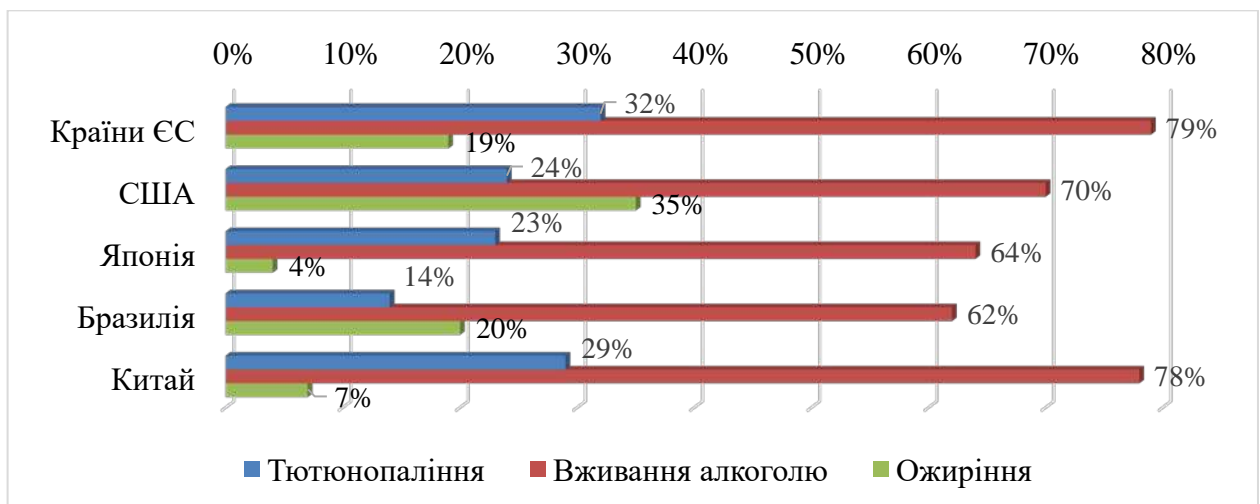


Рисунок 4.10 – Інфекційні захворювання та недотримання здорової поведінки: взаємозв'язок у деяких країнах світу

Джерело: побудовано авторкою за даними [205].

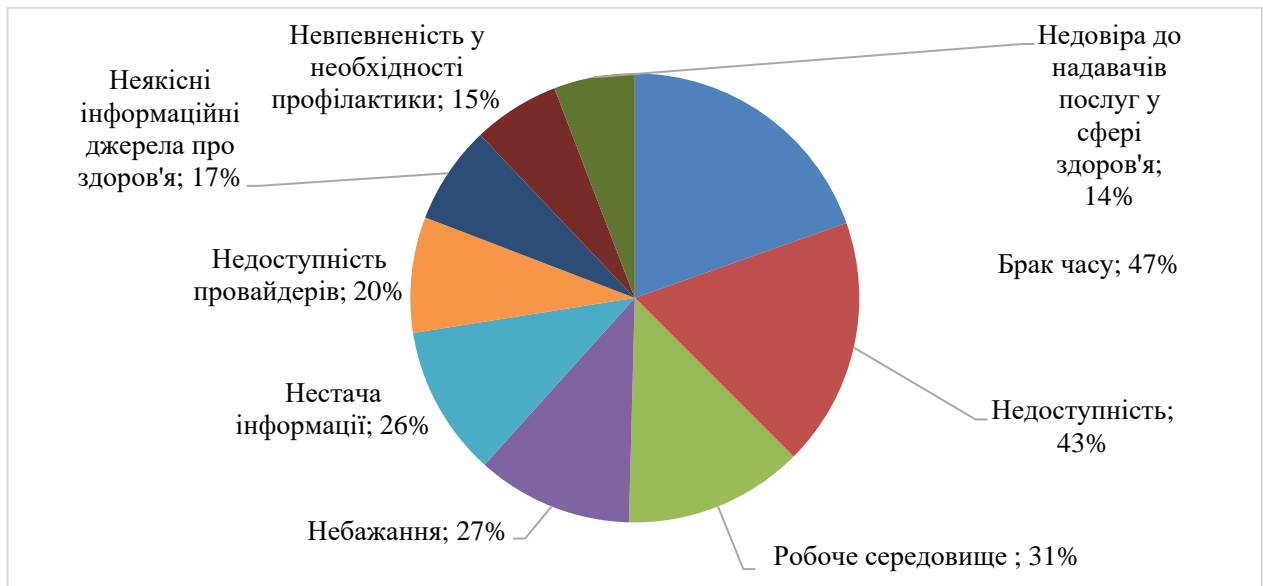


Рисунок 4.11 – Основні фактори, що перешкоджають дотриманню здорового способу життя для респондентів з США

Джерело: побудовано авторкою за даними [167].

При аналізі структури середньодобового споживання населенням України основних мікро- та макроелементів у складі продуктів харчування виявлено тенденцію до зниження в цілому калорійності їжі та до збільшення вмісту корисних складових, таких як ретинол (на 5 % у 2019 році порівняно з 2000 роком), бетакаротин (зростання майже на 85 % у 2019 році порівняно з 2000 роком), протеїн (на 7 % у 2019 році порівняно з 2000 роком). Результати глобального дослідження думки споживачів, проведеного компанією PwC у березні 2021 році, вказують на те, що споживчий попит на корисні для здоров'я продукти має тенденцію до зростання. Половина респондентів до свого раціону включає більше рослинних продуктів, щоб зробити своє споживання більш сприятливим для довкілля [248]. Щодо українського ринку, то згідно [372] населення називає турботу про здоров'я одним із трьох найважливіших для себе питань. Очевидним є зростання інтересу до здорових продуктів, особливо в категорії дитячого харчування. Для сфери ритейлу характерним є виникнення спеціалізованих відділів із екопродуктами. Український споживач виявляє

готовність купувати та платити навіть вищу ціну за продукти, у яких відсутні штучні ароматизатори, барвники, генетично модифіковані організми (ГМО) чи гормони, якщо він не містить цукру або вміст його мінімізований тощо.

У загальному вигляді класифікація підприємств, які пропонують на ринку продукти здорового сегменту, виглядає так:

1) Компанія починає свою діяльність із виведення на ринок здорових продуктів, приймаючи їх лінійку за основний чи єдиний напрямок виробництва. Є достатня кількість прикладів успішних українських стартапів у цій категорії. Компанія «FutureFood» із виробництва здорових чіпсів (фьючпсів), які виготовляють із рослинних інгредієнтів і які багаті на вітаміни. У сфері послуг таким прикладом слугують кафе здорового харчування, що пропонують широкий асортимент здорової їжі (свіжовичавлені соки, детокс-коктейлі, десерти з натуральних інгредієнтів та ін.). До цієї ж категорії відносять бізнес у сфері вирощування мікрогрину, компанії у сфері інноваційного на сьогодні біохакингу, медичні заклади, виробників рослинної косметики та інші сфери діяльності.

2) Компанія, що пропонує комплексний здоровий продукт, усі складові якого є нешкідливими для людини та довкілля (найпоширеніший підхід «сам продукт + його упаковка»). Прикладом є український бренд «Medusha» із виробництва натурального меду. При цьому упаковка продукції також є натуральною. Банки, у які розливають мед, виробляють з воску. Інший приклад – українська компанія «Soup Culture», що пропонує споживачам страву з натуральних інгредієнтів в екологічному хлібному стакані. За прикладом цих стартапів на національному ринку виникають подібні гравці, наприклад, кавові харчові стаканчики.

3) Компанія диверсифікує свою діяльність за рахунок виведення на ринок радикально іншого асортименту здорових продуктів. Тут мається на увазі горизонтальна диверсифікація, тобто розширення асортименту продукції виробами, які не пов'язані з тими, що вже випускає компанія. Частіше цей підхід впроваджують великі корпорації. Прикладом є проєкт «Eat Easy» із

виробництва здорових раціонів, що входить до складу компанії з управління активами N1 (серед активів мобільний банк, платіжні системи, система лояльності та ін.).

4) Компанія розширює власний товарний асортимент за рахунок виведення на ринок лінійки чи окремих одиниць продукції у категорії «здорова». Прикладом є зарубіжна компанія «Starbucks», що свого часу вивела на ринок здорову каву як новітню пропозицію для своїх споживачів, яка пропонується компанією у зеленому стаканчику, що символізує її корисність. Серед українських компаній популярність зеленої кави також має місце. Для прикладу, дочірня компанія концерну «Хлібпром» активно просуває на ринку не лише свою асортименту лінійку кавових напоїв, а й окремий асортимент зеленої кави. У сфері послуг яскравим прикладом цього підходу до виведення на ринок здорових продуктів є компанії-розробники мобільних додатків, які активно пропонують споживачам продукти в сфері охорони здоров'я (мобільні аналізатори, трекери, здорові консультанти, дієтологи, лікарі та ін.). Туристичні компанії, що на додаток, до пропозиції свого асортименту турів, пропонують своїм клієнтам додаткові офери у вигляді турів у рамках здорового (медичного) туризму.

5) Компанія впроваджує певні аспекти здорового підходу у виробництво / просування продукції. У 2016 році компанія-виробник фастфуду «KFC» розробила їстівний лак для нігтів зі смаком курки з натуральних інгредієнтів за двома найбільш популярними рецептами мережі. Достатньо екстравагантно, але в такий спосіб відома компанія спробувала заінтригувати, розвеселити і, як результат, викликати ажіотаж на продукцію мережі у жителів Гонконгу, адже саме на цей ринок була зорієнтована маркетингова кампанія.

Майбутнє ринку здорових продуктів буде характеризуватися більшою персоналізацією (індивідуально розроблений процес покупки відповідно до стану здоров'я та прийнятого раціону харчування окремої людини та її членів родини). Відбувається перегляд стратегій взаємодії зі споживачами з акцентуванням уваги на діалозі в цифровому середовищі. Із насиченням ринку

здорових продуктів зростають очікування споживачів, тому виробникам стає усе важче вигідно виділятися серед конкурентів. Щоб бути конкурентоспроможними вони інвестують у розвиток товарів та виводять на ринок інновації, застосовують різноманітні маркетингові комунікації. Одним із ефективних способів донесення інформації про переваги продукту сегменту здоров'я є використання позначень безпечності, корисності, натуральності на його упаковці. За даними опитувань компанії Nielsen, 41 % споживачів у світі довіряють позначенням «еко», «біо», «натуральний» на упаковці.

Криза, спричинена пандемією COVID-19, пришвидшила тенденції до зростання виробництва більш здорових, екологічно чистих та локальних продуктів. Так, згідно [429] близько третини населення Європи планує приділяти більше уваги здоровому харчуванню в 2021 році, а 24 % – більше витратити на місцеві продукти. При цьому 19 % опитаних готові більше витратити на екологічно чисті продукти. Пандемія змінила також і споживацькі звички 63 % українців. Про це свідчать дослідження компанії «Делойт» у 2021 році [59]. При цьому згідно даних ООН, 3 млрд чол. у світі не можуть дозволити собі здоровий раціон харчування. А 2 млрд осіб мають зайву вагу чи страждають ожирінням. Недостатню вагу мають 462 млн людей. Тому забезпеченість здоровим харчуванням у світі та в Україні зокрема є важливим завданням. Істотним чинником є особиста зацікавленість споживачів до піклування про своє харчування та харчування близьких, готовність до здійснення обдуманого купівлі товарів у сегменті здорового харчування та інформаційна робота в сфері підтримки здоров'я населення. Адже згідно висновків Всесвітньої організації здоров'я фізіологічний стан людини на 70 % залежить від харчування.

Сучасні тенденції жити усвідомлено з піклуванням про здоров'я показують, що хелс-відповідальність (як відповідальність перед собою та оточуючими людьми за свідоме відношення до здоров'я, підтримка здорового способу життя, розуміння та дотримання принципів важливості профілактики захворювань), набуває все більшої важливості для споживачів і значною мірою

впливає на їх остаточний вибір продуктів від різних постачальників. Результати дослідження [475] дають підтвердження тому, що однією з основних умов для щастя українці вважають власне здоров'я та здоров'я своїх близьких. Поряд із іншими факторами такими, як фінансова забезпеченість, безпека, наявність сім'ї, щастя близьких тощо, здоров'я назвали 78 % опитаних. Іншим мотивом є прагнення покращити особисте здоров'я, особливо після перенесеного захворювання на коронавірус. Важливо зрозуміти, що задовольнити вимоги споживачів щодо більшої екологічності, безпечності продукції тощо можна в різний спосіб. У бізнес-середовищі є низка успішних прикладів реалізації проєктів із використанням чинника здоров'я, що допомогли власникам підвищити ефективність своєї діяльності. Особливо яскраво це можна простежити на прикладі закладів гостинності, зокрема кав'ярень. При чому можливо виокремити дві маркетингові стратегії, що ґрунтуються на чиннику здоров'я: пряма та опосередкована.

Прямий тип стратегії реалізується здебільшого через спеціалізацію закладу: кафе здорового харчування, ресторан, де готують «як удома», фіто-кафе тощо. Інший тип стратегії може бути реалізований у будьякому закладі харчування, незалежно від спеціалізації. Зокрема, відомий досвід співпраці компаній «Philips» та «Starbucks», у рамках якої вдалося трансформувати голландські кав'ярні «Starbucks» у так звані EnergyUP заклади. Заклади оснастили розробкою спеціалістів «Philips», а саме лампами денного світла. Це портативні прилади для підвищення рівня енергії. Згідно тверджень самого виробника відвідувачу достатньо знаходитися під промінням такого приладу впродовж 20-30 хвилин, щоб відчутти себе бадьорішим. Це цікавий маркетинговий хід, заснований на тому, що відвідувачі будуть охоче відвідувати кав'ярню, щоб покращити своє самопочуття.

Звісно, здоровий маркетинг може бути реалізований і за умови значно більших інвестувань. Авіакомпанія «Qatar Airways» обладнала літаки спеціальними LED-ліхтарями, що змінюють колірну температуру та в змозі імітувати природне сонячне світло відповідно до денних ритмів кожної окремої

людини. Потреба в цьому може бути пояснена тим, що авіакомпаніями користуються представники різних континентів та регіонів світу, яким важко пристосуватися до зміни часових поясів при перельоті. Таке рішення покликане вирішити проблему біоритмів авіапасажирів. Важливо, що в поняття здорового способу життя на сьогодні включають психічне здоров'я, яке є таким же важливим для окремого індивіда, як і фізичне. Низка вчених доводять, що ця складова здоров'я впливає на працездатність, купівельну активність, ініціативність, креативність індивіда. Тому при розробленні маркетингових рішень доцільно враховувати різноманітні духовні практики, що не вимагають особливої фізичної активності, але прямо пов'язані з допомогою споживачам оволодіти душевним спокоєм та зміцнити психіку. Наприклад, відома інтернет-компанія «Headspace», що спеціалізується на медитації, у співпраці з американським архітектурним агентством розробила конструкцію для медитацій для підтримки ментального здоров'я місцевого населення в громадських місцях [436]. Суб'єктам господарювання не обов'язково працювати в сегменті здорового бізнесу, щоб піклуватися про споживачів і надавати хелс-сервіси. Для прикладу, під брендом модельєра Stella McCartney у Лондоні відкрили бутік, у якому повітря на 95 % самоочищається від бактерій. Автомобільна компанія «Yangfeng» розробила Wellness Pod – пристрій, що вбиває бактерії та віруси в салоні автомобіля. Свого часу компанія «Nestle» запустила маркетингову кампанію для просування бренду шоколадних батончиків «Kit-Kat» із зовнішньою рекламою у вигляді білбордів, де поряд із слоганом продукції було розміщено пропозицію безкоштовного масажу. Ідея полягала в тому, що вібруючі моторчики були вбудовані в сам білборд. Людина мала притулитися до нього спиною. Ця кампанія була підкріплена можливостями соціальних мереж стосовно геотаргетингу. У разі якщо жителі конкретного регіону у мережі «Twitter» вводили слова «втомлений» / «стрес», то одразу ж їх перенаправляли до карти з найближчим масажним білбордом. Переорієнтація виробництва компанії під час пандемії також звична річ: компанія «DetraPel», що є виробником стійких до забруднень покриттів,

завдяки швидкій реакції практично миттєво змінила сферу діяльності, почавши виробляти нетоксичні засоби для дезинфекції.

Сучасний холістичний підхід до здоров'я розглядається не лише як відсутність хронічних захворювань у людини як таких, а і як стан її загального добробуту та благополуччя у сукупності фізичних, духовних, психічних та емоційних компонентів. У цифровому середовищі успішні компанії вдало користуються суспільними тенденціями та інтегруються в суспільне життя за допомогою інструментів диджитал-терапії. Наприклад, чат-боти від фармацевтичних підприємств набувають усе більшої популярності поряд із запровадженням додатків зі штучним інтелектом, застосуванням принципів Big Data та ін. Велнес став глобальним трендом. Із ним пов'язані популярні поняття екологічної обстановки, активного ритму життя, виникнення великої кількості публікацій під хештегом #healthy. Світова велнес-структура набуває все більших обертів. Тому доказом є вражаюче зростання кількості замовлень на спеціалізованому сайті Iherb. У 2020 році витрати на мобільні додатки в категорії «Здоров'я та фітнес» у Європі зросли на 70,2 %. Серед найбільш популярних за кількістю завантажень додатки, що стосуються підтримки стану здоров'я на належному рівні та допомагають слідкувати за душевною рівновагою.

З'ясуємо переважні поведінкові патерни населення України щодо споживання продуктів здорового сегменту через визначення загальної зацікавленості у цих продуктах, визначення їх соціально-економічного стану, моделювання залежності між рівнем добробуту населення та активністю споживання продуктів здорового сегменту, виокремлення факторів, що впливають на вибір цієї продукції, виявлення обізнаності споживачів про типові маркування на здоровій продукції, визначення доречних інформаційних каналів взаємодії з цільовою аудиторією на аналізованому ринку. Основні результати базуються на маркетингових дослідженнях громадян України (онлайн-опитування (сервіс SurveyPlanet) (також доповнено змішаним опитуванням (заповнення друкованих анкет та збирання онлайн-відповідей за

допомогою сервісу Google Forms (анкета, яку пропонували респондентам для заповнення, розміщена в Додатку 3).

Вибіркову сукупність для проведення дослідження визначено за допомогою формули

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{E^2} \quad (4.1)$$

де n – розмір вибірки; Z – коефіцієнт надійності, який відповідає рівню довіри; p – оцінка імовірності вибору; E – похибка.

До вибіркової сукупності увійшло 384 осіб, із яких 66,7 % – жінки, 33,3 % – чоловіки; більше 70 % респондентів – представники поколінь міленіалів (Y) та зумерів (Z). Серед опитаних 28 % навчаються, 55 % – зайняті особи, 9 % – пенсіонери, 8 % – непрацюючі.

У сфері виробництва харчових продуктів здорового сегменту на сьогодні існують такі категорії: оздоровчі, функціональні, збагачені, пробіотичні, «free-from-food» та органічні. На ринку України в основному користуються попитом органічні продукти (у рослинництві до них відносять продукти, вирощені без використання хімікатів, синтетичних мінеральних добрив, а в тваринництві – без застосування гормонів, стимуляторів росту та антибіотиків), «free-from-food» продукти (що не містять глютену, цукру та інших алергенів чи небажаних складових. В основному користуються попитом серед окремої категорії споживачів, таких як алергіки або людей, що дотримуються певного харчового раціону, дієти); корисні дієтичні добавки (іншими словами біологічно активні добавки (БАД) – вітамінно-мінеральні добавки у формі таблеток, порошків, саше, капсул тощо). Також окрема категорія осіб, здебільшого молоді люди у віці до 45 років, цікавляться такою групою товарів як енергетичні продукти, зокрема на хвилі зростання популярності фітнес-центрів. За результатами опитувань дитячі продукти харчування більшість споживачів також відносять до сегменту здорових продуктів. Це не безпричинно, оскільки такі продукти

виготовляють із дотриманням технології безпеки інгредієнтів та з максимальним насиченням товарів корисними мікро- та макроелементами для організму дитини відповідного віку. Українські виробники починають привертати увагу споживачів до функціональних продуктів («food for specific health use»), які за критеріями порівняння значною мірою схожі з корисними дієтичними добавками, але, на відміну від них, містять корисний інгредієнт безпосередньо в складі традиційного харчового продукту.

Рисунок 4.12 демонструє співвідношення кількості респондентів, що назвали себе щасливими та відповідей на запитання про зміну купівельної поведінки під час пандемії COVID-19. Більшість не змінили своєї купівельної активності (90 %), 8 % – відповіли, що витрачають більше коштів і лише 2 % стали більше економити.

Результати дослідження дали можливість поділити респондентів на чотири кластери. Нижче охарактеризуємо ці кластери.

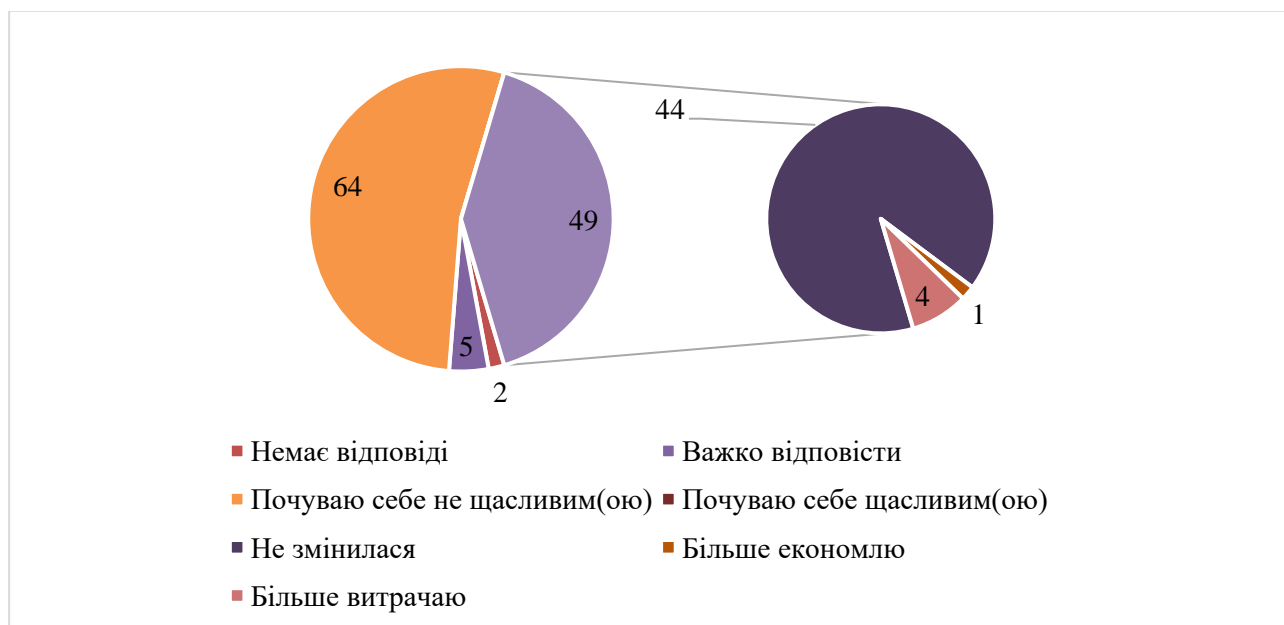


Рисунок 4.12 – Відповіді на запитання стосовно зміни купівельної поведінки під час пандемії COVID-10 серед споживачів

Джерело: побудовано авторкою за результатами первинного дослідження.

Кластер 1 – споживачі, які майже не цікавляться продуктами здорового сегменту. Мало уваги приділяють питанню підтримки здоров'я. Здебільшого до цього кластеру потрапили жінки, що мають дітей. Якщо частина з цих споживачів і купує продукти здорового сегменту, то переважно дітям. Для них важливою є позначка на продукті, що він призначений для дітей. Здебільшого ці респонденти відповідали, що почувають себе нещасливими.

Кластер 2 – найменш відповідальні споживачі, що не проявляють інтересу до сегменту продуктів здорового харчування. Їх не цікавлять маркування та склад продукту. У цей кластер потрапили респонденти, що почувають себе щасливими і ті, що почувають себе нещасливими в рівному співвідношенні.

Кластер 3 – споживачі, помірно зацікавлені в продуктах здорового сегменту та піклуванні про своє здоров'я. Здебільшого ці респонденти неодружені та без дітей, що не звертають увагу на маркування продукту щодо можливості вживання дітям, але в більшості випадків ознайомлюються з інгредієнтами продукту перед його купівлею. Серед них значна кількість респондентів, що почувають себе щасливими.

Кластер 4 – яскраво виражені прихильники продуктів здорового сегменту, що сумлінно відносяться до свого здоров'я. Серед них майже 80 % респондентів визнали, що відчувають себе щасливими.

Перевіримо наскільки змінюються обсяги споживання продуктів здорового харчування (за окремими групами товарів та за частотою) залежно від віднесення споживачів до окремого кластеру. Крайніми точками з обох боків будуть кластер 2 (як споживачі, що фактично не зацікавлені в продуктах цього сегменту) та кластер 4 (найбільш зацікавлені в продуктах здорового сегменту). На рисунку 4.13 змодельовано особливості споживчої поведінки за групами товарів сегменту здорових продуктів харчування за окремими кластерами споживачів, що відрізняються своєю прихильністю до товарів здорового сегменту та відчуттям щастя. У моделі представлені відсоткові співвідношення кількості респондентів, а не абсолютні значення, що

пояснюється прагненням до об'єктивності підрахунків, адже дещо різна кількість респондентів ввійшла в кожний із кластерів. Згідно побудованої моделі, на якій пунктирні лінії-стрілки показують виявлені зростаючі чи спадаючі закономірності за кластерами та групами продуктів, для органічних продуктів є чіткі закономірності зростання обсягів споживання та активності купівельної поведінки від першого (із найменш щасливими респондентами) до четвертого кластеру (із найбільш щасливими респондентами).






Органічні продукти	менш щасливі  більш щасливі			
	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4
Постійно купують	16%	8%	17%	18%
Періодично купують	21%	21%	40%	38%
Розуміють, що це за продукти	53%	46%	33%	38%
Не знайомі з ними	10%	25%	10%	6%
Free-from-food продукти	менш щасливі  більш щасливі			
	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4
Постійно купують	5%	0%	16%	18%
Періодично купують	16%	12%	21%	47%
Розуміють, що це за продукти	58%	46%	47%	27%
Не знайомі з ними	21%	42%	16%	8%
Корисні дієтичні добавки	менш щасливі  більш щасливі			
	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4
Постійно купують	5%	4%	0%	12%
Періодично купують	11%	0%	40%	47%
Розуміють, що це за продукти	42%	54%	51%	29%
Не знайомі з ними	42%	42%	9%	12%
Енергетичні продукти для спортсменів	менш щасливі  більш щасливі			
	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4
Постійно купують	5%	0%	2%	12%
Періодично купують	5%	13%	23%	35%
Розуміють, що це за продукти	47%	58%	56%	32%
Не знайомі з ними	43%	29%	19%	21%
Дитячі продукти харчування	менш щасливі  більш щасливі			
	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4
Постійно купують	47%	8%	12%	32%
Періодично купують	11%	29%	26%	41%
Розуміють, що це за продукти	37%	42%	54%	18%
Не знайомі з ними	5%	21%	8%	9%

Рисунок 4.13 – Залежність між рівнем добробуту споживачів та обсягами споживання певних груп продукції здорового сегменту

Джерело: побудовано авторкою.

Разом із тим, знижується кількість тих споживачів, що не знайомі з органічними продуктами. Виняток становить викид результату з кластером 2, у

якому знаходяться найменш зацікавлені в здорових продуктах споживачі (25 % респондентів цього кластеру не знайомі з органічними продуктами та їх специфікою). Спостерігаємо падіння кількості обізнаних про продукти споживачів, але це пояснюється тим, що всі обізнані потрапляють у підгрупу тих, що купують продукти регулярно чи періодично. Тому цей показник виділений курсивом і не є показовим. Результуючими є показники регулярності купівлі продуктів та відсоток споживачів кожного кластеру, що не знайомі з ними. Для групи товарів «Free-from-food» із просуванням від кластеру 1 до кластеру 4 спостерігаємо зростання відсотка споживачів, які постійно чи періодично їх купують.

При аналізі результатів моделювання висхідних та низхідних тенденцій щодо споживання та обізнаності споживачів про корисні дієтичні добавки спостерігаємо значне зростання обсягів споживання на періодичній основі при русі від першого кластеру до четвертого. Разом з тим, низхідною є лінія-стрілка для категорії «Незнайомі з цими продуктами» при просуванні від першого до четвертого кластеру. Незначна частка споживачів, що постійно вживають цю категорію продуктів, може бути обумовлена достатньою повною поінформованістю про особливості цих продуктів, які для одержання користі від них потребують не щоденного, а періодичного споживання. Із цього можемо зробити висновок, що для вітчизняного ринку характерна симетрична обізнаність серед різних категорій споживачів про особливості, переваги та недоліки корисних дієтичних добавок та усвідомлене їх споживання.

Подібним є характер споживчої поведінки за групою «Енергетичні продукти для спортсменів», споживання яких дещо вище серед споживачів кластеру 4, прихильників здорового способу життя, які переважно споживають їх у рамках своїх спеціалізованих фітнес- та оздоровчих програм. Інші категорії споживачів вживають їх на періодичній основі, але такий відсоток респондентів незначний (за кластером 1 лише 5 % учасників дослідження, найвище за кластером 4 – 35 %).

Дитячі продукти харчування користуються значним попитом серед споживачів кластеру 1, до якого ввійшла значна кількість жінок із дітьми (майже 50 % усього споживання за цим кластером у цій групі товарів). Проте навіть за кластером 4 обсяги значно нижчі – 32 % споживачів, що купують дитячі продукти харчування постійно. За показником «Купую періодично» спостерігаємо впевнений висхідний тренд при русі до кластеру 4. Порівняно з іншими групами товарів у категорії «Дитячі продукти харчування» найменша кількість респондентів, які визнали, що незнайомі з особливостями цих товарів.

Згідно досліджень [59] 1600 респондентів з України, до інформації, яку вони хотіли б бачити на упаковці продукції, відносять інформацію про те, чи є продукт екологічно чистим (або Zerowaste) (49 % опитаних), чи продукт відноситься до категорії біо / органік (27 % опитаних), чи є упаковка продукту екологічною або піддається біорозчиненню (24 %). У рамках нашого дослідження було перевірено, наскільки обізнані респонденти стосовно основних маркувань у сфері продуктів здорового сегменту та чи звертають увагу на ці позначки при купівлі товарів. Уже існують певні відкриті результати досліджень із цих питань. Наприклад, у [148] зазначено, що лише 26 % серед опитаних 800 українців розуміють позначення В з таблиці 4.7 на продуктах.

Із усіх зображень у таблиці 4.7 респонденти здебільшого звертають увагу при купівлі товарів на зображення D. Значення зображення А розуміє майже 40 % респондентів, але зважаючи на те, що цей знак застосовують усе рідше, на нього мало звертають увагу або зовсім не звертають увагу на упаковці продуктів. Відсоток обізнаності про маркування С серед українських споживачів виявився навіть нижчим за розрахований у дослідженні [148]. Зображення В є знайомим для 35 % респондентів, але споживчий ринок ще не готовий на ухвалення рішень про купівлю товарів базуючись на цьому маркуванні на упаковці (лише 9 % споживачів звертають на нього увагу). В опитувальному листі було запропоновано дати відповідь щодо обізнаності про ще одне маркування, що стосувалося різнокольорових смужок на тубиках

зубної пасти, крему, гелю тощо, які знайомі більшості споживачів, бо зустрічаються на кожному виробі, наприклад, зубної пасти, яку застосовують щодня.

Таблиця 4.7

Маркування продуктів сегменту здорового споживання, обізнаність про них та їх важливість для українських споживачів

Позначення	Зображення	Пояснення
А		Це маркування інформує споживачів, що продукт та жоден з його компонентів не був тестований на тваринах. Цей знак використовують усе рідше, оскільки тестування продуктів на тваринах заборонене
В		Це маркування означає, що пакувальний матеріал вироблений з повторно переробленої сировини або містить частку повторно переробленого матеріалу
С		«Євролисток» – єдиний знак Європейського Союзу, який використовують для позначення упаковки органічних харчових продуктів, вирощених без хімічних добрив
Д		За бажанням операторів ринку вони включають до маркування продукту цю позначку. У такому разі відсутність генно модифікованих організмів у харчовому продукті має бути підтверджена відповідно до вимог законодавства. У разі наявності у продукті ГМО, частка яких перевищує 0,9 % будь-якого інгредієнта, маркування повинне включати позначку «з ГМО»

У мережі «Інтернет» часто зустрічаються матеріали з дезінформацією про значення цього маркування (наприклад, те, що воно позначає екологічність, безпечність продукту, абразивність). Насправді така мітка на тубі є знаком для пакувальних машин. Її використовують для того, щоб датчик на конвеєрі міг прочитати цю розмітку і в потрібному місці відрізати тубу. Тобто щоб датчик розпізнав мітку, колір повинен максимально контрастувати з кольором фону [487]. Як виявилось, більшість споживачів не вважають це зображення зайвим серед інших чотирьох маркувань на товарах здорового сегменту. Зайвим його визнали лише 17 % опитаних. Цей важливий аспект, а саме переконливість впливу мережеских повідомлень на значну кількість споживачів, необхідно

враховувати. Те ж саме стосується непідкріплених доказами написів на продуктах «100 % натуральний», «здоровий», «корисний» тощо.

Важливим питанням залишається те, які товари на ринку України споживачі ототожнюють із продуктами здорового сегменту, адже частина з них вважають продукт таким, якщо в ньому немає шкідливих домішок. Інші споживачі відносять товар до цього сегменту, якщо він є продуктом дитячого харчування. Більш просунуті в тематиці здорового споживання до таких продуктів відносять товари з корисними домішками, специфічними інгредієнтами, ті, які мають специфічні властивості щодо впливу на організм людини і т. д. У таблиці 4.8 згруповано ті бренди, які респонденти в рамках дослідження вказали як продукти здорового харчування, відповідно до їх категорій за розробленою класифікацією.

Таблиця 4.8

Бренди, які найбільш часто траплялися у відповідях респондентів як виробники продуктів здорового харчування

№	Категорія	Бренди
1	Органічні продукти	Медуша, Родинна пасіка, ЕтноПродукт
2	Продукти дитячого харчування	Чудо-чадо, Растішка, М'ясняшки, Карапуз, Milupa, Hipp, Малютка
3	Продукти спортивного харчування	PROFIPROT, Nestle Fitness, XS Sports Nutrition
4	Корисні дієтичні добавки	Nedria, Solgar
5	Що позиціонують себе як бренди здорового харчування	Yaro, ФруТім, Bez Сахара, ТОМ, «РЕР НЕМР. Код довголіття», Eat Easy, Healthy&Wealthy, Organic food, Green Day, Eco Choice, Жива кухня, Доброїж, Світові традиції, Росток
6	Молочні продукти	Молокія, Яготинський, Активія, Пані Хуторянка, Машенька, Пирятин, Добряна, Гармонія, Слов'яночка, President
7	Продукти сегменту соків та мінеральних вод	Biola, Моршинська, Миргородська
8	Інші харчові продукти	Олівія, Олейна, Курочка Ряба, Сквирянка

Джерело: сформовано авторкою за результатами опитування респондентів.

Найбільшу кількість унікальних брендів споживачі називали серед виробників молочної продукції. Примітно, що споживачі на ринку України орієнтуються в брендах суто здорового харчування, які позиціонують себе такими та виробляють продукцію з корисних інгредієнтів. Також багато брендів було названо в сегменті продукції дитячого харчування. До категорії «Інші харчові продукти» віднесли поодинокі, але ті, що часто траплялися у відповідях, бренди виробників олії, м'ясних продуктів, хлібобулочних виробів та ін.

Важливим внеском у теорію споживчої поведінки в сегменті здорової продукції та логічним продовженням дослідження є пропонуваній далі методологічний підхід до селекції моделей поведінки споживачів на ринку продукції здорового сегменту. Селекцію моделей запропоновано здійснювати на основі комбінації трьох критеріальних ознак, що відображають переважаючі стимули ухвалення рішення про придбання здорової продукції (рисунок 4.14).

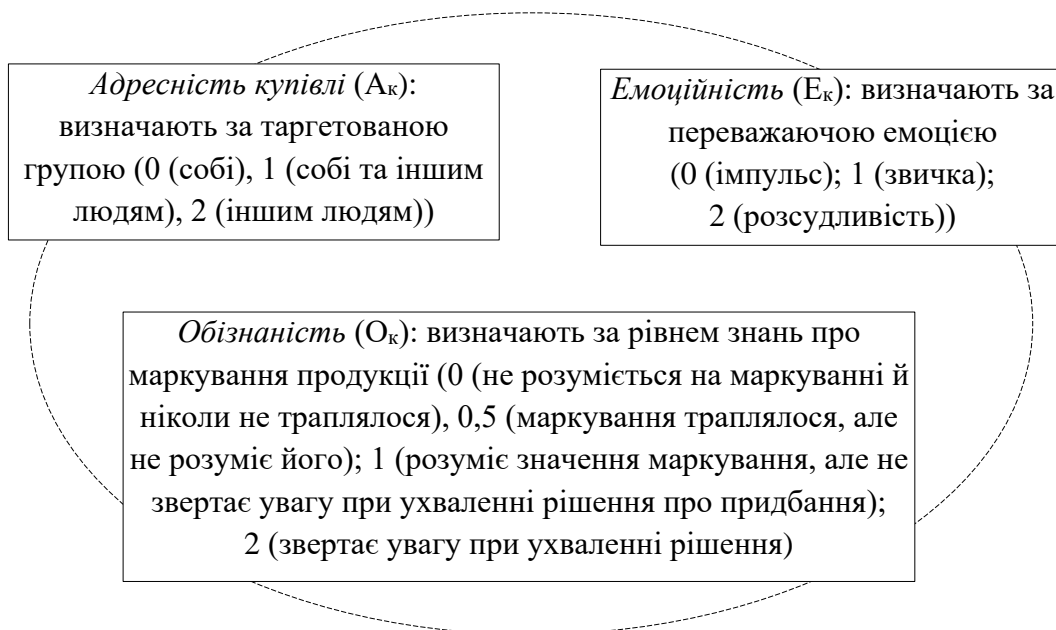


Рисунок 4.14 – Критерії селекції моделей споживчої поведінки в сегменті здорової продукції

Джерело: побудовано авторкою.

Рисунок 4.15 демонструє вісім квадрантів моделей споживчої поведінки відповідно до комбінації критеріїв селекції та їх номінальних значень. Таким чином, пропонуємо такі квадранти матриці, що визначає вісім типових моделей поведінки споживачів з переважаючими критеріями вибору продукції здорового сегменту:

– імпульсивна – ухвалення рішення споживачами імпліцитне, здійснюється під впливом зовнішніх емоційних каталізаторів у точці продажу (критерії вибору: смак, пакування);

– адаптивна – ухвалення рішення споживачами здійснюється не лише під впливом емоційних каталізаторів, але й аналітично, з урахуванням знань про маркування продукції (критерії вибору: пакування, регіон походження продукту, екологічність);

– консервативна – ухвалення рішення споживачами здійснюється з огляду на усталені традиції та цінності, не враховуючи наявні зміни та інновації на ринку продукції здорового сегменту (критерії вибору: ціна, зручність придбання, довіра до виробника);

– свідома – ухвалення рішення споживачами здійснюється не лише з огляду на усталені традиції та цінності, але й з урахуванням знань про маркування продукції (критерії вибору: ціна, регіон походження продукту, екологічність);

– альтруїстична – рішення ухвалюється, виходячи з міркувань корисності та блага для спільноти або окремих осіб, незалежно від особистих інтересів чи вигод (критерії вибору: смак, довіра до виробника);

– конфідентна – ухвалення рішення про придбання продукту визначається власними переконаннями споживача (критерії вибору: смак, ціна, довіра до виробника);

– асертивна – ухвалення рішення споживачами здійснюється не лише виходячи з власних переконань, а й зі сформованих знань про товари здорового

сегменту (критерії вибору: смак, ціна, зручність купівлі, регіон походження продукту);

– раціональна – ухвалення рішення споживачами здійснюється після ретельного зважування наявних варіантів продукції, її корисних властивостей та вказаної інформації в маркуванні (критерії вибору: смак, ціна, довіра до виробника, регіон походження продукту, екологічність).

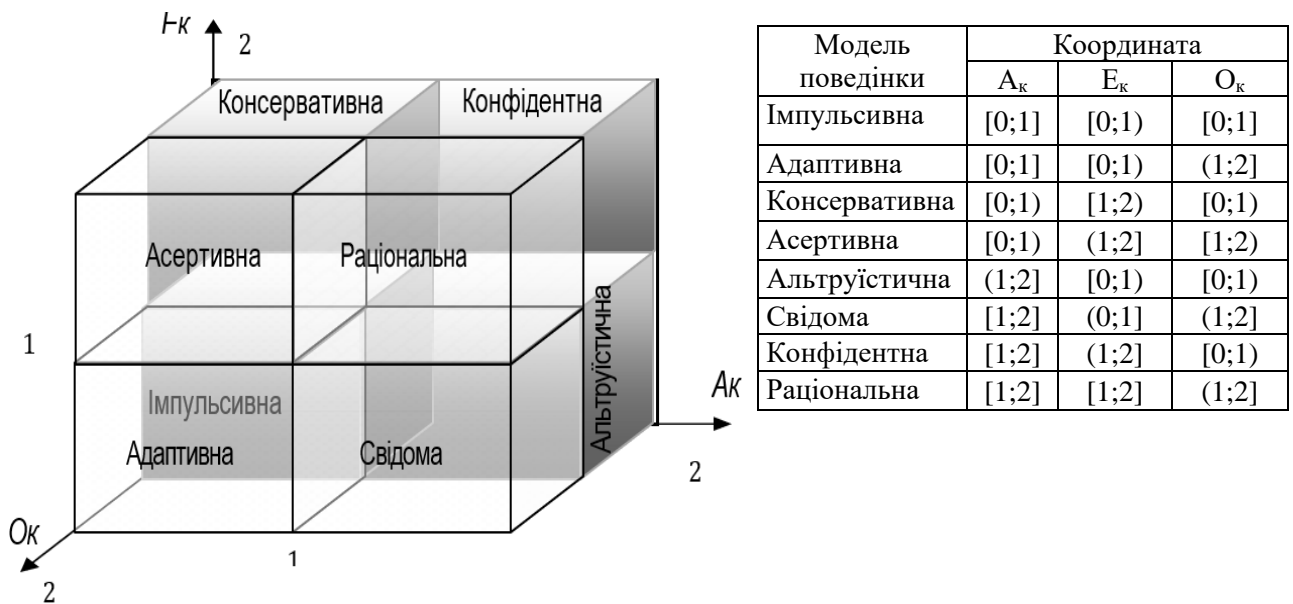


Рисунок 4.15 – Матриця вибору моделей поведінки споживачів у сегменті здорової продукції

Джерело: розроблено авторкою.

Аналіз відповідей респондентів на запитання в опитувальнику дав можливість визначити конфігурацію рекомендованих інструментів маркетингового впливу для виокремлених моделей споживчої поведінки відповідно до параметру довіри користувачів до них з боку опитаних (таблиця 4.9).

Таблиця 4.9

Рекомендовані інструменти маркетингових комунікацій для виокремлених моделей споживчої поведінки відповідно до результатів аналізу відповідей респондентів

Інструмент \ Модель	Інформація від фахівця (лікаря, дієтолога, тренера)	Вебсайти	Інформація від знайомих людей	Інформація в точках продажу	Онлайн-відгуки споживачів	Сторінки в соціальних мережах	Інформація в офлайн ЗМІ
Імпульсивна		✓		✓		✓	✓
Адаптивна		✓	✓		✓		
Консервативна		✓					✓
Асертивна	✓	✓				✓	
Альтруїстична	✓	✓	✓			✓	
Свідома	✓	✓			✓		
Конфідентна		✓				✓	
Раціональна	✓	✓			✓		✓

Примітка. ✓ – рекомендований інструмент для даної моделі споживчої поведінки

Джерело: побудовано авторкою.

Визначено, що для всіх виокремлених моделей споживчої поведінки дієвим інструментом комунікації є вебресурси. Це обумовило необхідність удосконалення науково-методологічного підходу до оцінювання рівня якості залучення цільової аудиторії вебресурсами сфери здоров'я.

4.3. Науково-методологічні засади обґрунтування цифрових каналів комунікації у системі промоції та адвокації концепції здоров'я

Інтернет є одним із багатьох джерел інформації про здоров'я. Це доволі зручний інструмент донесення інформації про медичні послуги, заклад надання послуг, медичний персонал, коли є труднощі з доступом до такої інформації фізично. Користування мережею «Інтернет» може забезпечити конфіденційність звернення користувача та надати зручний доступ до значного

обсягу інформації на різні теми. Цей інструмент маркетингових комунікацій має значний потенціал до подальшого розвитку. Одержання важливої інформації користувачем можливо максимально персоналізувати через користувацький досвід та налаштуваннями щодо вибору постачальника інформації [101]. Крім того, Інтернет стає все більш популярним джерелом інформації про послуги, підприємства, види комерційної діяльності. Динаміка зростання популярності використання Інтернету для пошуку інформації про продавців товарів та провайдерів послуг серед користувачів у 2018-2020 рр. наведена на рисунку 4.16.

У сучасному світі вебсайт є одним із найбільш ефективних інструментів для інформування широкого загалу щодо різних питань. Аспекти здорової поведінки, споживання, піклування про власний фізичний та емоційний стан, інформацію про продукти здорового сегменту доцільно розміщувати на спеціалізованих ресурсах, крім суто комерційних, що рекламують певний бренд продукції чи офіційні сайти, наприклад, клінік, оздоровчих центрів, фармакологічних корпорацій тощо. Спеціалізованість ресурсу підвищує довіру до нього, стимулює зростання показника часу знаходження користувача на інтернет-сайті, а релевантність складових вебресурсу формує його кращі позиції в рамках пошукових запитів та підвищує його популярність за рахунок більшої кількості посилань зі сторонніх майданчиків та окремих публікацій.

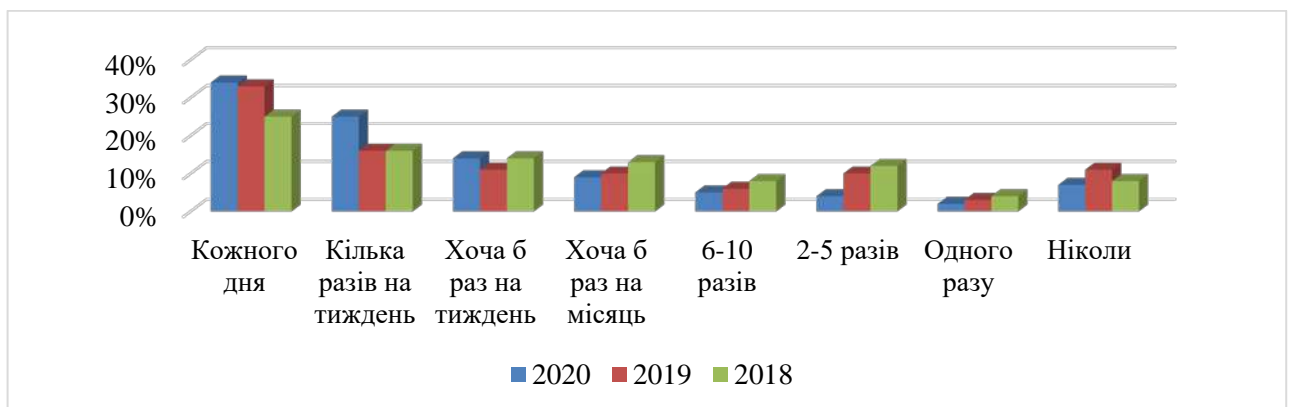


Рисунок 4.16 – Частота використання Інтернету в Україні при пошуку інформації про реалізаторів продукції та провайдерів послуг у 2018-2020 рр.

Джерело: побудовано авторкою за даними [207].

Є вагомі докази того, що користувачі активно шукають інформацію про здоров'я в мережі «Інтернет». Будь-які аналітичні результати базуються на їх поведінці – як користувачі шукають інформацію про здоров'я та яким ресурсам вони довіряють. Сегментація користувачів у сфері пошуку інформації про здоров'я показує, що більшість складають жінки (72 % проти 28 %). Якщо до 2019 року лідируючу більшість активних шукачів інформації про здоров'я займали особи у віці від 50 до 64 років (понад 70 % усіх хто цікавився тематикою здоров'я), то після 2019 року більше половини користувачів, що цікавляться сайтами та новинами за тематикою здоров'я, складають особи у віці від 18 до 29 років. Це пов'язано з усе більшим проникненням Інтернету у життя сучасних людей, значною кількістю реферальних посилань у соціальних мережах та, звісно, ж наростанням популярності «здорового» руху з попередження захворювань та відповідального ставлення до себе й довкілля, що спровоковано, зокрема, й подіями, пов'язаними з пандемією COVID-19. Прямий пошук поки що не переважає при переході на сайти про здоров'я. Натомість переважає органічний, коли користувачів заходять на певні сайти про здоров'я за запитом у пошуковій системі. Більше 60 % активних користувачів Інтернету відзначають, що мережа покращила те, як вони піклуються про власне здоров'я. Інтернет залишається популярним джерелом для пошуку потрібної медичної інформації через цілодобову доступність, анонімність шукача інформації та значну кількість легкодоступної інформації. Цікаво, що майже 30 % користувачів стверджують, що перевіряють достовірність інформації одразу на кількох сайтах про здоров'я. Особи до 40 років більше довіряють інформації про здоров'я, яку можливо отримати з мережі «Інтернет».

Завданням ресурсів, що поширюють інформацію в сфері охорони здоров'я, у першу чергу, є три аспекти:

- 1) досягнення задоволеності споживача одержуваною на ресурсі інформацією (її релевантність пошуковому запиту, достовірність, порівнюваність із іншими доступними ресурсами);

2) залученість уваги користувача за рахунок якості контенту, що супроводжує розміщену на ресурсі інформацію (навіть рекламування на порталі про здоров'я має бути влучним);

3) завоювання прихильності споживача (формування бажання відвідати ресурс ще раз чи рекомендувати його іншим користувачам – це може бути як усна рекомендація друзям чи знайомим, так і якщо людина вирішує «поділитися» інформацією з посиланням на ресурс у соціальних мережах, так і розміщення посилання на ресурс на власних інтернет-сторінках чи, наприклад, у наукових публікаціях (що характерно зважаючи на специфіку розміщеної інформації на порталах про здоров'я, у структурі користувачів яких є й науковці з різними сферами досліджень).

Для розуміння потенціалу вебсайту зі сфери здоров'я, напрямків подальшого його просування важливим є визначення його сильних та слабких сторін, а також можливостей до розвитку через використання доцільних маркетингових інструментів. Оцінимо якість залучення аудиторії кількох українських вебресурсів із питань сфери охорони здоров'я.

У [293] автори приділяють увагу дослідженню якості та доступності онлайн-інформації про здоров'я. Вибір сайтів для аналізу автори обґрунтовують першістю їх видачі в пошуковій системі. Для збору цієї інформації вони використовують такі пошукові системи, як Google, Bing та Yahoo. Якість представлення інформації усіма відібраними 25 сайтами вони перевіряють за допомогою інструменту DISCERN, який є опитувальником для оцінювання якості написаної інформації зі сфери охорони здоров'я. Для підвищення надійності аналізу вони поділяють усі посилання на дві групи: професійні медичні сайти та сайти для всіх інших суб'єктів. Крім того, застосовують Флеш-Кінкейд інструмент, що дає можливість оцінити доступність інформації на сайті для сприйняття її для різних категорій населення, переважно розподілених за віковими групами. Методику DISCERN використовують для оцінювання якості інформації на вебсайтах за тематикою здоров'я, що висвітлено в низці наукових праць [7, 37, 140, 246]. Примітно, що

в цих працях проаналізовано велику кількість тематичних сайтів, частина з яких є комерційними з представленням інформації про продукти сфери охорони здоров'я. Автори аналізують сайти з інформацією, представленою різними мовами, інтерактивні та статичні, сайти міжнародних організацій у сфері охорони здоров'я та ін.

Крім оцінювання таких онлайн сервісів, як вебсайти про здоров'я, науковці також аналізують якість надання інформації такими ресурсами, як мобільні додатки, етичність роботи та підтримки користувачів яких є вкрай важливими. У [260] автори підкреслюють, що інформацію про здоров'я, яку розміщують онлайн, дуже складно регулювати якимось чином. Її якість та достовірність можуть бути дуже різними залежно від джерела. На сьогодні відсутній єдиний затверджений на якомусь рівні кількісний інструмент для оцінювання якості інформації в сфері охорони здоров'я. Разом із тим, такий інструмент має бути простим у використанні, швидким та лаконічним. У [260] автори пропонують QUEST тест для оцінювання інформації, що включає сім різноспрямованих запитань. Вони проводять аналіз інформації стосовно поширеності хвороби Альцгеймера в суспільстві.

Автори у праці [294] поставили за мету розробити концептуальну основу для оцінювання якості інформації на вебсайті про здоров'я за відповідними критеріями та драйверами якості (атрибутами) із акцентуванням уваги на використанні цієї інформації молоддю. У цьому дослідженні використані як кількісні, так якісні підходи. Були проведені напівструктуровані групові інтерв'ю та індивідуальні оцінки якості інформації. Оцінювання ґрунтується на відвідуванні респондентами різних вебсайтів та відповідей на запитання за шкалою Лайкерта щодо важливості параметрів якості інформації про здоров'я та відповіді на відкриті запитання стосовно можливих драйверів підвищення якості інформації, яку розміщують на тематичних сайтах. Як параметри для оцінювання якості автори пропонують п'ять складових: повноту інформації, зрозумілість інформації, релевантність інформації, глибину інформації та її точність. У результаті, повноту інформації та її зрозумілість експерти виділили

як основні параметри. До драйверів якості інформації респонденти віднесли контент сайтів, дизайн, якість посилань, функціональні можливості сайту, легкість доступу до сайту, політику діяльності ресурсу та його продуктивність.

У [33] автори підкреслюють, що люди дедалі частіше використовують мережу «Інтернет» для пошуку інформації в сфері охорони здоров'я. Тому вкрай важливо, щоб організації в сфері охорони здоров'я забезпечували відповідні вебресурси якісною інформацією. Відповідно до їх методології вебсайти в сфері охорони здоров'я оцінено за чотирма категоріями: доступність (як здатність навіть людей з низьким рівнем комп'ютерної грамотності отримати доступ до інформації вебсайту; маркетингова складова (як можливість вебсайту з'явитися в списку за пошуковим запитом користувача та цей ранг у списку); якість контенту (відсутність граматичних та орфографічних помилок у тексті, частота оновлення інформації, релевантність матеріалу та його читабельність); технологічна складова (швидкість завантаження сторінок, якість програмного коду та інфраструктури вебсайту).

Автори праці [142] аналізують якість інформації ґрунтуючись на англійських пошукових запитах про COVID-19 із використанням таких оціночних інструментів, як JAMA бенчмаркінговий аналіз, критерій DISCERN та HONcode сертифікація. Читабельність кожного вебсайту оцінюють згідно трьох систем оцінки: Flesch Reading Ease Score (FRES), Flesch-Kincaid Grade Level (FKGL) та Gunning-Fog Index (GFI).

У таблиці 4.10 здійснено порівняння описаних у науковій літературі методів для оцінювання якості онлайн-інформації про здоров'я. Із переліку інструментів оберемо ті, які сфокусовані безпосередньо на якісній складовій оцінки вебсайтів про здоров'я та підходять для сайтів без обмежень за їх спрямованістю та змістовним наповненням. Серед таких інструментів виокремимо QUEST тест, DISCERN, HONcode та Sandvik's General Quality. Доцільно зробити оглядове порівняння складових, які входять до цих найбільш поширених методик оцінювання якості вебсайтів (таблиця 4.11). Найбільшу кількість компонент містить методика HONcode. Разом із тим, якщо

порівнювати її з іншими інструментами, то вона не враховує надто важливі в умовах сьогодення компоненти такі, як зручність навігації сайтом, емоційні відтінки розміщеного контенту, комплементарність інформації на сайті, як можливість її доповнювати, а отже, ділитися нею на інших вебресурсах, що особливо актуально для соціальних мереж. Сучасний стан розвитку інтернет-мережі та рівень розвинутої вебресурсів вимагають доопрацювання існуючих методик та не перекреслюючи їх переваги розроблення нової комплексної методики оцінювання якості залучення аудиторії вебресурсами про здоров'я.

Таблиця 4.10

Порівняння інструментів оцінювання якості розміщеної онлайн-інформації в сфері охорони здоров'я

Інструмент	На чому здебільшого сфокусоване оцінювання	Формат оцінки
1	2	3
QUEST тест	Якість онлайн-інформації в сфері охорони здоров'я	Шість запитань зі шкалами від 0 до 2 та від 0 до 1 із різними вагомостями з сумарною шкалою якості від 0 до 28
DISCERN	Якість письмової інформації про вибір у сфері лікування	П'ятнадцять запитань зі шкалою від 1 до 5
Health on the Net Foundation's HONcode Patient Evaluation Tool	Якість онлайн-інформації, пов'язаної зі здоров'ям	Інтерактивна анкета з 16 пунктами
Silberg стандарти	Стандарти якості онлайн-медичної інформації для споживачів та фахівців	Сукупність стандартів. Шкала для оцінювання не передбачена
Sandvik's General Quality Criteria	Узагальнена якість онлайн-інформації в сфері охорони здоров'я	7 запитань зі шкалою від 0 до 2
5 C's website evaluation tool	Систематична методика оцінювання вебсайтів, розроблена спеціально для медичних сестер для вибору ними якісних сайтів для рекомендації їх пацієнтам	Сукупність 36 відкритих запитань та запитань із варіантами відповіді «Так / ні». Підрахунок балів не здійснюють

Продовження таблиці 4.10

1	2	3
Bath and Bouchier's evaluation tool	Оцінювання сайтів, що надають інформацію про хворобу Альцгеймера	47 запитань зі шкалою від 0 до 2. У результаті формується підсумковий відсотковий рейтинговий показник
Seidman quality evaluation tool	Якість інформаційних сайтів про цукровий діабет	7 структурованих показників та 34 показники ефективності з формуванням зведеного показника за розділами та загальної оцінки
LIDA Minervation tool	Оцінка дизайну та контенту вебсайтів у сфері охорони здоров'я	41 запитання зі шкалою від 0 до 3, розрахунок відповідей на які в підсумку дає результуючий показник у вигляді відсотка балів

Джерело: доповнено авторкою із [259].

Пропонована методика оцінювання якості залучення цільової аудиторії вебресурсами сфери охорони здоров'я ґрунтується на використанні інструментарію скорингу. Його сутність полягає в тому, що кожному параметру вебсайту про здоров'я надають кількісну оцінку, виражену в балах. Для розроблення скорингової моделі передусім необхідно обрати фактори, що найбільше впливають на поведінку відвідувачів вебсайту про здоров'я. Для цього попередньо проаналізовані різні джерела інформації щодо маркетингової привабливості вебсайтів та поведінкових аспектів користувачів у сфері охорони здоров'я [102, 324, 332].

Проаналізуємо якість сайтів із українськими доменними назвами, що спеціалізуються на розміщенні інформації зі сфери охорони здоров'я. Орієнтуємося на сайти з рейтингу онлайн-сервісу моніторингу діяльності вебресурсів Similarweb. Ці вебресурси займають близькі рейтингові позиції у категорії «Health». До уваги бралася актуальність інформації, розміщеної на сайті, інформація у футері сайту з позначкою © – 2023, що свідчить про те, що

його адміністратори вчасно коригують тексти сторінок. До сайтів для аналізу увійшли:

- ukrhealth.net (сайт зі статтями та новинами про здоров'я, з експертними думками від профільних фахівців);
- medicina.ua (портал-каталог зі списком медичних закладів та статтями про здоров'я);
- health-ua.com (спеціалізований сайт у сфері охорони здоров'я, призначений для фахівців із медичною освітою);
- jazdorov.com.ua (інформаційний портал про здоров'я з актуальними тематичними статтями).

Таблиця 4.11

Компоненти оцінювання якості вебсайтів про здоров'я за найбільш поширеними методиками

Компонента	QUEST тест	DISCERN	HONcode	Sandvik
Достовірність розміщеної інформації				
Актуальність				
Авторство				
Збалансованість				
Надійність				
Інтерактивність				
Емоційні відтінки розміщеного контенту				
Конфлікт інтересів				
Комплементарність				
Місія/ціль				
Цільова аудиторія				
Дотримання приватності для відвідувачів				
Права власності				
Зручність навігації сайтом				

Примітка. Сірі комірки позначають присутність цієї компоненти в розрахунку аналізованої методики

Джерело: систематизовано авторкою.

До списку сайтів для аналізу включено також інтернет-проект українського уряду znaймо.gov.ua, що спеціалізується на розміщенні інформації про здорове харчування, але сконцентрований переважно на такій цільовій аудиторії, як учні українських шкіл та їх батьки. Цей портал є результатом меморандуму, підписаного між організацією ЮНІСЕФ, посольством Швейцарської Конфедерації в Україні та Міністерством освіти і науки України. Фактично цей вебресурс є частиною комунікаційної стратегії реформи шкільного харчування в країні. Є категорії статей для батьків, освітян, засновників закладів освіти, для представників бізнесу, який хоче, наприклад, долучитися до організації харчування в навчальних закладах, тощо.

Також до аналізу включено експериментальний проєкт – вебпортал про психічне здоров'я mh4u.in.ua. Також на цьому ресурсі розміщені навчальні курси та вебіари за тематикою ментального здоров'я.

У таблиці 4.12 представлені рейтингові позиції сайтів за версією ресурсу Similarweb (для тих, які відображаються ресурсом).

Таблиця 4.12

Порівняння відібраних вебсайтів про здоров'я за рейтинговими показниками ресурсу Similarweb

Сайт	Глобальний рейтинг	Рейтинг в Україні	Рейтинг у категорії «Health»
ukrhealth.net	246 886	3 767	82
medicina.ua	631 711	18 074	293
health-ua.com	224 307	8 907	31

Джерело: сформовано авторкою.

Показники в таблиці 4.12, що відображають рейтингові показники за категоріями, лише показують фактичні позиції сайтів за відвідуваністю серед користувачів у певному регіоні чи категоріальному розрізі. За цими даними можемо зробити висновок про лідируючі позиції сайту zdorovia.com.ua серед

конкурентів як у глобальному рейтингу, так і в рейтингу сайтів у межах України. Проте в рейтингу в категорії «Health» безперечним лідером є інший вебресурс – health-ua.com. Проте такі рейтингові показники є малоінформативними для розуміння потенціалу розвитку сайту, зміни його популярності серед цільових користувачів та спеціалістів у сфері охорони здоров'я. Здійснимо процедуру оцінювання сайтів про здоров'я за методикою, яка містить сукупність показників за трьома складовими: технічною, ергономічною та за якістю контенту.

Показники групи «Технічні» визначено за допомогою онлайн-сервісів Google Page Speed Insights, Google Safe Browsing, Google Індекс, ресурсів Whois, Ahrefs, Uptime Robot (Додаток К), які переведені в бальну оцінку. Описова статистика за технічними показниками для шести аналізованих вебресурсів наведена в таблиці 4.13.

Таблиця 4.13

Описова статистика для технічних параметрів аналізованих вебресурсів

Показник	Продуктивність (X ₁)	Відсутність вірусів (X ₂)	Кількість сторінок в індексі Google (X ₃)	Вік сайту (X ₄)	Рейтинг домену (X ₅)	Рівень неперервності роботи (X ₆)
Середнє	2,45	3	16556	10,83	34	98,33
Медіана	2,4	3	12325	9,5	35	98,5
Мінімум	1,8	3	756	1	11	97
Максимум	3,4	3	43500	23	50	99

Джерело: сформовано авторкою.

У таблиці 4.14 визначені бальні оцінки для різних значень індикаторів технічної компоненти.

Сайти можуть бути спроектовані за різними технологіями, найбільш поширеними серед яких є HTML та використання CMS движків. Примітно, що за першою з перерахованих технологією сайти здебільшого більш динамічні, із

унікальним дизайном, але, разом з тим, якщо на такому сайті необхідно змінити в розділі Меню хоча б одне слово, яке є на всіх сторінках сайту, то доведеться редагувати одразу всі сторінки. Зважаючи на багатоаспектність у розробленні вебсайтів за тематикою здоров'я та важливість постійного оновлення інформації на таких порталах, доцільніше та ресурсно економніше використовувати технологію CMS движків. І якщо для розважальних сайтів чи сайтів типу квіз, а також промосайтів використання індивідуальної HTML технології при розробленні є конкурентною перевагою, то для сайтів за напрямком «Здоров'я», технологія проектування не має вирішального значення та не буде врахована нами при побудові карти скорингу якості залучення аудиторії.

Таблиця 4.14

Скорингова карта для індикаторів технічної компоненти

Бальна оцінка	Продуктивність (X ₁)	Відсутність вірусів (X ₂)	Кількість сторінок в індексі Google (X ₃)	Вік сайту (X ₄)	Рейтинг домену (X ₅)	Рівень неперервності роботи (X ₆)
2	до 2 сек. включно	відсутність вірусів	більше 10000	більше 10 років	більше 50	більше 96
1	від 2 до 3 сек. включно	не передбачена	від 2000 до 10000 включно	від 5 до 10 років включно	від 40 включно до 50	від 96 включно до 92
0	більше 3 сек.	наявність вірусів	До 2000 включно	до 5 років включно	менше 40	нижче 92

Джерело: сформовано авторкою.

Оцінювання сайтів за ергономічними параметрами та за якістю контенту будемо здійснювати за структурованим опитувальником із сукупністю параметрів, які передбачають вибір певного варіанта, що характеризує сайт, та надання згідно бального розподілу певної оцінки кожному індикатору (таблиця 4.15). Пояснимо індикатори цієї таблиці. Щодо наявності певних

розділів сайту комунікаційного характеру, то за відсутності розділу Контакти його відвідувачі втрачають до нього довіру.

Таблиця 4.15

Скорингова карта визначення параметрів ергономічності та якості контенту вебресурсів про здоров'я

№	Індикатор	Варіанти відповіді	Бал
1	2	3	4
Ергономічні параметри			
1	Наповненість розділами комунікаційного характеру (X ₇)	Присутні розділи Контакти, Політика конфіденційності, FAQ	2
		Відсутній якийсь один з зазначених вище розділів	1
		Відсутні два і більше з вище зазначених розділів	0
2	Інтерактивність (X ₈)	Наявність форми для відправлення повідомлень, онлайн-анкети, реєстраційної форми	2
		Відсутній якийсь один із зазначених вище розділів	1
		Відсутні два і більше з вище зазначених розділів	0
3	Якість вихідних посилань (X ₉)	Вихідні посилання пов'язані безпосередньо з тематикою ресурсу	2
		Вихідні посилання пов'язані опосередковано з тематикою ресурсу	1
		Вихідні посилання зовсім не пов'язані з тематикою ресурсу	0
4	Зручність навігації (X ₁₀)	Перехід між сторінками сайту логічний, елементи сайту легко знайти	2
		Щось із перерахованих вище параметрів відсутнє	1
		Обидва перераховані параметри не характерні для цього сайту	0
5	Адаптивність (X ₁₁)	Дизайн сайту залишається точно таким же при використанні всіх гаджетів, за допомогою яких користувач заходить на його сторінки	2
		Використовується мобільна версія сайту при використанні планшетів / смартфонів	1
		На мобільних пристроях можливою для ознайомлення є лише текстова інформація / сайт працює некоректно на мобільних пристроях	0

Продовження таблиці 4.15

1	2	3	4
6	Доступність поширення інформації з сайту (X ₁₂)	Наявність та легкий пошук кнопок «Поділитися в соціальних мережах» та на інших вебресурсах	2
		Наявність кнопок «Поділитися», але ускладнений їх пошук	1
		Відсутність таких функціональних кнопок	0
Якість контенту			
7	Якість правопису сайту (X ₁₃)	Відсутність помилок	2
		Наявність незначної кількості помилок	1
		Наявність значної кількості помилок	0
8	Достовірність викладеної інформації (X ₁₄)	Інформація достовірна	2
		Інформація достовірна, але з наявністю суб'єктивних тверджень адміністраторів сайту	1
		Інформація недостовірна (без зазначення використаних джерел, викладена завідомо неправдиво тощо)	0
9	Інформативність сайту відповідно до його тематики (X ₁₅)	Сайт інформативний	2
		Сайт інформативний, але незначна частина матеріалів не пов'язна з тематикою ресурсу	1
		Сайт неінформативний, більшість матеріалів не відповідає тематиці ресурсу	0
10	Актуальність інформації на сайті (X ₁₆)	Сайт містить лише актуальну інформацію	2
		Сайт в основному містить актуальну інформацію з незначною кількістю неактуальних відомостей	1
		На сайті викладена застаріла інформація, більшість якої втратила актуальність	0
11	Кількість мов, якими написаний сайт (X ₁₇)	Три і більше	2
		Дві	1
		Одна	0
12	Пов'язаність домену з тематикою здоров'я (X ₁₈)	Назва домена сайту пов'язана зі здоров'ям, національне доменне ім'я	2
		Назва домена сайту пов'язана зі здоров'ям, доменне ім'я загальне	1
		Назва домене сайту не пов'язана зі здоров'ям	0

Продовження таблиці 4.15

1	2	3	4
13	Авторство статей на сайті (X ₁₉)	Автори статті знеособлені	2
		Незначна кількість статей на ресурсі належить авторству фахівців або експертів у питаннях здоров'я	1
		Більшість статей належить авторству фахівців, експертів або постійних авторів рубрик сайту	0
14	Наявність постійних рубрик сайту (X ₂₀)	Матеріал сайту структурований із виділенням постійних розділів	2
		Матеріал сайту структурований (за датою розміщення, за авторами, за емоційною спрямованістю або за іншою ознакою), але постійні рубрики відсутні	1
		Матеріал сайту тяжіє до хаотичності, без виділення окремих рубрик	0

Джерело: сформовано авторкою.


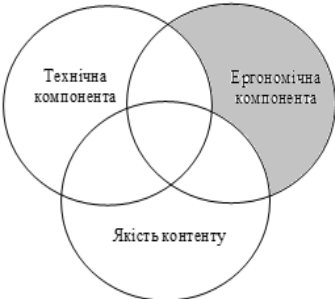
Політика конфіденційності стала обов'язковим атрибутом сайтів, які піклуються про свою репутацію в онлайн-просторі. Розділ FAQ (від англ. FAQ – frequently asked questions) (запитання, які часто задають користувачі) слугує налагодженню спілкування з потенційними відвідувачами сайту. Його наявність має бути передбачена технічною схемою роботи з сайтом. Вихідними називають посилання на сайті, які ведуть з одного ресурсу на інший. Їх здебільшого додають на вебресурси в рамках стратегій взаємного обміну лінками. Вплив таких посилань істотний, адже додаючи їх на сторінку вебресурсу, її власник фактично віддає частину ваги сторінки сайту, на який посилається, тому дуже важливо з обміркованістю підходити до вибору ресурсів. Бажано, щоб вони були за тематикою здоров'я або спорідненою з нею. Навігація сайту представляє собою схему переходів між розділами вебресурсу. Є дуже важливою складовою при розробленні сайту. При її плануванні важливо, щоб вона була не лише зручною, але ще й інтуїтивно зрозумілою, побудованою за принципом логіки користувача. Адаптивним сайтом є ресурс із таким дизайном, який добре виглядає на всіх пристроях, із яких користувач приєднується до мережі

незалежно від роздільної здатності екрану. Дизайн сайту розробники адаптують під параметри вікна браузера для забезпечення комфортного сприйняття інформації відвідувачем ресурсу.

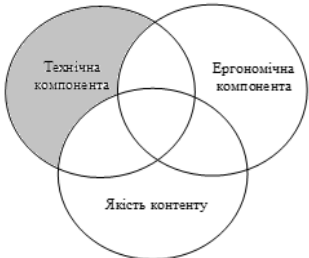




Залежно від комбінації значень оцінки вебресурсів про здоров'я за трьома групами параметрів (технічні, ергономічні та якість контенту) можливо дати характеристику цим ресурсам щодо якості залучення ними цільової аудиторії (таблиця 4.16). Поєднання кіл складових сайту відображає «ідеальний» стан вебресурсу, коли технічна, ергономічна компоненти та якість контенту одержують високі оцінки. Це свідчить про збалансованість функціонуючого сайту та про те, що розробники враховують і за необхідності вдаються до вдосконалення різних компонентів успішності вебресурсу (рисунок 4.17).

Таблиця 4.16

Характеристика вебресурсів про здоров'я відповідно до кількості балів за
кожною з груп параметрів

Композиція компонент	Характеристика сайту
1	2
	<p>У сайту слабо розвинені всі компоненти. Розробники не прораховують та не виправляють технічну складову, а також ергономічність та якість контенту недостатні</p>
Повний дисбаланс	
	<p>Сайт цікавий за змістом, наповненням інформацією в сфері охорони здоров'я, але недоопрацьований для досягнення високої привабливості через низьку якість контенту та має слабкі сторони за технічними параметрами</p>
Зміщення балансу до ергономічності	

Продовження таблиці 4.16

1	2
	<p>Технічно добре розроблений сайт, але має слабкі сторони, що стосуються змістовного наповнення та візуалізації представленої на ньому інформації</p>
Зміщення балансу до технічного оснащення	
	<p>Привабливий для користувачів контент сайту слабо підкріплений ергономічними та технічними параметрами</p>
Зміщення балансу до якості контенту	
	<p>Продуманий за інформаційним наповненням та за візуальним оформленням сайт, але відстає від конкурентів за технічними параметрами</p>
Технічний дисбаланс	
	<p>Сайт продуманий за технічними параметрами та ергономічністю для користувачів, але з низькою якістю контенту</p>
Дисбаланс у якості контенту	
	<p>Сайт, розроблений на технічно високому рівні, із якісним контентом, але питання ергономічності для користувача якого не продумана</p>
Дисбаланс ергономічності	

Джерело: сформовано авторкою.

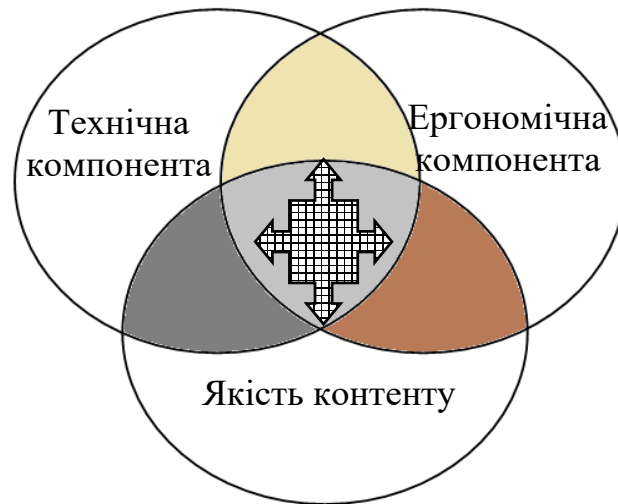


Рисунок 4.17 – «Ідеальне» поєднання компонентів сайту про здоров'я

Джерело: побудовано авторкою.

У таблиці 4.17 продемонстровані результати оцінювання шести сайтів за тематикою здоров'я. За результатами аналізу найкращі позиції у сайтів ukrhealth.net та medicina.ua. У них високі бали за всіма трьома компонентами. Необхідно зазначити, що жоден із аналізованих сайтів за результатами розрахунків не потрапив до групи сайтів високої якості. Усі вони в групі вебресурсів середньої якості, крім сайту mh4u.in.ua, що потрапив до групи сайтів про здоров'я низької якості.

Оскільки показники за ергономічною компонентою та якістю контенту оцінювали експертним шляхом, необхідно перевірити ступінь узгодженості думок експертів при оцінюванні вебресурсів методом Каппа Флейса. Цей метод дослідники використовують для аналізу співпадінь кількох експертних оцінок за альтернативною ознакою, що дає можливість визначити надійність шкали через узгодженість міжекспертної оцінки. Значення критерію може досягати значення 1 при повному співпадинні думок експертів, а його мінімально можлива величина рівна нулю при повному неспівпадинні. Існують різні підходи до інтерпретації значень критерію Каппа, що запропоновані в працях різних учених [9, 163, 310]. До розрахунку ергономічної компоненти та компоненти

якості контенту обрані переважуючі за кількістю відповіді експертів за кожним із запитань.

Таблиця 4.17

Бальні оцінки сайтів з тематики здоров'я за трьома компонентами якості залучення аудиторії

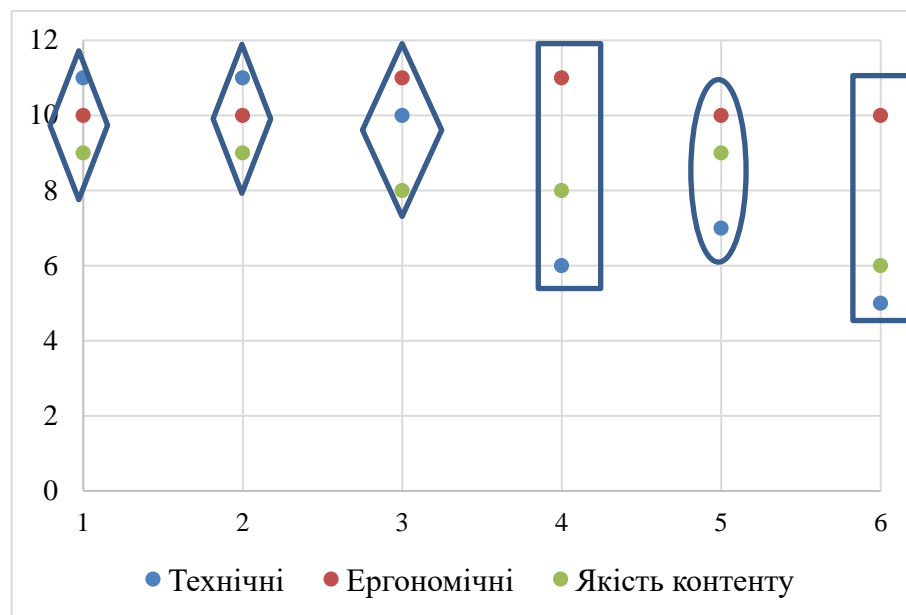
Індикатори	ukrhealth.net	medicina.ua	health-ua.com	jzdorov.com.ua	znaimo.gov.ua	mh4u.in.ua
1	2	3	4	5	6	7
X ₁	2	2	0	1	1	0
X ₂	2	2	2	2	2	2
X ₃	2	2	2	0	0	0
X ₄	2	2	2	1	0	0
X ₅	1	1	2	0	2	1
X ₆	2	2	2	2	2	2
Усього за технічною компонентою	11	11	10	6	7	5
X ₇	1	2	2	2	1	1
X ₈	2	1	2	2	2	1
X ₉	1	2	2	2	2	2
X ₁₀	2	2	2	2	2	2
X ₁₁	2	2	1	2	2	2
X ₁₂	2	1	2	1	1	2
Усього за ергономічною компонентою	10	10	11	11	10	10
X ₁₃	1	1	1	2	1	0
X ₁₄	1	1	1	1	1	2
X ₁₅	1	2	2	1	2	0
X ₁₆	2	1	0	0	1	0
X ₁₇	1	0	2	2	1	1
X ₁₈	1	1	1	2	1	1
X ₁₉	1	1	1	0	1	1
X ₂₀	1	2	0	0	1	1
Усього за компонентою якості контенту	9	9	8	8	9	6

Джерело: побудовано авторкою.

Беремо до уваги значення, що представлені в праці [163] для оцінок узгодженості думок експертів щодо якості сайтів про здоров'я. За шкалою коефіцієнта Каппа можна говорити про такі ступені узгодженості думок

експертів: від -1 до 0 – узгодженість думок відсутня; від 0 до 0,2 – узгодженість дуже слабка; від 0,2 до 0,4 – непогана узгодженість думок; від 0,4 до 0,6 – помірна узгодженість думок; від 0,6 до 0,8 – істотний ступінь узгодженості думок; від 0,8 до 1,0 – повноцінна узгодженість думок. Розрахунки коефіцієнтів Каппи для кожного із аналізованих вебресурсів продемонстровані в Додатку Л. Для сайту ukrhealth.net він становить 1, для medicina.ua – 1, для health-ua.com – 1, для jazdorov.com.ua – 0,6, для znaimo.gov.ua – 0,9, для mh4u.in.ua – 0,8. Для більшості сайтів ступінь узгодженості думок експертів високий. Для вебресурсу jazdorov.com.ua – прийнятий рівень.

Пропонована методика дає змогу класифікувати сайти відповідно до оцінок за окремими компонентами. Далі стає можливою демонстрація позицій кожного сайту за трьома складовими. Візуалізація позицій сайтів за трьома виокремленими компонентами представлена на рисунку 4.18.



* 1 – zdoorovia.com.ua; 2 – ukrhealth.net; 3 – medicina.ua; 4 – health-ua.com; 5 – jazdorov.com.ua; 6 – znaimo.gov.ua; 7 – mh4u.in.ua

Рисунок 4.18 – Порівняння сайтів про здоров'я за компонентами оцінювання якості залучення аудиторії

Джерело: побудовано авторкою за результатами оцінювання сайтів.

Найбільш збалансованими за рівнем якості залучення цільової аудиторії є сайти, позначені ромбом. Сайт, виділений овалом, має найслабші позиції за ергономічним вектором і серед сайтів у цілому. Сайти, виділені прямокутником, мають найслабші позиції за технічним вектором.

Результати розрахунків показали, що більшість вебресурсів мають розвинені показники технічного та ергономічного векторів, що обумовлено успішною практикою вдосконалення національної інформаційно-комунікаційної інфраструктури та впровадженням ефективних цифрових рішень у рамках відновлення та розвитку інформаційних технологій Національної економічної стратегії України. Проте результати аналізу показників вектору якості контенту засвідчили його низькі комунікативну спрямованість та персоніфікацію, можливості для розвитку кліпової свідомості відвідувачів. Відсутність збалансованості та закономірності зв'язків між векторами рівня якості залучення цільової аудиторії вебресурсами свідчить про той факт, що для підвищення рівня довіри стейкхолдерів до них рекомендованою є трансформація маркетингових методів передавання інформації через дотримання принципів конвергентності, емоційного відгуку та мотивування користувачів до взаємодії. Доцільним є зведення всього медіаконтенту на вебресурсах із тематики здоров'я в єдину систему з різними формами подачі інформації: вербальною, візуальною, аудіальною, а також змішаною. Конвергенція вебресурсів перетворює їх на складний багатофункціональний механізм із новими принципами побудови, каналами маркетингових комунікацій, способами налагодження зв'язку з користувачами. Згідно зі спостереженнями, до 80 % вражень людина отримує через органи зору [390]. Із цих позицій візуальний контент є незамінним у процесі масових комунікацій із цільовою аудиторією з питань системи охорони здоров'я. Візуальний контент на сьогодні значно переважає вербальний та аудіоконтент, наприклад, у соціальних мережах (Facebook, Dribbble, Pinterest). Крім того, основною перевагою цього виду контенту є можливість швидкої передачі значного обсягу інформації. Побудова ієрархічних структур у межах

вебресурсів про здоров'я реалізується за допомогою гіпертекстуальності, що дозволяє сприймати повідомлення у будь-якому порядку за бажанням користувача, і разом із інтерактивністю вирізняє подачу контенту в умовах дотримання принципу конвергентності.

Мотивувати користувачів до взаємодії допомагає емоційно спрямований контент та його вдало продумана стратегія розміщення. Контент-стратегія є чітким, систематизованим планом зі створення інформаційних матеріалів про здоров'я та його подальшим розміщенням на вебплатформі. Розроблення контент-стратегії дає можливість ефективно розподілити ресурси адміністраторів вебсайту на генерацію корисного контенту, який формує позитивний емоційний відгук від користувачів та їх лояльність до вебресурсу як надійного джерела інформації з питань здорового способу життя, профілактики захворювань, правильного харчування тощо.

Висновки до розділу 4

У даному розділі розвинено концентричну модель маркетингу здорового розвитку національної економіки, здійснено селекцію моделей поведінки споживачів у сегменті здорової продукції як складової здорового розвитку національної економіки, розвинуто інструментарій оцінювання рівня якості залучення цільової аудиторії вебресурсами сфери здоров'я.

У роботі окреслено основні складові маркетингу здорового розвитку національної економіки. Наведено аргументи на користь важливості маркетингових підходів у процесі реалізації політики здорового розвитку національної економіки. Проведено аналіз етапів трансформації маркетингу у процесі еволюції концепції розвитку національної економіки з використанням двох критеріальних ознак (маркетингові цілі та ефект від упровадження маркетингових інструментів). Виділено п'ять видів маркетингу відповідно до етапу еволюції: комерційний (ендогенний розвиток), маркетинг інновацій (інноваційний розвиток), зелений маркетинг (сталий розвиток), соціально відповідальний маркетинг (інклюзивний розвиток) і маркетинг здорового розвитку (здоровий розвиток національної економіки). Здійснена класифікація етапів розвитку маркетингу в умовах переходу до концепції здорового розвитку національної економіки сформувала підґрунтя для розроблення концентричної моделі маркетингу здорового розвитку національної економіки. Складовими цієї моделі є принципи, стратегії забезпечення розвитку, комунікативні канали та інструменти взаємодії стейкхолдерів у ланцюзі «держава – регіон – бізнес – населення». Виокремлено шість груп стейкхолдерів цього процесу, які систематизовано: ринкові, інституційні, соціальні, міжнародні, державні, локальні. Формалізовано стратегії маркетингу здорового розвитку національної економіки, серед яких інтенсифікаційна (орієнтована на підвищення експортного потенціалу здорової продукції національної економіки), атрактивна (зосереджена на популяризації туристичного потенціалу національної економіки), проактивна (сфокусована на промоції інвестиційного потенціалу національної економіки в сегменті здорової продукції та в системі

охорони здоров'я), імпактна (зосереджена на залученні технологій інформування населення з питань здорового способу життя), просвітницько-культурна (орієнтована на сприяння культурному збагаченню та диверсифікацію освітньої діяльності з урахуванням інтересів стейкхолдерів здорового розвитку). Враховуючи розгалуженість каналів взаємодії стейкхолдерів національної економіки, обґрунтовано доцільність урахування як традиційних (реклама, паблік рилейшнз, спонсорство, іміджеві заходи, брендинг, WOM заходи, зовнішня реклама), так і інноваційно-цифрових маркетингових інструментів забезпечення здорового розвитку національної економіки (нейросенсорний, емоційно-ситуативний та диджитал-інструментарій, інфлюенсинг). Виокремлено моделі поведінки споживачів у сегменті здорової продукції як складової здорового розвитку національної економіки: імпульсивна, адаптивна, консервативна, свідома, альтруїстична, конфідентна, асертивна, раціональна. Визначено, що для всіх виокремлених моделей споживчої поведінки дієвим інструментом комунікації є вебресурси. Це обумовило необхідність удосконалення науково-методологічного підходу оцінювання рівня якості залучення цільової аудиторії вебресурсами сфери здоров'я. Основою розробленого підходу є інструментарій побудови скорингової карти, яка дозволяє комплексно врахувати великий масив статистичних даних та експертних оцінок, узгоджених методом зваженої Каппа, за трьома векторами: технічний – відповідність вимогам пошукових систем; ергономічний – зручність та простота використання для користувача; якість контенту – актуальність, змістовність та коректність інформаційного наповнення. Проведене оцінювання дало можливість побудувати візуалізаційну карту якості залучення аудиторії національними вебресурсами про здоров'я з визначенням подальшої стратегії їх розвитку.

Основні положення четвертого розділу дисертаційної роботи опубліковано авторкою в працях [173-176, 181-183, 184, 186, 187-189, 200, 201, 395, 402-406, 412, 415].

РОЗДІЛ 5 СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗДОРОВОГО РОЗВИТКУ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ

5.1. Дослідження компонентів державної політики здорового розвитку національної економіки

Драйвером реалізації здорового розвитку національної економіки України є ефективна державна цільова політика зі своєчасним застосуванням необхідних важелів та інструментів. Проведемо дослідження існуючих інструментів здорового розвитку національної економіки та проаналізуємо соціально-економічний ефект, який вони чинять. Для досягнення позитивного ефекту важливо, щоб інструменти використовувалися не поодинокі, а в комплексі та системно. Для початку проаналізуємо наукові підходи до визначення державної політики в сфері здорового розвитку (таблиця 5.1). Виходячи з аналізу, можна стверджувати, що державна політика здорового розвитку є складовою механізму управління національною економікою, що включає в себе соціальні, фінансові та маркетингові (поєднує інформаційні та психологічні інструменти) способи регулювання взаємозв'язків між ключовими стейкхолдерами в сфері охорони здоров'я з метою досягнення гармонійного та резильєнтного розвитку системи громадського здоров'я та високого рівня конкурентоспроможності національної економіки.

Необхідно зазначити, що державна політика здорового розвитку здійснюється на чотирьох рівнях. Фактично вона повинна мати як горизонтальний характер (вплив на населення, підприємства, медичні заклади), так і вертикальний – здійснюватися на всіх рівнях державного управління (мікро- (місцеві територіальні громади), макро- (країна та регіони) та мезо- (міжнародний, міждержавний рівень)).

Перший рівень включає вирішення питань місцевого значення (умови обслуговування населення місцевими медичними закладами, контроль роботи

місцевих підприємств, розвиток локального ринку здорової продукції, інфраструктурне забезпечення здорового розвитку тощо).

Таблиця 5.1

Наукові підходи до визначення поняття
«державна політика здорового розвитку»

№	Автори	Визначення
1	Денніс Р. [60]	Політика, що зміцнює та справедливо розподіляє передумови / соціальні детермінанти здоров'я
2	Аллен П., Пілар М., Волш-Бейлей К. та ін. [8]	Політика, зосереджена на здоров'ї, спрямована на створення соціального та фізичного середовища, у якому для всіх громадян країни стає можливим досягнення більш високої якості життя через вирішення питань підтримки достатнього рівня здоров'я
3	Алла К., Холл В. Д., Вайтфорд Х. А. та ін. [6]	Політика, що чинить прямий та опосередкований вплив на процеси та результати в сфері громадського здоров'я (фізичного та психічного), призводить до виникнення нових підходів до управління здоровим розвитком на різних рівнях (міжнародному, національному, місцевому, локальному)
4	Шапоренко О. І. [479]	Система соціально-економічних дій, настанов, наукових положень, цілей і обумовлених ними практичних заходів і політичних засобів, за допомогою яких здійснюється державне регулювання відносин між громадянами, соціальними групами, націями у сфері охорони здоров'я, спрямованих на забезпечення реалізації основних функцій (збереження здоров'я населення, надання медичної допомоги, профілактика захворювань, проведення наукових досліджень у галузі охорони здоров'я, підготовка медичних та фармацевтичних кадрів, підтримка матеріально-технічної бази системи охорони здоров'я)
5	Лебедєв А. О. [393]	система соціальних, економічних, інформаційних, психологічних способів, інструментів та методів допомоги юридичним і фізичним особам з метою досягнення належного стану здоров'я нації, неухильного дотримання всіма громадянами здорового способу життя, усвідомлення цінностей здоров'я та гармонійного розвитку

Джерело: узагальнено авторкою.

Другий рівень (регіональний) відноситься до макрорівня і регулюється органами місцевого самоврядування, які зацікавлені в здоровому розвитку певного регіону. Місцеві державні адміністрації мають сприяти мінімізації

міжрегіональних відмінностей у рівні здорового розвитку. Прикладом вирішення таких диспропорцій є Європейський Союз із його досвідом вирішення проблем міжрегіональних відмінностей у рамках політики згуртованості, що покликана усунути відсталість його рівня в регіонів з найменш сприятливим становищем для забезпечення безпечного та комфортного життя громадян, незалежно від місця їх проживання [229, 473].

Центральне місце в структурі державної політики здорового розвитку займає третій рівень – національний, який визначається ресурсним забезпеченням країни, завданнями національної соціально-економічної стратегії та її таргетами. Ключовим суб'єктом управління та регулювання на цьому рівні в системі громадського здоров'я є Міністерство охорони здоров'я. Національна служба охорони здоров'я є центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику в сфері медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Фактично цей орган є національним страховиком, який укладає договори з закладами охорони здоров'я та займається купівлею послуг для медичного обслуговування населення. Також важливе місце належить ініціативам та проєктам у питаннях фізичного та ментального здоров'я (для прикладу, актуальні програми «Ти як?», Центр здоров'я та розвитку «Коло сім'ї», проєкт «Телеклініка» та ін.) [438].

Основними агентами державної політики на четвертому рівні – міжнародному, є міжнародні організації, зокрема Всесвітня організація охорони здоров'я.

У загальному вигляді схема системи державної політики управління здоровим розвитком національної економіки представлена на рисунку 5.1. На цій схемі однією зі складових є система громадського здоров'я, на яку покладені обов'язки з профілактики захворювань, здоров'язбереження населення. Серед цілей цієї системи – збільшення тривалості здорового життя населення та заохочення до здорового способу життя. Основні функції цієї системи: оцінювання та контроль за факторами, які впливають на здоров'я

населення, вплив на детермінанти здоров'я, інформаційно-роз'яснювальна робота, комунікації в інтересах здоров'я нації; підтримка реалізації ініціатив, що позитивно впливають на здоров'я населення.

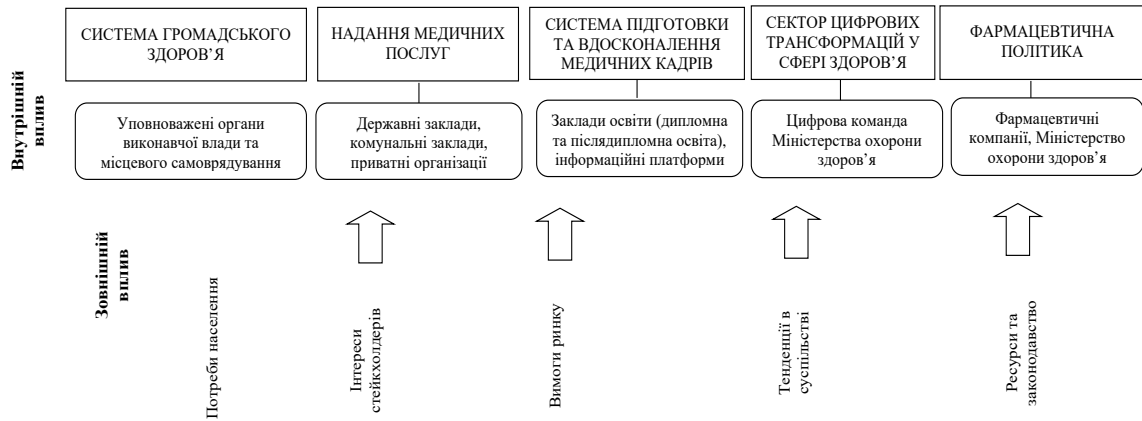


Рисунок 5.1 – Державна політика управління здоровим розвитком

Джерело: побудовано авторкою.

Система надання медичних послуг включає всі ланки надання медичної допомоги: екстрену, первинну (основна, найбільш наближена до населення ланка медичної допомоги), вторинну (спеціалізована медична допомога в разі захворювань, що потребують спеціального лікування, діагностики) та третинну (високоспеціалізована ланка лікування у разі складних перебігів захворювання, що надається в спеціалізованих, відповідно обладнаних медичних закладах переважно стаціонарного типу). Що стосується блоку підготовки та вдосконалення медичних кадрів, то в системі формування освітнього потенціалу медичної галузі важлива роль належить медичним, фармацевтичним та стоматологічним коледжам, інститутам, академіям, університетам із освітніми програмами відповідного профілю. Ці установи забезпечують підготовку, перекваліфікацію, удосконалення медичних кадрів та їх післядипломну освіту [454]. Щодо цифрових трансформацій, то при Міністерстві охорони здоров'я України діє IT-офіс, до роботи якого залучено

профільних фахівців. Команди, що відповідають за процес цифровізації в системі охорони здоров'я, включені також у склад Національної служби здоров'я України та Державного підприємства «Електронне здоров'я». Крім того, постійними партнерами є медичні інформаційні системи з бізнес-сектору [394].

Серед основних пріоритетів цієї системи, що визначено Національною економічною стратегією, є створення ефективно діючого механізму забезпечення високого рівня громадського здоров'я, що спроможний виконувати зобов'язання щодо профілактики захворювань різної природи, контролю належного рівня якості надання медичної допомоги з паралельним розвитком медико-оздоровчого туризму, дотримання високого рівня медичної освіти та науки з удосконаленням кадрового потенціалу, сприяння розвитку національного ринку фармацевтичної продукції з забезпеченням населення доступними та якісними лікарськими препаратами. Подолання поточних викликів та кардинальна зміна функціонування системи державного управління здоровим розвитком передбачає наявність організаційних передумов. Першочергового значення набуває визначення переліку важелів державної політики здорового розвитку (рисунок 5.2), які можливо класифікувати за трьома групами: організаційні, економічні та маркетингово-інформаційні. Організаційні важелі включають вплив на систему здоров'я в країні з позицій управління та планування цього процесу, координації дій відповідальних департаментів із питань здорового розвитку, правове регулювання цього процесу та коригування цілей. Економічні важелі є сукупністю бюджетних та економіко-грошових засобів реалізації політики держави та впливу уряду країни на ключові суспільні процеси з метою активізації здорового розвитку. Маркетингово-інформаційні важелі включають провідні технології просування концепції здорового підходу до розвитку національної економіки, просвітницько-інформаційні методи впливу на стейкхолдерів національної економіки.

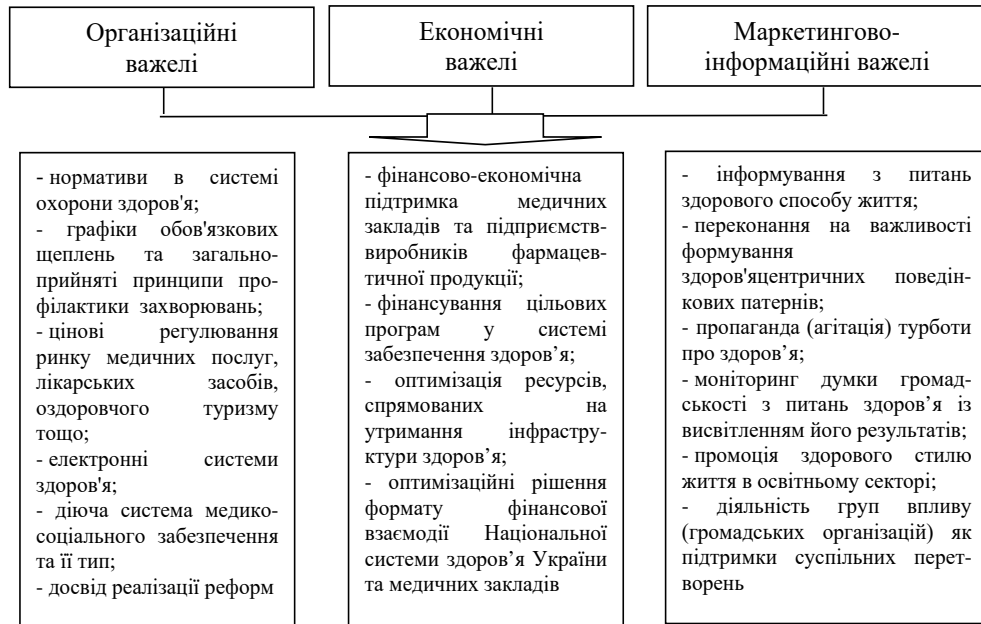


Рисунок 5.2 – Класифікація важелів державної політики здорового розвитку

Джерело: побудовано авторкою.

Дослідження ринку охорони здоров'я зарубіжних країн сформувало інсайти щодо забезпеченості їх систем здорового розвитку. У світовій практиці сформувалися три основні системи забезпечення сфери охорони здоров'я: державна, страхова та приватна. Державною передбачені пряме фінансування медичних закладів та гарантія безкоштовного надання медичних послуг усім громадянам країни без винятку. В основі страхової системи – участь громадян чи підприємств у фінансуванні системи охорони здоров'я особисто або ж через посередників – спеціалізовані страхові організації. Приватна система охорони здоров'я представлена приватними медичними закладами, оплата послуг у яких здійснюється пацієнтами за свій рахунок [367].

Проаналізований рівень забезпеченості національних економік за основними напрямками державної політики здорового розвитку: створення сприятливого соціального середовища, формування навичок дотримання здорового стилю життя, використання інститутів громадянського суспільства з питань здоров'язбереження, профілактичні заходи та можливість їх здійснення.

Переважання в показниках забезпечення систем здорового розвитку свідчить про кращу координацію, ресурсний розподіл та організацію процесу надання послуг медичного спрямування в країні. Вивчення досвіду таких країн слугує цінним підґрунтям для модернізації національної політики здорового розвитку в Україні. За багатьма показниками системи охорони здоров'я найкращими країнами в світі є Японія, Німеччина, США, Канада, Ізраїль [351]. Узагальнені рейтингові показники систем охорони здоров'я цих та інших країн світу згенеровані з ресурсу [49] та розміщені в Додатку М. Розглянемо підходи до державної політики здорового розвитку у згаданих країн.

У Японії виокремлюють чотири рівні державного управління в системі охорони здоров'я: на національному рівні, на рівні окремих префектур, управління всередині медичних центрів та міські чи сільські органи місцевого самоврядування. Для загальної координації їх діяльності діє Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення. Функціонують місцеві відділи охорони здоров'я, які беруть на себе зобов'язання щодо керування програмами здорового розвитку на місцевому рівні. Медичні центри є штучно сформованими утвореннями у рамках окремих префектур чи більш крупних муніципалітетів. У такий спосіб кожний медичний центр спроможний обслуговувати до 100 тис. осіб. Доречно зазначити, що фінансування таких центрів здійснюється як із загальнонаціонального бюджету, так і з місцевих бюджетів. У Японії достатньо жорстко регулюють питання фінансування сфери охорони здоров'я. При цьому за результатами авторитетних опитувань [437] понад 60 % громадян Японії задоволені рівнем надання послуг у системі охорони здоров'я країни. Держава встановлює ціни на медичні послуги. Також уряд субсидує органи місцевої влади, компанії, що задіяні на ринку медичного страхування, та постачальників медичних послуг і регулює взаємодію між ними. Примітно, що на рівні префектур відбувається регулювання поставок фармацевтичної продукції. Муніципалітети власноруч планують та реалізують просвітницько-інформаційні заходи щодо промоції здорового способу життя. Бюджет охорони здоров'я планує Міністерство фінансів Японії.

У країні діють дві основні системи надання медичних послуг населенню: національна (державна) та страхова система для осіб, які працюють (яка є переважаючою). Вибір лікаря вільний, оплата медичних послуг – часткова (не вище 30 % повної їх вартості). Примітно, що діють обмеження стосовно оплати праці медичного персоналу, який допускає помилки в лікуванні пацієнтів. У країні ухвалена Національна програма «Здорові люди», що має на меті сприяння більш активній участі громадськості в питанні підтримки здоров'я [358, 383, 470].

У США переважає приватна форма фінансування охорони здоров'я, на яку 90 % населення витрачає в середньому близько 10 % доходу домогосподарств. Доречно зазначити, що більшість громадян США застраховані у роботодавців або в професійних товариствах чи профільних об'єднаннях підприємств. За умови використання певної програми страхування через розгалужену мережу посередників застрахованих направляють до медичних закладів та аптек. Третину загальної кількості лікарів у країні складають сімейні лікарі, які, так як і в Україні, надають пацієнтам первинну допомогу. Обрати лікаря громадяни можуть через електронну мережу зареєстрованих постачальників медичних послуг. Основною проблемою системи охорони здоров'я США залишається висока вартість надання медичної допомоги. Якщо порівнювати показник витрат на медичне обслуговування в США та інших розвинених країнах, то у США він перевищує навіть середній показник у країнах цієї групи [375, 385].

Механізм державного управління здоровим розвитком Німеччини базується на дворівневій структурі. У її складі є державне медичне страхування та страхування, що надається приватними фондами. При цьому на державне страхування припадає майже 90 % застрахованого населення. Внески до фонду державного медичного страхування вносяться спеціалізованими лікарняними фондами від органів самоврядування. Уряд контролює цей процес. На національному рівні систему охорони здоров'я очолює Міністерство охорони здоров'я й соціального забезпечення. Плануванням діяльності управління

системи охорони здоров'я займаються на місцевому рівні. У кожного муніципалітету є обов'язок щодо забезпечення постійного та стабільного фінансування медичних закладів для задоволення суспільних потреб у якісних медичних послугах. Законодавство в галузі здоров'я враховує особливості та специфіку кожного регіону та формує унікальні методи планування медичних програм для суб'єктів місцевого (регіонального) рівня. Усі медичні заклади є некомерційними організаціями, які сплачують членські внески та мають право на встановлення ставки внеску, який необхідний для покриття витрат їх діяльності. До переваг німецької системи охорони здоров'я відноситься достатньо розгалужене забезпечення населення спектром безкоштовних медичних послуг, серед яких стаціонарне лікування, амбулаторне лікування, надання ліків, оплата проїзду до медичного закладу та ін. [358].

У Канаді до 70 % витрат на охорону здоров'я формується з загальних податків. Значна частина доходів держави витрачається на забезпечення безоплатної медичної допомоги населенню та на покриття витрат амбулаторного лікування. Федеральний уряд встановлює та контролює державні стандарти в питаннях забезпечення здоров'я, фінансує провінції для підтримки процесу їх здорового розвитку. Інші функції, що покладені до виконання, на національний уряд, стосуються питань охорони та зміцнення здоров'я населення, профілактику захворювань. Основу системи охорони здоров'я Канади формують лікарі-терапевти, що надають населенню первинну медичну допомогу та становлять більше ніж 50 % від кількості практикуючих лікарів у країні [488].

Прикладом успішного впровадження системи медичного страхування є система Ізраїлю, де з 1994 року згідно із Законом про державне медичне страхування всі жителі країни застраховані Національною службою страхування («Бітуах Леумі»). Усі громадяни мають право на одержання медичних послуг, за які держава несе відповідальність. На законодавчому рівні визначено перелік послуг, що входять до медичного страхування – «кошика медичних послуг». Ці послуги надають переважно лікарняні каси, тому для їх

отримання кожен має бути зареєстрованим в одній із лікарняних кас. Кожен житель Ізраїлю старше 18 років зобов'язаний сплачувати щомісячні внески на медичне страхування до Національної служби страхування. Розмір внеску залежить від статусу страхувальника (працівник, підприємець, безробітний тощо) та рівня доходу [182].

Для моніторингу суспільної думки з питань охорони здоров'я та забезпечення здорового розвитку національної економіки доцільно здійснювати періодичні дослідження думки населення. У таблиці 5.2 наведена класифікація сучасних методів здійснення досліджень із питань оцінювання якості надання медичних послуг та здорового розвитку. На сьогодні бурхливий розвиток диджитал-середовища призвів до того, що фактично будь-які офлайн дослідження можуть бути перенесені у віртуальне середовище.

Таблиця 5.2

Класифікація маркетингових досліджень у системі забезпечення
здорового розвитку

Підхід до класифікації	Види досліджень	Характеристика
1	2	3
За методом збору даних	Кількісні Якісні	Пов'язані з проведенням опитувань, що містять на структуровані запитання закритого типу, на які дають відповідь багато респондентів. Передбачають збір, аналіз та інтерпретацію даних шляхом спостереження за тим, що люди роблять чи говорять. Спостереження та висновки з них мають якісний характер та здійснюються в неструктурованій формі
За місцем проведення	Центральні локації Домашні інтерв'ю Інтерв'ю за місцем роботи	Якщо для проведення досліджень щодо питань підтримки здорового розвитку, респонденти можуть бути опитані у будь-якому місці – на вулиці, вдома, у громадському закладі тощо, то для аналізу діяльності медичного закладу, як правило, респонденти відповідають на запитання дослідників за місцем свого лікування
За новизною	Традиційні Інноваційні	Анкетування, фокус-групи, глибинні інтерв'ю тощо. Нейролінгвістичне програмування, предиктивна аналітика, мультитрекінг, психографіка та ін.

Продовження таблиці 5.2

1	2	3
За середовищем проведення	Офлайн Онлайн	Для таких методів дослідження сьогодні є наявною тенденція до падіння рівня відгуку респондентів. Частка цих досліджень з питань здоров'я зросла в часи пандемії коронавірусу та складає основу досліджень ринкового середовища в питаннях охорони здоров'я при таргеті охопити аудиторію в національних масштабах
За типом дизайну	Синдикативні (ініціативні) Омнібус Індивідуальні	Аналіз конкретної ніші ринку галузі здоров'я за ініціативою дослідницької компанії в інтересах великої кількості компаній-клієнтів. Результати дослідження належать дослідницькій компанії і є вільними для публікації. Дослідження, що проводиться одночасно для кількох клієнтів (наприклад, медичних закладів) і за кількома темами. Дослідження, результати яких належать виключно окремій компанії-клієнту
За технологічністю проведення	Звичайні (без застосування технологій, лише людський ресурс) Технологічні	До високотехнологічних методів можна віднести айтрекінг – дослідження процесів уваги пацієнтів, їх спостереження за оточуючим середовищем, а також оцінювання поведінкової реакції з використанням спеціальної технології, що дає можливість відслідковувати напрям, тривалість та інші параметри людського погляду, а також використання спеціальних сканерів тощо

Джерело: систематизовано авторкою.

Аналіз досвіду зарубіжних країн, а також урахування особливостей системи охорони здоров'я України показує, що для вдосконалення системи аудиту якості надання медичних послуг, перевірки рівня задоволеності населення в них та просування продукції здорового сегменту, які і здорового способу життя в цілому, доцільним є створення при Міністерстві охорони здоров'я України Департаменту маркетингового супроводження. Основні функції, які повинні бути делеговані цьому департаменту: моніторинг ефективності надання медичних послуг, промоція питань здорового способу

життя, організація освітніх та інформаційних кампаній із питань здоров'яцентричної поведінки, координація зусиль різних структурних підрозділів Міністерства з питань розвитку внутрішнього ринку продукції здорового сегменту.

Процес реалізації маркетингової політики в системі охорони здоров'я доречно здійснювати в чотири етапи:

1) здійснення аудиту поточної ситуації у галузі охорони здоров'я, інструментів інформаційного характеру з метою ідентифікації проблемних питань галузі та вибору ефективних методів промоції здоров'я, визначення комплексу цілей та пріоритетів здорового розвитку в короткостроковій, середньостроковій та довгостроковій перспективах. Таке оцінювання потенціалу маркетингової системи в системі здорового розвитку національної економіки дає можливість оцінити переваги та недоліки потенціалу державної політики сприяння здоров'язбереженню населення, сформулювати основні стратегічні напрями маркетингової політики розвитку охорони здоров'я з урахуванням пріоритетних та нівелюванням негативних чинників. На цьому етапі доцільно визначити основні терміни реалізації стратегії маркетингового забезпечення здорового розвитку з переліком виконавців, бажаними показниками кінцевого ефекту реалізації для різних об'єктів та суб'єктів впливу;

2) реалізація політики та її перегляд, на якому обирають методи та технології управління для реалізації запланованих маркетингових стратегій;

3) упровадження політики, що передбачає реалізацію системи взаємопов'язаних маркетингових заходів із регулярним збиранням і аналізом інформації на медичному ринку про проміжні результати реалізації стратегії з метою виявлення можливих відхилень від очікуваних результатів, ефектів чи наміченого плану. В основу цієї системи доречно покласти перелік обґрунтованих індикаторів реалізації етапів маркетингової стратегії. Результати такого моніторингу допомагають у майбутній перспективі уповноваженим на її

реалізацію органам ухвалювати більш обґрунтовані рішення та ефективно коригувати стратегію;

4) оцінювання політики, на якому здійснюють аналіз ефектів реалізації політики, виявляють можливі відхилення від бажаного результату. Таке оцінювання, на відміну від вказаного вище моніторингу проміжних результатів, виконують разово.

Істотною проблемою державної політики здорового розвитку в Україні залишається відсутність цільової компоненти, яка б орієнтувала на створення сприятливих умов для розвитку особистості в повсякденному житті, у робочому середовищі, в освітніх закладах тощо, яка б невимушено формувала передумови або навіть готовність до свідомого вибору здорового стилю життя та допомагала б оволодіти необхідними знаннями для формування здоров'яцентричних патернів поведінки. Відсутній змістовний компонент культурно-ціннісної концепції здорової поведінки. Важливим завданням є формування таких ключових концептів, як розвиток відповідної інфраструктури оздоровлення, активізація місцевих громад у питаннях підготовки лідерів та волонтерів у системі пропагування та агітації до здорового способу життя, посилення ролі батьків у вихованні в дитини здорових навичок. Для вирішення проблеми культурно-ціннісного сприйняття важливості здоров'я доцільно виконати ряд кроків інформаційного та організаційного характеру, а також удосконалити вебресурси Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я України, електронних систем здоров'я для підвищення показників їх конверсії (переходу за заголовками до важливих інформаційних матеріалів).

Для роботи з молоддю значний рівень ефективності показують інформаційно-профілактичні заходи, акції, фестивалі та конкурси проєктів у питаннях здорового розвитку. Також дієвими маркетинговими заходами взаємодії з цією категорією цільової аудиторії є спортивні заходи та організація змістовного заповнення дозвілля (наприклад, тематичні квести та змагання). У національних масштабах є досвід реалізації програм такого спрямування, наприклад, інформаційно-освітня програма, спрямована на

протидію розповсюдженню культури надмірного споживання алкоголю «Сімейна розмова», що була реалізована в рамках Всеукраїнської інформаційної кампанії «Відповідальність починається з мене» на базі навчальних закладів у десяти регіонах України. У результаті реалізації цієї інформаційної кампанії вдалося сформувати стійке негативне ставлення цільової аудиторії програми до алкогольних напоїв та знання про негативні наслідки від їх вживання на організм людини; агітаційний рух «Майбутнє без наркотиків», ціллю якого була протидія залученню молоді до немедичного вживання наркотичних речовин, що реалізовувався у вигляді періодичних зустрічей із учнями з метою інформаційних роз'яснень щодо шкоди від вживання наркотиків.

В Україні працює більше 140 «клінік, дружніх до молоді», метою функціонування яких є надання профільної медичної допомоги підліткам із питань ризикованої для здоров'я поведінки та профілактики захворювань, зокрема ці заклади відіграють важливу роль у запобіганні розповсюдженню ВІЛ та сприяють у загальному формуванні відповідального ставлення до здоров'я для вразливих груп населення. Основними ризиками для здоров'я в молодому віці визначено ожиріння, недостатню фізичну активність, ігрову залежність (у віртуальному середовищі), психологічні проблеми, вживання тютюнових виробів, наркотиків.

Одним із ефективних методів формування здорового способу життя в освітньому середовищі визнано тренінг як можливість для вільного спілкування, обміну думками та судженнями. Також він є ефективним інструментом формування умінь, досвіду в системі здорового розвитку та підтримки відповідального ставлення до здоров'я. Варіаціями цього освітнього інструменту є лекції, покази, демонстрації, проблемні кейси [354].

Якщо аналізувати результати досліджень щодо схильності населення України до піклування про власне здоров'я та здоров'я оточуючих, то згідно джерела [468] лише кожен десятий респондент відповів, що піклується про власне здоров'я погано або зовсім не піклується про здоров'я (менше 3 %) опитаних. Проте багато представників населення демонструють слабу

обізнаність у питаннях здоров'я, зокрема більше 20 % батьків мали випадки відмови від обов'язкових профілактичних щеплень дітям, не розуміючи в чому їх необхідність.

Далі проаналізуємо розвиток ринку продукції здорового сегменту України, а саме сконцентруємо увагу на фармацевтичній продукції та прогнозуванні тенденцій змін політики реалізації продукції фармацевтичної галузі як компоненти державної політики здорового розвитку національної економіки.

5.2. Науково-методологічний підхід до оцінювання та прогнозування привабливості міжнародної торгівлі продукцією галузі здоров'я національної економіки

У контексті забезпечення здорового розвитку національної економіки через промоцію національного ринку здорової продукції важливим є просування українського бренду як експортера товарів і послуг у сфері охорони здоров'я.

На сьогодні фармацевтична галузь України покриває 4,1 % ВВП переробної промисловості. Функціонує 113 фармацевтичних підприємств, вплив яких на національний ринок значний. Підприємства виготовляли більше 60 % ліків з Національного переліку лікарських засобів за підсумками 2021 року – найбільш необхідних фармацевтичних препаратів, які закуповуються за рахунок держави та надаються пацієнтам безкоштовно [489]. Важливим чинником зростання національного ринку продукції здоров'я залишається конкуренція. При цьому наявність великої кількості підприємств у фармацевтичній галузі спонукає певних гравців ринку до розроблення та впровадження інноваційної продукції для втримання своїх ринкових позицій. Основними видами конкурентної боротьби на національному ринку

фармацевтичної продукції є: конкуренція між українськими та зарубіжними підприємствами-виробниками, активний розвиток підприємств суміжних галузей (наприклад, галузі біотехнологій (виробництво вакцин, медичних сироваток, діагностичних продуктів, живильних середовищ)). Так, у структурі вартості національного ринку за фармакотерапевтичними групами частка біопрепаратів становить 34,6 %. При сегментуванні ринку фармацевтичної продукції в Україні доцільно виокремити такі його сегменти [311]:

- продукція власної розробки (нові препарати, які мають аналоги);
- нові препарати для внутрішнього ринку, вироблені в кооперації з зарубіжними компаніями;
- продукти-дженерики (аналоги оригінальних препаратів, які можуть почати виготовляти інші підприємства після завершення процесу патентування оригіналу та завершення строку дії патенту на унікальне право виробництва певного препарату) під власною торговою маркою на внутрішньому ринку.

Також до видів конкурентної боротьби у фармацевтичній галузі відносимо виведення на ринок товарів-субститутів, конкуренцію з боку оригінальних та генетичних препаратів, у сфері постачання фармацевтичної продукції, за домінування у лікарняному чи аптечному сегментах ринку, за представлення своїх інтересів у різних каналах маркетингового розподілу фармацевтичної продукції (лікарі, провізори, тренери-консультанти тощо), на рівні оптово-роздрібної торгівлі (за формування мереж власних аптек) [457].

У 2022 році Кабінетом Міністрів України фармацевтичну промисловість за напрямом виробництва лікарських засобів та медичних виробів було віднесено до пріоритетних галузей економіки, що є стимулом у залученні державної інвестиційної підтримки виробництв та збільшення кількості робочих місць. Це дасть можливість уникнути можливого колапсу в питаннях забезпечення медичної системи лікарськими засобами, виробами медичного призначення з гарантією їх безперебійного виробництва і постачання до пацієнтів [476].

Крім важливості конкурентної боротьби на ринку істотним є внесок держави у вигляді підтримки функціонування підприємств цієї галузі. Для стимулювання національного виробництва фармацевтичної продукції, зокрема інноваційної, а також імпортозаміщення мають значення державні цільові програми, зокрема в 2011-2020 рр. діяла Концепція розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України», яка визначала особливості національної політики в сфері фармацевтичного виробництва та споживання [379]. На сьогодні документу такого роду немає серед нормативних актів. Інші ж чинні документи регулюють відносини у фармацевтичній галузі, але вони не визначають пріоритети для розвитку цього сектору та заходи з їх реалізації.

Після початку повномасштабного російського вторгнення уряд України пішов фармацевтичній галузі на поступки, істотно підтримавши цей сегмент бізнесу. Було запроваджено низку змін у питаннях процедур державної реєстрації та перереєстрації лікарських засобів на період воєнного стану. Міністерством охорони здоров'я було дозволено використовувати альтернативні інгредієнти для виробництва фармацевтичної продукції, а також пакувальні матеріали та інші допоміжні речовини без очікування їх внесення в реєстри.

Отримання Україною статусу кандидата на вступ до Євросоюзу та постковідні трансформації світової економіки відкривають перед національною фармацевтичною галуззю значну кількість можливостей, а також створюють своєрідні виклики. Спільне законодавче поле у майбутньому стане тим шаблоном, який значно спростить вихід фармацевтичної продукції національного виробництва на ринок ЄС. Для України важливим є включення як суб'єкта до Фармацевтичної стратегії Європи, що разом із іншими важливими пунктами для співробітництва, також передбачає диверсифікацію ланцюгів постачання продукції фармацевтичної галузі. Україна з її широким асортиментом фармацевтичної продукції з помірними цінами має всі шанси стати потужним виробничим та збутовим хабом для країн ЄС у секторі виробництва лікарських засобів, частково пом'якшивши залежність системи медичного забезпечення

країн ЄС від продукції з Китаю та Індії. Підґрунтям для цього є сприятливе географічне положення в європейському регіоні, значні виробничі потужності, наявність кваліфікованого персоналу у фармацевтичній галузі.

Оцінювання та прогнозування розвитку ринку фармацевтичної галузі в національних економіках різних країн здійснені в низці наукових праць. У [275] автори пропонують модель прогнозування попиту на продукцію фармацевтичної галузі, використовуючи комбіновану техніку прогнозування ARIMA-HW hybrid1, що поєднує авторегресійну інтегровану ковзну середню та модель Холта s-Winter. Результати дослідження показують, що фармацевтичні компанії можуть прийняти цю модель для покращеного прогнозування попиту. У дослідженні [254] використана модель прогнозування попиту типу DFM. Алгоритм цього типу передбачає залучення алгоритмів нейронних мереж для прогнозування попиту на фармацевтичну продукцію. У дослідженні українського вченого [477] здійснено математичний аналіз чинників, які впливають на обсяги продажу продукції фармацевтичної галузі, що використаний для моделювання перспективної маркетингової стратегічної політики. У [350] здійснено висновок про те, що фармацевтична продукція України утримує ринкові позиції переважно завдяки кількісним параметрам, але це не зовсім гарна тенденція, адже акцент має бути здійснений на інтенсивний розвиток національної галузі здоров'я. Вимагає підтримки з боку держави виробництво продукції сегменту здоров'я з двоспрямованою орієнтацією – як на внутрішній споживчий ринок, на якому можна запропонувати доступні ціни, так і на зовнішній (міжнародний) ринок із інноваційною складовою та з дещо вищою ціною.

Спалах пандемії вплинув на обсяги виробництва та міжнародної торгівлі, скорочення яких мало руйнівні наслідки для роботи значної кількості суб'єктів господарювання. Світові гравці ринку опинилися в ситуації потрійного спаду (попиту, постачань, торгівлі). Споживчий попит знизився через введення соціально-економічних обмежень під час карантинних заходів та невпевненість у стані ринку праці. Виробництво було призупинене чи скорочене в більшості

секторів економіки, що призвело до зниження попиту на проміжні ресурси та вплинуло на обсяги постачань. Крім того, можливість для вчасного постачання товарів була заблокована через митний контроль та введення експортно-імпортних обмежень на певні види продукції. Окрему роль під час пандемії COVID-19 мала галузь виробництва фармацевтичної продукції, яка була критично важливою для попередження та лікування захворювання. Варто зазначити, що в період глобальної пандемії мала місце активізація торгівлі товарами медичного призначення. При цьому більше половини обсягів світової торгівлі в структурі медичних товарів становила фармацевтична продукція. На думку авторів, аналіз експортно-імпортних операцій у сфері реалізації фармацевтичної продукції в розрізі різних країн є тим релевантним параметром, який дає можливість простежити, чи була економіка країн європейського регіону спроможною в роки пандемії та постапандемічного відновлення здатною протистояти викликам.

Наукові дослідження 2020-2022 рр. здебільшого стосуються маркетингового аналізу фармацевтичного ринку України та європейських країн, логістичних ланцюгів та питань міжнародної торгівлі. У [430] висвітлено результати дослідження тенденцій зміни показників фармацевтичного ринку в умовах пандемії COVID-19 із акцентуванням уваги на аналізі фармацевтичної логістики та умов формування ланцюга поставок продукції фармацевтичної галузі. Автори [356] визначили основні виклики та стратегічні пріоритети для фармацевтичної галузі в умовах протидії пандемії. У [40] науковці зосередилися на дослідженні підходів у фармацевтичному маркетингу, що набули поширення під час пандемії та ролі цифрового маркетингу як адаптивної реакції до впливу COVID-19. Автори [15] зазначають, що глобальна пандемія спричинила численні коротко- та довгострокові впливи на світовий ринок охорони здоров'я. Головним чином цей вплив простежується в галузі виробництва фармацевтичної продукції. Вони пропонують його розглядати як з глобальної, так і з локальної точок зору. Дослідження [144] надає аргументи на

користь думки про зміни в тенденціях розвитку фармацевтичного ринку під час кризових явищ у системі охорони здоров'я. Автори підкреслюють, що мають місце цифрові трансформації охорони здоров'я. Набувають істотних змін маркетингові методи в сфері фармацевтики. Примітно те, що дослідженню експортно-імпортних операцій в сфері виробництва фармацевтичної продукції приділено не так багато уваги в наукових дослідженнях, хоча саме ця сфера залишається критично важливою ланкою протидії негативним наслідкам пандемії та є тим визначальним сектором національної економіки, який визначає спроможність системи охорони здоров'я до протидії негативним впливам дестабілізувальних факторів у сфері громадського здоров'я.

Поставлено за мету з'ясувати, наскільки перспективними є торговельні відносини трьох країн (Україна, Польща, Молдова) у галузі виробництва фармацевтичної продукції, визначити тренди в цій сфері, що припали на період пандемії COVID-19: чи країни мали високий ступінь внутрішньогалузевої спеціалізації в цій галузі чи, навпаки, обсяги імпорту та / або експорту тяжіли до зменшення та які прогностичні значення індексу для аналізованих країн у п'ятирічній перспективі.

Для дослідження тенденцій в сфері торгівлі фармацевтичною продукцією беремо до уваги індекс внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної продукції (індекс Грубеля-Ллойда). Зазначимо, що якщо країна займається імпортом та експортом, то завдяки розрахунку цього індексу можливо визначити, наскільки сильною є внутрішньогалузева торгівля певним товаром, чи перспективною в межах країни чи регіону є та чи інша сфера діяльності. Для початку сформовано статистичну базу у вигляді річних даних експорту та імпорту відповідної категорії товарів від 2006 року до 2021 року, вхідні дані наведені у таблиці 5.3.

Для подальшого дослідження часового ряду, що демонструє динаміку зміни рівня експорту та імпорту країн, необхідна перевірка на наявність аномальних викидів, які можуть спотворити результати оцінки індексів внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної продукції.

Таблиця 5.3

Обсяг експорту та імпорту фармацевтичної продукції України, Польщі та Молдови за 2006-2021 рр., млн дол. США

	Україна		Польща		Молдова	
	Імпорт	Експорт	Імпорт	Експорт	Імпорт	Експорт
2006	1384,8	92,5	3939,3	2715,1	301,9	601,6
2007	1931,3	129,4	4129,7	2795,3	281,2	810,2
2008	2433,3	151,1	4329,3	2875,4	263,3	801,7
2009	2130,3	150	4538,5	2955,5	248,3	570,8
2010	2475,1	198,8	5004,5	3050,6	216,7	560
2011	2879	195,1	5100,1	3108,7	218,9	705,6
2012	3308,5	243,5	5230,3	3260,4	220,6	740,1
2013	3100,8	251,5	5675,5	3207,7	257,5	900,8
2014	2473,3	255,6	5897,7	3560,8	263,4	723,9
2015	1367	155,4	5122,2	3200,4	192,3	470,9
2016	1607	184,2	5987,7	2800,5	211,6	325,4
2017	1767,5	192,1	6409,8	4300,5	222,4	1010,2
2018	1947	216,2	7504,4	3607	241,1	1478,8
2019	2142,4	251,1	6498,7	3988,8	241,3	1116,8
2020	2523,2	268,2	8503,2	4200,2	252,2	415,6
2021	3056,6	315,4	8300,1	3430,4	334,1	827,5

Джерело: сформовано за даними [220, 243, 244, 361, 440].

Для перевірки однорідності ряду використано метод Ірвіна, згідно якого необхідно розрахувати значення (5.1) та порівняти їх з критичним (критичне значення для вибірки, що має 16 спостережень дорівнює 1,3). Якщо відповідне значення перевищує критичне, то воно є аномальним викидом:

$$\lambda_t = \frac{|y_t - y_{t-1}|}{\sqrt{\frac{\sum_1^{16} (y_t - \bar{y})^2}{16}}} \quad (5.1)$$

де y_t – вхідне значення часового ряду обсягу імпорту / експорту фармацевтичної продукції, $t=2..16$, \bar{y} – середнє арифметичне всіх рівнів ряду досліджуваного показника.

Аналіз результатів проведення даного етапу дослідження свідчить про наявність аномальних викидів: Україна – експорт 2015 рік, імпорт – 2015 рік;

Польща – імпорту 2020 рік, експорту – 2017, 2018 і 2021 роки; Молдова – імпорту 2015, 2021 роки; експорту – 2017-2021 роки. Отже, щодо України, то для неї виявився аномальним 2015 рік, під час якого спостерігалось критично низьке значення за обома показниками. При чому до 2015 року обсяг імпорту мав тенденцію до зниження, а після 2015 року став стрімко зростати. Стосовно аномальних значень експорту та імпорту Польщі та Молдови, то можна прийти до висновку, що застосування методу Ірвіна є недоцільним і є необхідність звернутися до модифікованого методу Ірвіна (5.2), який враховує оцінку не за всією сукупністю, а лише за сусідніми спостереженнями.

$$\lambda_t = \frac{|y_t - y_{t-1}|}{\sqrt{\frac{\sum_1^{16} (y_{t-1} - \bar{y})^2 + (y_{t+1} - \bar{y})^2}{2}}} \quad (5.2)$$

де y_t – вхідне значення часового ряду обсягу імпорту/експорту фармацевтичної продукції, $t=2..15$, \bar{y} – середнє арифметичне попереднього та наступного рівня ряду досліджуваного показника.

Аналіз отриманих результатів застосування модифікованого методу Ірвіна, дав змогу виявити лише одне аномальне значення з усього вхідного масиву даних, а саме обсяг експортованої фармацевтичної продукції з Польщі у 2017 році. Для усунення точкового аномального рівня замінимо вхідне значення на середнє арифметичне попереднього та наступного рівнів ряду.

Для оцінки внутрішньогалузевої торгівлі, тобто торгівлі в межах однієї галузі між різними країнами скористаємось індексом Грубеля-Ллойда (5.3), який дасть можливість оцінити стан внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної продукції від 0% до 100%, де 0% буде відповідати відсутності такої торгівлі, а 100% – навпаки, активній торгівлі [469]. Розраховані значення індексу Грубеля-Ллойда для України, Польщі та Молдови з 2006 до 2021 рік містяться у таблиці 5.4.

$$\alpha = \frac{(e - i) - |e - i|}{e - i} \cdot 100\% \quad (5.3)$$

де e – експорт фармацевтичної галузі з досліджуваної країни, i – імпорт фармацевтичної галузі в досліджувану країну.

Таблиця 5.4

Індекс внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної продукції Грубеля-Ллойда для України, Польщі та Молдови

Рік	Україна	Польща	Молдова	Рік	Україна	Польща	Молдова
2006	12,52%	81,60%	66,84%	2014	18,73%	75,29%	53,36%
2007	12,56%	80,73%	51,52%	2015	20,42%	76,91%	57,99%
2008	11,69%	79,82%	49,44%	2016	20,57%	63,73%	78,81%
2009	13,16%	78,88%	60,63%	2017	19,61%	66,65%	36,09%
2010	14,87%	75,74%	55,80%	2018	19,99%	64,92%	28,04%
2011	12,69%	75,74%	47,36%	2019	20,98%	76,07%	35,53%
2012	13,71%	76,80%	45,92%	2020	19,22%	66,13%	75,53%
2013	15,00%	72,22%	44,46%	2021	18,71%	58,49%	57,52%

Джерело: розраховано авторкою.

Аналіз отриманих значень індексу внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної продукції дає змогу зробити висновки, що серед досліджуваних країн більший обсяг має Польща, що коливається від 58,5 % до 81,6 % та має незначну тенденцію до зниження. Середній рівень має Молдова: від 28 % до 78,8 % та має тенденцію до збільшення. Найменший обсяг внутрішньогалузевої торгівлі має Україна, що знаходиться в межах від 11,7 % до 21 % і має тенденцію до зростання.

Попередній аналіз розрахованих значень індексу внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної продукції України, Польщі та Молдови свідчить про існування коливань та дотримання загальної тенденції динаміки. Отже, доцільно застосувати частотний аналіз, а саме прогнозування за допомогою тренд-циклічного моделювання за допомогою розкладу у ряд Фур'є. Виявимо

трендову складову для кожному ряду за допомогою додавання лінії тренду (рисунок 5.3).

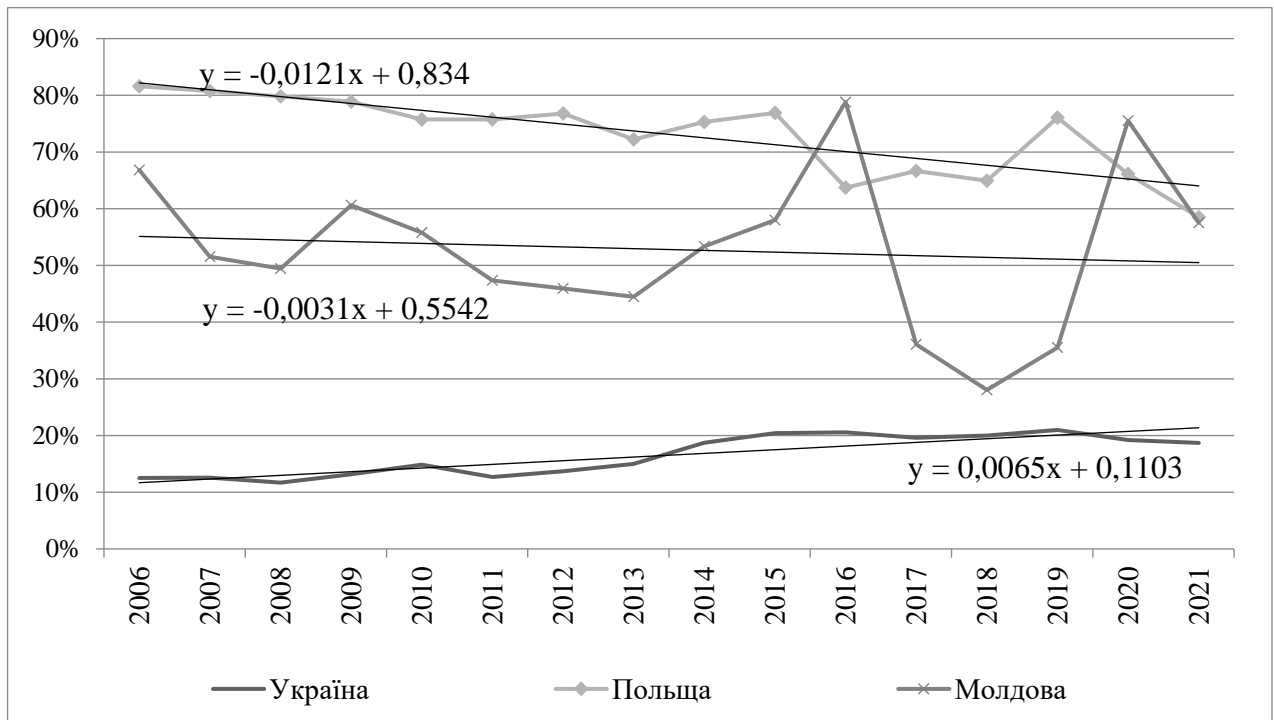


Рисунок 5.3 – Динаміка зміни індексу Грубеля-Ллойда внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної продукції для України, Польщі та Молдови

Джерело: побудовано авторкою.

Тренд відкоригував загальну тенденцію зміни індексу внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної продукції Грубеля-Ллойда: низхідну закономірність у Молдови та Польщі, зростаючу – в Україні. Наступним кроком декомпозиції часового ряду є видалення трендової складової та розклад динамічних даних у ряд Фур'є (5.4) – (5.6) за трьома найбільш значущими гармоніками: (n_1, n_2, n_3) за допомогою застосування швидкого перетворення Фур'є. Усього кількість гармонік для набору даних довжиною 16 рівнів буде дорівнювати 9, із яких за абсолютним значенням обрано лише 3 найбільш значущих, що найбільшою мірою відображають мінливість часового ряду.

$$c(t) = Am_1 \cos\left(\frac{2\pi t n_1}{16} - F_1\right) + Am_2 \cos\left(\frac{2\pi t n_2}{16} - F_2\right) + Am_3 \cos\left(\frac{2\pi t n_3}{16} - F_3\right) \quad (5.4)$$

$$Am_k = \frac{|n_k|}{e}, k = 1, 2, 3 \quad (5.5)$$

$$F_k = \arg(n_k), k = 1, 2, 3 \quad (5.6)$$

де n_k – k -та гармоніка, Am_k – амплітуда k -ї гармоніки, F_k – фаза k -ї гармоніки.

У результаті застосування частотного аналізу, а саме швидкого перетворення Фур'є та повернення до моделі трендової складової отримано результати щодо математичної моделі індексу внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичними товарами для України, Польщі та Молдови, що формалізовано формулами (5.7)-(5.9) відповідно. Прогнозовані результати наведено у таблиці 5.5.

$$y(t) = 0,0065t + 0,1223 + 0,008 \cos\left(\frac{\pi t}{8} + 2,29\right) + 0,01 \cos\left(\frac{\pi t}{4} + 1,38\right) \quad (5.7)$$

$$y(t) = -0,0121t + 0,817 + 0,054 \cos\left(\frac{\pi t}{4} - 0,27\right) + 0,098 \cos\left(\frac{3\pi t}{8} + 1,56\right) + 0,055 \cos(\pi t) \quad (5.8)$$

$$y(t) = -0,0031t + 0,5542 + 0,02 \cos\left(\frac{\pi t}{4} - 2,88\right) + 0,022 \cos\left(\frac{\pi t}{2} - 1,52\right) \quad (5.9)$$

Таблиця 5.5

Прогнозні значення індексу внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичними товарами для України, Польщі та Молдови

Рік	Україна	Польща	Молдова
2022	21%	61%	61%
2023	22%	63%	40%
2024	23%	62%	50%
2025	23%	58%	45%
2026	24%	57%	59%

Джерело: розраховано авторкою.

Емпіричні результати використання моделі прогнозування індексу внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичною продукцією для України, Польщі та Молдови засвідчили: 1) адекватність побудованої форсайт-моделі: розрахунковий критерій Фішера для України становить 13,6, Польщі – 16,9, Молдови – 26,6; 2) збільшення обсягу внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичною продукцією до 2026 року в Україні до рівня 24 %, у Польщі – зменшення обсягу з 61 % до 57 %, у Молдові – спад до 40 % у 2023 році з поступовим відновленням до 59 % у 2026 році. Результати розрахунків дозволили порівняти тенденції та атрактори розвитку ринку фармацевтичної продукції обраних країн дослідження, обґрунтувати необхідність для України нарощування рівня привабливості національної продукції здоров'я, імплементації стратегій зміцнення конкурентоспроможності, зростання обсягів виробництва інноваційної фармацевтичної продукції, формування умов для вільної конкуренції на національному ринку.

Для підтвердження якості побудованих моделей (5.7)-(5.9) було розраховано фактичне значення критерію Фішера, який при порівнянні з табличним (відповідне значення при 1 та 14 ступенів свободи на рівні значущості 0,05 дорівнює 4,6), дає змогу зробити висновки щодо адекватності побудованих моделей. Емпіричні значення критерію Фішера для моделей (5.7)-(5.9): 13,6; 16,9 та 26,6 відповідно, що перевищує критичне значення 4,6 та підтверджує адекватність побудованих моделей

5.3. Дорожня карта запровадження здорового розвитку національної економіки України

Ефективність управління закладами охорони здоров'я різними науковцями трактується диференційовано. Існують різноманітні за спрямуванням підходи до формування можливостей забезпечення налагодженої

та результативної роботи системи медико-соціального забезпечення в різних умовах функціонування та за різних обставин. Особливої актуальності набрали наукові праці, присвячені підвищенню ефективності роботи національної медичної системи в умовах COVID-19. Зокрема у [82] аналізують вплив ефективного управління знаннями, організаційним інтелектом на можливості реагування лікарень на спалахи COVID-19. Автори висунули низку гіпотез, які були перевірені за допомогою опитувальника медичного персоналу та з використанням методики PLS-SEM. Дослідженням було підтверджено гіпотезу стосовно того, що важливим елементом протидії пандемії є ефективне управління організаційними знаннями та продуктивністю роботи в медичній галузі. Науковці пропонують свою модель управління реакцією закладів системи охорони здоров'я на пандемію COVID-19. Основною метою статті [107] є визначення напрямків покращання діяльності національних закладів охорони здоров'я з пропозицією майбутніх змін після визначення сильних та слабких сторін роботи медичних клінік на основі аналізу думок їх пацієнтів. Значна увага в працях останніх років приділяється питанню впровадження підходів Індустрії 4.0 у системі медичного забезпечення країн світу. Дослідники у [305] пропонують власну проблемно-орієнтовану методологію з використання алгебраїчних операцій для визначення пріоритетності інтеграції технологій Індустрії 4.0 у медичних закладах. Запропонований метод спрямований на оцінку зрілості медичного закладу в цій сфері та можливостей вдосконалення в цій сфері. Цифровізація організацій охорони здоров'я вказується як елемент нарощення її потенціалу до забезпечення стану резильєнтності в умовах пандемічних викликів чи інших потрясінь у медичній сфері. У [38] наголошують, що за останні два десятиліття комп'ютеризована інформаційна система охорони здоров'я стала дуже важливим елементом управління в медичній галузі. Закономірно, що медичні установи приділяють більше уваги заміні традиційних підходів у менеджменті на ті, які дозволяють обробляти більші обсяги даних про пацієнтів, лікування, хвороби і т. д. Дане дослідження спрямоване на оцінювання організаційних бар'єрів у

впровадженні інформаційної системи охорони здоров'я на основі великих даних. Пропонована авторами модель може надати керівникам лікарень інформацію щодо прогнозів та наслідків, які сприятимуть усуненню таких бар'єрів при впровадженні інформаційної системи охорони здоров'я на основі великих даних у національні системи надання медичних послуг. У результаті такий підхід може забезпечити переваги для медичного закладу стосовно продуктивності його роботи, сформулювати ефективні стратегії вирішення проблем згідно пріоритетів. У [3] розкрито питання принципів сучасного управління в сфері охорони здоров'я зі зразками практичних стратегій. Проаналізовані ті методи управління, які негативно впливають на якість надання медичних послуг. Детально описано, як можливо змінити підхід до стратегічного управління в цій сфері через зміни в організації, масштабі та стилі управління. Низка праць підкреслюють, що система охорони здоров'я є тією галуззю, де доцільно використовувати концепцію маркетингу для підвищення ефективності управління. Так, у статті [72] досліджено особливості комунікаційної стратегії та побудови корпоративного бренду національної системи здорового розвитку. Значну частину наукових праць присвячено розробленню ключових показників ефективності моделей, які визначають результативність роботи закладів охорони здоров'я, зокрема у [149] така модель ґрунтується на ідентифікаторах мотивації медичного персоналу та конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я. Не вистачає комплексності вивчення в дослідженнях сучасних науковців основних параметрів, що визначають рівень ефективності державного управління в сфері охорони здоров'я та запровадження здорового розвитку національної економіки в різних вихідних умовах функціонування.

Необхідність побудови ефективної та резильєнтної до викликів зовнішнього середовища системи громадського здоров'я України сьогодні актуалізує питання розроблення комплексного плану дій та заходів, що можна об'єднати в рамках цілісної дорожньої карти запровадження здорового розвитку національної економіки. На законодавчому рівні введено поняття

громадського здоров'я як категорії, що описує становище країни в питаннях протидії захворюванням, зміцнення здоров'я, збільшення тривалості здорового життя населення. У питаннях управління сферою громадського здоров'я чітко розмежовані повноваження Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я та інших центральних державних органів влади, а також місцевих органів самоврядування. Передбачено формування інформаційного фонду громадського здоров'я як державного маркетингово-інформаційного ресурсу, у якому містяться дані про стан здоров'я населення та індикатори середовища життєдіяльності. Важливим є розвиток культури уникнення захворювань різної природи та культивування профілактики захворювань із переорієнтацією на профілактичну сферу системи охорони здоров'я, що дозволяє виявляти захворювання на ранніх стадіях та уникати більш серйозних наслідків хвороб для організму людини на подальших стадіях у разі вчасного виявлення. Такий шлях реформування системи громадського здоров'я відповідає кращим європейським практикам. Зокрема прикладом суттєвих трансформацій є система охорони здоров'я Данії, що є членом ЄС, яка має, на думку експертів, практично досконалу систему електронної охорони здоров'я з універсальним реєстраційним порталом з інформаційною базою для ефективної роботи лікарів та їх взаємодії з пацієнтами. При використанні цього електронного порталу кожна людина в Данії має можливість знайти інформацію про лікаря, його контактні дані, ознайомитися з вартістю лікування і навіть зі станом своїх рахунків за медичні послуги. Фахівцями цього ІТ-порталу розроблено спеціалізований довідник пацієнта, що має вигляд своєї енциклопедії захворювань за авторством фахівців відповідних медичних спеціальностей. Цінною особливістю системи охорони здоров'я Данії є розвиток прецизійної медицини, у яку кожного року інвестуються значні кошти країни. Перехід до цього виду медичного обслуговування відповідає принципу персоналізації комунікацій з клієнтом. У даному випадку розглядається індивідуалізована взаємодія між представником медичного персоналу та пацієнтом медичного закладу. Лікування підбирається під індивідуальні особливості кожного

пацієнта, таким чином досягається принцип точності в медицині, постановці діагнозу, підбору лікування, лікарських засобів тощо. У пандемічний період 2021 року Данським дослідницьким інститутом було проведене широкомасштабне дослідження громадян країни, які пройшли тестування на коронавірус для формування карти стану здоров'я нації у пандемічний та післяпандемічний періоди, що далі лягло в основу розроблення державної політики здорового розвитку національної економіки в постпандемічний період [424].

Прикладом країни, у якій в одній із перших запроваджено електронну медичну картку, є Естонія. Усі документи медичного характеру тут в обігу лише в електронному вигляді. За результатами не одного щорічного рейтингу інноваційних країн ЄС Естонія відноситься до категорії «помірних інноваторів». У 2018 році Естонію визнали найбільш «західною» серед пострадянських країн [362]. У рейтингу американських експертів держава набрала 93 бали із 100 можливих. При складанні цього рейтингу враховували політичну, економічну, юридичну та культурну ситуацію та спосіб життя населення. Фактично в Естонії панує епоха цифрового існування. Естонія є прикладом того, що може статися, якщо країна повністю відмовиться від аналогових систем і перейде в онлайн-режим. Онлайн-системи Естонії щорічно додають по 2 % до ВВП. Для прикладу, при народженні кожен громадянин отримує унікальний 11-значний номер – цифровий ідентифікатор, який необхідний практично в кожному аспекті повсякденного життя. У 2000 році у країні вийшов закон, який прирівняв цифрові підписи до рукописних. Уже в 2005 році естонці стали першою нацією, що змогла голосувати на виборах через Інтернет [415]. Довідки та рецепти від лікарів видаються в електронній формі. Закономірно, що цифрові трансформації Естонії в усіх аспектах суспільного життя зумовлюють те, що електронна медична платформа вбудована у загальнонаціональну систему електронного уряду, податкову систему, освітню сферу тощо. До адміністрування цієї системи залучений Центр інформаційних систем здоров'я та соціального забезпечення. Надійність

збереження медичної інформації забезпечується за допомогою технології блокчейн, за рахунок кодифікації персональних даних, високого рівня кіберзахисності.

У Німеччині у 2015 році прийнятий закон про електронну систему охорони здоров'я. Ним було затверджено поступову програму переходу на цифрові технології у медичній сфері. Основний акцент у розбудові системи охорони здоров'я країни за новим зразком був зроблений на вирішенні проблеми збереження здоров'я літніх людей, зменшенні захворюваності на хронічні хвороби, розвиток програм оздоровлення після перенесених захворювань.

Доречно зазначити, що глобальна тенденція до цифровізації системи охорони здоров'я стосується й України. Пріоритетним напрямом державної політики здорового розвитку національної економіки України є курс на цифрову трансформацію. Серйозним поштовхом до прискореного розвитку цього процесу стала світова пандемія коронавірусу, хоча фактично він стартував у 2016 році із запуску електронної системи охорони здоров'я «eHealth». Примітно, що електронна системи охорони здоров'я включає в себе різні галузі медичної сфери: медичну практику, менеджмент медичних закладів, медичне право, фармацевтичну галузь та інформаційні сервіси для населення.

Для визначення подальших напрямків модифікації механізму надання медичних послуг на національному рівні проаналізуємо причини та наслідки низького рівня доступності якісної медичної допомоги для всіх категорій населення (рисунок 5.4).

Виявлені проблеми та їх потенційні наслідки показують, що в медичній системі України є значний геп, що стосується забезпеченості профілактичної роботи зі стейкхолдерами національної економіки, цифрових особливостей взаємодії у системі охорони здоров'я (на сьогодні використовують хмарні технології, 5G технології, штучний інтелект тощо, які не завжди зрозумілі звичайному користувачу).

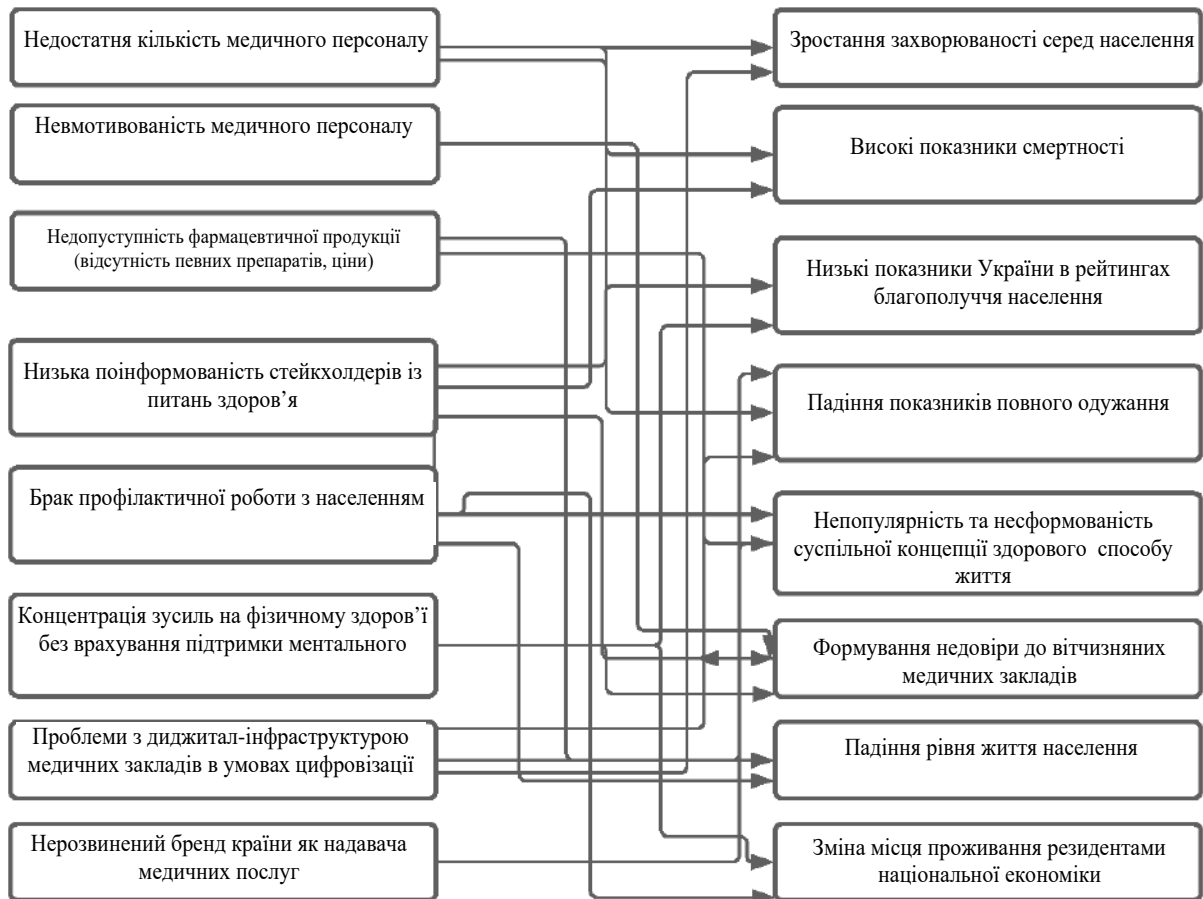


Рисунок 5.4 – Зв'язки між факторами та наслідками недостатнього рівня доступності медичних послуг серед населення України

Джерело: розроблено авторкою.

Серед заходів подолання прогалин у медичній системі та якості медичного обслуговування можна виокремити:

- запровадження механізму раціонального використання фінансових ресурсів системи охорони здоров'я;
- розроблення гнучкої системи управління якістю надання медичних послуг із урахуванням передового міжнародного досвіду;
- забезпечення пропорційної участі представників громадськості у визначенні заходів щодо реформування медичної системи;
- внесення змін щодо форм та методів мотивування медичного персоналу;

– розроблення системи моніторингу громадської думки щодо ефективності процесів реформування системи здорового розвитку національної економіки.

Дослідження показують, що в Україні населення готове до цифрових трансформацій для одержання медичних сервісів. Доцільно зазначити, що система «eHealth» об'єднує різні галузі охорони здоров'я – медичну практику, управління медичними закладами, медичне право, фармацевтику та інформаційні сервіси для пацієнтів. До складу цієї комплексної в своєму роді системи входить центральна база даних та низка електронних медичних інформаційних систем. До переваг цієї системи можна віднести спрощення роботи для медичного персоналу та фактичну автоматизацію їх рутинної роботи та завдань, які стоять перед ними. Лікар має більше часу на діагностування й лікування пацієнтів. Пацієнту також зручним є цей сервіс, оскільки він може дистанційно знайти необхідну для нього інформацію щодо розкладу роботи медичного персоналу, лікарняного закладу, побачити відгуки щодо якості лікування. При цьому необхідно зважати й на недоліки електронної системи охорони здоров'я, оскільки її функціонування значною мірою залежить від якості інтернет-з'єднання, роботи техніки, завантаженості системи. Проблемою також може бути нестача навичок роботи з системою як з боку персоналу медичних закладів, так і з боку звичайних користувачів [191]. Серед пріоритетних напрямів здорового розвитку, що визначені Міністерством охорони здоров'я України: подальший розвиток цифрової сфери надання медичних послуг, забезпечення наявності та якості продукції фармацевтичної галузі, промоція здорового способу життя, захист населення від захворювань інфекційної природи (постковідне відновлення) та протидія поширенню інших соціально небезпечних захворювань.

Узагальнення емпіричних розрахунків та результати бенчмаркінг-аналізу досвіду країн ЄС дозволили обґрунтувати дорожню карту забезпечення здорового розвитку національної економіки (таблиці 5.6 та 5.7).

Ідентифіковано, що основними компонентами даної карти є шість стратегічних напрямків політики, що визначені як життєво важливі для національної економіки та забезпечення високого рівня благополуччя населення: у сфері громадського здоров'я, у сфері надання медичних послуг, у сфері медичної освіти, фармацевтична, економічна та маркетингова. Дорожня карта здорового розвитку національної економіки допоможе представникам органів державної влади, громадянам та бізнесу дійти спільного бачення використання інструментів здорового розвитку національної економіки, залучити всіх ключових стейкхолдерів до ухвалення рішень, підтримки та налагодження міжсекторних відносин у системі здорового розвитку національної економіки.

Враховуючи діючі національні стратегії щодо векторів економічного та сталого розвитку й реформування медичної галузі визначено, що конститутивними індикаторами досягнення цілей політики в сфері здорового розвитку є підвищення тривалості життя населення та показника народжуваності, зменшення захворюваності на соціально небезпечні хвороби зі зростанням відсотка осіб, вакцинованих від хвороб, включених до національного Календаря щеплень, зменшення кількості випадків інвалідизації, підвищення позицій країни за рівнем розвитку здоров'я у світовому рейтингу Legatum Prosperity Index. До індикаторів реалізації цілей політики в сфері надання медичних послуг віднесено підвищення позицій серед країн світу за рівнем розвитку національної медицини, зростання відсотка покриття медичними послугами, зменшення кількості незадоволених осіб медичним обстеженням та доглядом; політики в сфері медичної освіти – підвищення конкурентоспроможності медичної освіти, підвищення імпаكتу медичних досліджень вітчизняних науковців та кадрового потенціалу науково-педагогічних працівників; фармацевтичної політики – збільшення обсягів експорту фармацевтичної галузі та забезпечення наявності критично необхідної фармацевтичної продукції; для економічної політики – підвищення обсягів фінансування системи здоров'я, збільшення фінансування фізичної культури та спорту, модернізація основних фондів медичних закладів та ін.

Таблиця 5.6

Дорожня карта здорового розвитку національної економіки в Україні
(напрями громадського здоров'я, надання медичних послуг та медичної освіти)

Стратегічний напрямок	ПОЛІТИКА У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	ПОЛІТИКА У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	ПОЛІТИКА У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
1	2	3	4
Основна мета	Підвищення рівня здоров'я населення та побудова резильентної до викликів системи громадського здоров'я	Покращання якості системи надання медичних послуг	Забезпечення високого рівня конкурентоспроможності національної системи медичної освіти та якості кадрового потенціалу працівників медичної сфери
Індикатори напрямку	<ul style="list-style-type: none"> - підвищувати тривалість життя населення, зокрема здорового, на 2 роки кожні 5 років реалізації дорожньої карти; - виконати Ціль № 3 Сталого розвитку (UN SDG) (зменшити захворюваність на СНІД, туберкульоз та інші соціально небезпечні хвороби; збільшити відсоток осіб, вакцинованих відповідно до віку від хвороб, що входять до Календаря щеплень в Україні, до 95 %); - підвищити показник народжуваності на 1 тис. осіб та зменшити показник смертності на 100 тис. осіб; - зменшити кількість випадків загальної інвалідизації; - підвищити позиції України за рівнем розвитку здоров'я в рейтингу Legatum Prosperity Index на 20 пунктів 	<ul style="list-style-type: none"> - увійти до 50 найкращих країн за рівнем розвитку медицини; - збільшити відсоток покриття медичними послугами; - зменшити кількість осіб, незадоволених медичним обстеженням та доглядом на 20 % від поточного рівня 	<ul style="list-style-type: none"> - підвищити конкурентоспроможність національної медичної освіти; - підвищити імпакт медичних досліджень вітчизняних науковців у світовій науці; - підвищити кадровий потенціал науково-педагогічних працівників медичних закладів вищої освіти (не менше ніж 60 % із сертифікатом володіння іноземною мовою на рівні B2, 100 % працівників із підвищенням кваліфікації за кордоном онлайн чи офлайн за 5 років)

Продовження таблиці 5.6

1	2	3	4
Пріоритетні кроки для досягнення цілей	<ul style="list-style-type: none"> • удосконалення надання первинної медичної допомоги та допомогою модернізації системи превентивної та профілактичної медицини; • фокусування на вчасному виявленні та обліку хворих на соціально небезпечні захворювання; • додержання холістичного принципу в лікуванні пацієнтів (зміцнення як фізичного, так і психічного здоров'я) 	<ul style="list-style-type: none"> • оптимізація мережі закладів охорони здоров'я з урахуванням зміни адміністративного устрою, міграційних процесів; • імплементація системи оцінювання якості медичних послуг у роботу електронної системи охорони здоров'я eHealth; • оптимізація системи акредитації медичних закладів; • підвищення ефективності системи епідемічного контролю (центри громадського здоров'я) 	<ul style="list-style-type: none"> • контроль якості підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я; • збільшення кількості освітніх програм із міжнародною акредитацією; • регулярний перегляд освітніх програм підготовки медичного персоналу під потреби ринку та системи охорони здоров'я; • підтримка функціонування університетських клінік у медичних ЗВО; • підвищення цифрової компетентності медичних працівників

Джерело: розроблено авторкою.

Таблиця 5.7

Дорожня карта здорового розвитку національної економіки в Україні
(напрями фармацевтичної політики, економічної та маркетингової політик)

Стратегічний напрямок	ФАРМАЦЕВТИЧНА ПОЛІТИКА	ЕКОНОМІЧНА ПОЛІТИКА	МАРКЕТИНГОВА ПОЛІТИКА
1	2	3	4
Основна мета	Зміцнення конкурентоспроможності національної фармацевтичної галузі на міжнародному ринку	Забезпечення достатнього обсягу фінансових ресурсів для підвищення рівня здорового розвитку національної економіки	Упровадження маркетингової стратегії здорового розвитку національної економіки з метою промоції та поширення принципів здорового способу життя

Продовження таблиці 5.7

1	2	3	4
Індикатори напрямку	<ul style="list-style-type: none"> - збільшити обсяги експорту фармацевтичної галузі національної економіки; - підвищити обсяги виробництва інноваційної фармацевтичної продукції в національній економіці; - досягти перманентної наявності критично необхідної фармацевтичної продукції в національній економіці; - сформувати передумови для вільної конкуренції на національному ринку фармацевтичної продукції 	<ul style="list-style-type: none"> - підвищити фінансування національної системи охорони здоров'я з бюджету до рівня не менше ніж 5 % ВВП; - збільшити фінансування фізичної культури та спорту до рівня не нижче ніж середній у країнах ЄС; - модернізувати основні фонди медичних закладів на 30 %; - досягти рівня витрат на надання медичних послуг не менше від мінімального рівня країн ЄС з розрахунку на одну особу; - збільшити відсоток населення, що користується мережею «Інтернет» до 90 %; - увійти 30 найкращих країн за індексом мережевої готовності 	<ul style="list-style-type: none"> - підвищити поінформованість про ключові аспекти здорового розвитку національної економіки; - сформувати національну ідентичність країни з високою якістю медичних послуг та продукції здорового сегмента; - збільшити вагу поінформованого населення про наслідки шкідливих звичок та здоровий спосіб життя; - збільшити довіру ЗМІ та онлайн-платформ у сфері охорони здоров'я
Пріоритетні кроки для досягнення цілей	<ul style="list-style-type: none"> • упровадження АСАА з ЄС; • створення системи цифрового моніторингу Державним експертним центром проведення клінічних випробувань нових фармацевтичних препаратів; • гармонізація законодавства у фармацевтичній галузі з провідними зарубіжними нормами й практиками 	<ul style="list-style-type: none"> • формування системи цільового фінансування пріоритетних напрямів розвитку системи охорони здоров'я; • забезпечення процесу цифровізації у сфері охорони здоров'я; • розроблення стратегії включення до міжнародного ланцюга створення доданої вартості в медичній сфері на засадах реалізації потенціалу здорового розвитку; • розвиток системи реімбурсації вартості лікування розширенням включених до переліку нозологій 	<ul style="list-style-type: none"> • реалізація просвітницьких та інформаційних кампаній із питань здорового способу життя й профілактики захворювань; • створення національної системи промоції бізнесу у сфері виробництва здорової продукції; • просування українського бренду як експортера товарів та послуг у сфері охорони здоров'я

Джерело: розроблено авторкою.

Реалізація маркетингової політики передбачає досягнення низки індикаторів комунікаційного спрямування: підвищення поінформованості стейкхолдерів здорового розвитку національної економіки про ключові аспекти цього процесу, формування національної ідентичності з високою якістю медичних послуг та продукції здорового сегменту, збільшення питомої ваги поінформованого населення про наслідки шкідливих звичок та переваги здорового способу життя, збільшення довіри до національних ЗМІ та онлайн-платформ сфери здоров'я через реалізацію просвітницьких та інформаційних кампаній із питань здорового способу життя та профілактики захворювань, створення національної системи промоції бізнесу в сфері виробництва здорової продукції, розроблення й просування українського бренду як експортера товарів і послуг сфери здоров'я. У підсумку таке врахування ключових маркетингових детермінант у системі державного управління дасть можливість забезпечити ефективний здоровий розвиток національної економіки.

Таким чином, узагальнюючи вище викладене, варто відмітити, що запровадження процесу здорового розвитку національної економіки має враховувати проблемні аспекти функціонування системи медико-соціального забезпечення населення за шістьма напрямками: громадського здоров'я, надання медичної допомоги, медичної освіти, фармацевтичної, економічної та маркетингової політик. Визначені конститутивні індикатори досягнення завдань реалізації кожної з політик за цими напрямками. Врахування пропозицій дорожньої карти щодо пріоритетних кроків для досягнення цілей дозволить досягнути помітних результатів для підвищення рівня здорового розвитку країни та її конкурентоспроможності. Необхідно також зауважити, що частина напрямків забезпечення здорового розвитку можливі до реалізації в умовах застосування концентричної концепції маркетингу здорового розвитку національної економіки, що переконливо підтверджує вагомість маркетингових детермінант у забезпеченні цього процесу.

Висновки до розділу 5

У даному розділі розроблено методологічний інструментарій до прогнозування зміни рівня внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної галузі національної економіки, поглиблено теоретичне підґрунтя формування дорожньої карти здорового розвитку національної економіки.

Визначені важелі державної політики здорового розвитку, які класифіковано за трьома групами: організаційні, економічні та маркетингово-інформаційні. Досліджено досвід охорони здоров'я зарубіжних країн для виявлення корисних інсайтів щодо можливостей упровадження здорового розвитку національної економіки. Обґрунтовано, що важливою передумовою забезпечення ефективності реалізації державної політики здорового розвитку є системність інформаційних повідомлень із питань здоров'я, орієнтованих на ключових стейкхолдерів. Процес реалізації маркетингової політики в системі здорового розвитку національної економіки запропоновано в чотири взаємопов'язані етапи: ініціювання засад політики з уточненням основних напрямів маркетингової діяльності, аудиту інструментів інформаційного характеру, що використовують для виявлених проблемних питань промоції здорового підходу в розвитку національної економіки; безпосередня реалізація політики та аналіз її результативності на проміжних етапах реалізації; оцінювання політики на кінцевому етапі реалізації

Запропонований науково-методологічний підхід включає п'ять етапів: формування статистичної бази дослідження, перевірку параметрів дослідження на наявність аномальних викидів за допомогою методу Ірвіна, додаткова перевірка параметрів дослідження за допомогою модифікованого методу Ірвіна, здійснення розрахунку індексу внутрішньогалузевої торгівлі методом Грубеля-Ллойда, вилучення трендової складової та розклад динамічних рядів у ряд Фур'є за трьома найбільш значущими гармоніками з формалізацією математичних моделей індексу внутрішньогалузевої торгівлі у фармацевтичній галузі.

У результаті прогнозування індексу внутрішньогалузевої торгівлі продукцією фармацевтичної галузі для трьох країн (України, Польщі та Молдови) виявлено такі тенденції: зростання обсягу внутрішньогалузевої торгівлі такою продукцією у середньостроковій перспективі до 24 % в Україні, зменшення у Польщі – до 57 %, спад у Молдові – до 40 % у 2023 році з відновленням попередніх обсягів до майже 60 % у середньостроковій перспективі. Це дало можливість конкретизувати атрактори та їх пріоритетність для розвитку ринку фармацевтичної продукції України.

Обґрунтована необхідність побудови резильєнтної до викликів зовнішнього середовища системи охорони здоров'я України, що має включати комплекс планованих дій та заходів. Формалізовані пріоритетні напрями здорового розвитку національної економіки, серед яких подальша цифровізація сфери надання медичних послуг, забезпечення якості та доступності продукції фармацевтичної галузі, промоція та адвокація здоров'я, профілактика захворювань. Результати аналізу поточного стану медичної галузі дозволили визначити слабкі місця національного здорового розвитку та сформували передумови та основи дорожньої карти запровадження цього процесу. Визначені стратегічні напрями здорового розвитку національної економіки: політика в сфері громадського здоров'я, у сфері надання медичних послуг, медичної освіти, маркетингова, економічна та фармацевтична політики. Визначені ключові індикатори досягнення цілей та пріоритетні кроки для виконання поточних та перспективних завдань. Реалізація кроків запропонованої дорожньої карти, зокрема з урахуванням принципів концентричної моделі маркетингу, має на меті у кінцевому підсумку підвищити рівень здорового розвитку національної економіки та, як результат, її конкурентоспроможності.

Основні положення п'ятого розділу дисертаційної роботи опубліковано авторкою в працях [178, 195, 198, 400, 411, 415].

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і вирішення важливої наукової проблеми, що виявляється в розвитку відомих і розробленні нових теоретико-методологічних підходів до забезпечення здорового розвитку національної економіки з урахуванням системоутворювальних детермінант у системі державного управління. За результатами дисертаційного дослідження зроблено такі висновки:

1. Результати метааналізу, проведеного з використанням програмного забезпечення VOSViewer v.1.6.18, дозволили в хронологічному вимірі визначити п'ять етапів трансформації теорії здорового розвитку національної економіки, що опосередковують перехід від аналізу ендогенних факторів розвитку національної економіки (2012-2014 рр.), інноваційних детермінант економічного зростання (2014-2016 рр.), детермінант сталого розвитку (2016-2018 рр.), інклюзії (2018-2020 рр.) до вивчення ролі факторів здоров'я в підвищенні конкурентоспроможності національної економіки (з 2020 року).

2. Усі підходи до оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки можна розділити на чотири групи залежно від набору показників та інструментарію їх зведення: рейтингово-статичний (визначення позиції країни за рівнем здорового розвитку національної економіки виходячи з її рангу в світових чи національних рейтингах); таргетовано-еталонний (порівняння фактичних та цільових значень показників відповідно до таргетів стратегії розвитку національної економіки); індикаторно-аналітичний (аналіз тенденцій та змін показників за визначений період за допомогою графічних, матричних чи табличних форм візуалізації результатів); компонентно-ентропійний (аналіз окремих показників з інтеграцією в загальну оцінку з використанням коефіцієнтів важливості).

3. Результати оцінювання рівня здорового розвитку України із застосуванням компонентно-ентропійного підходу засвідчили, що за період 2015-2019 рр. найкращі позиції Україна мала в 2019 році (0,591). З 2020-

2021 рр. відбулося зниження рівня здорового розвитку до 0,571 та 0,478 відповідно. Ця тенденція обумовлена негативним впливом пандемії COVID-19 на розвиток національної економіки. Під час розроблення таргетів здорового розвитку в Україні необхідно враховувати, що індикатори демографічної (коефіцієнт важливості – 0,223) та поведінкової (коефіцієнт важливості – 0,314) складових мають найбільший вплив на результуючий показник рівня здорового розвитку національної економіки.

4. Обґрунтовано, що рівень здорового розвитку регіонів є тригером підвищення здорового розвитку національної економіки. Здійснена кластеризація регіонів за їх рівнем здорового розвитку показала наявність чотирьох груп кластерів: регіони-лідери (частка цих регіонів у загальній вибірці склала 13,64 %, вони характеризуються високим ступенем розвитку демографічної та медичної складових), з високим рівнем здорового розвитку (частка цих регіонів у загальній вибірці – 40,91 %, для них властивий високий ступінь розвитку медичної та інклюзивної складових), із середнім рівнем здорового розвитку (частка цих регіонів у загальній вибірці становить 18,18 %, вони мають високі значення поведінкової складової, але з середніми позиціями за іншими складовими), регіони-аутсайтери (частка цих регіонів у загальній вибірці склала 27,27 %, вони мають низькі значення за всіма складовими, крім превентивної).

5. Підтверджено наявність зв'язку між рівнем здорового розвитку регіонів та їх конкурентоспроможністю з використанням інструментарію ANOVA-тестування. Визначено, що зростання рівня здорового розвитку регіону підвищує ймовірність підвищення рівня його конкурентоспроможності на 0,177 для групи регіонів з високим рівнем здорового розвитку; на 0,199 – для регіонів з середнім рівнем здорового розвитку; на 0,225 – для аутсайдерів. Обґрунтовано доцільність розроблення програм промоції здорового способу життя у рамках формування регіональної політики забезпечення здорового розвитку національної економіки.

6. Дієвість державної політики здорового розвитку національної економіки визначається ефективністю моделі медико-соціального забезпечення населення. Запропонований інструментарій оцінювання ефективності національних моделей медико-соціального забезпечення дозволив обґрунтувати резерви (кількість лікарів, сила впливу – 8,4; коефіцієнт рівномірності розподілу доходів, сила впливу – 46,5; витрати на соціальний захист, сила впливу – 25,8) та потенціал розвитку національної моделі медико-соціального забезпечення (витрати на охорону здоров'я; сила впливу – 19,7; витрати на фінансування фізичної культури та спорту, сила впливу – 116,8; кількість вакцинованого населення від COVID-19, сила впливу – 5,9; відсоток осіб, що палять, сила впливу – 8,4, рейтинг країни за рівнем розвитку медичної системи, сила впливу – 23,4; рейтинг країни за рівнем розвитку інформаційних послуг, сила впливу – 18,3).

7. Визначено, що в період дії дестабілізуючого фактору – пандемії коронавірусу, кількість причинно-наслідкових зв'язків між параметрами медичного та соціального спрямування зросла порівняно з допандемічним періодом. За допомогою каузального моделювання та побудови когнітивних карт встановлено появу сильних та помірних зв'язків під час пандемії COVID-19 у ланцюгах «очікувана тривалість життя – коефіцієнт Джині» (0,74), «імунізація – коефіцієнт Джині» (0,57), «загальні витрати на охорону здоров'я – рівень чистої міграції» (0,76), «імунізація – рівень чистої міграції» (0,69).

8. Доведено, що патерни поведінки населення впливають на резильєнтність сфери охорони здоров'я НЕ до дестабілізуючих факторів. Виділено релевантні параметри, що істотно впливають на резильєнтність сфери охорони здоров'я НЕ: споживання молока та молочних продуктів на одну особу (значення лямбди Уїлкса – 0,529); кількість осіб, які займаються фізичною культурою та спортом (значення лямбди Уїлкса – 0,456), споживання плодів, ягід та винограду на одну особу (0,445), частка осіб віком від 18 років з ожирінням (0,468). Одержані результати можуть бути використані урядом під

час вибору напрямів маркетингових каналів комунікацій із населенням для промоції здорового способу життя.

9. Залежно від цілей та ефекту впровадження виокремлено такі маркетингові підходи з урахуванням основних етапів розвитку концепції здорового розвитку національної економіки: комерційний маркетинг, маркетинг інновацій, зелений маркетинг, соціально відповідальний маркетинг, маркетинг здорового розвитку національної економіки. Обґрунтовано доцільність використання концентричної моделі маркетингу, визначено її ключові принципи, стратегії, інструменти взаємодії (коінтеграція традиційних та інноваційно-цифрових комунікаційних каналів) зі стейкхолдерами здорового розвитку національної економіки різних кластерів.

10. За результатами селекції моделей поведінки споживачів у сегменті здорової продукції виявлено диференційовану специфіку процесу ухвалення рішення про придбання таких продуктів з боку різних груп споживачів. На основі поєднання трьох критеріальних ознак, які відображають стимули ухвалення рішень про купівлю товару в сегменті здорової продукції, виокремлено вісім моделей поведінки споживачів. Це дозволило підтвердити, що оптимальним інструментом комунікації зі стейкхолдерами здорового розвитку національної економіки є вебресурси сфери здоров'я.

11. У контексті підвищення рівня якості залучення цільової аудиторії національними вебресурсами в сфері охорони здоров'я необхідним є врахування технічного, та ергономічного векторів, а також якості їх контенту. На основі результатів апробації науково-методологічного підходу визначено низьку комунікативну спрямованість та персоніфікацію наявного контенту національних вебресурсів у сфері охорони здоров'я. Це підтвердило необхідність трансформації маркетингових підходів комунікації зі стейкхолдерами на основі принципів конвергентності, емоційного відгуку та мотивування користувачів до взаємодії.

12. Для підвищення точності прогнозу зміни обсягів внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичною продукцією України, Польщі та

Молдови до 2026 року запропонований науково-методологічний підхід на основі тренд-циклічного моделювання. Це дозволило обґрунтувати атрактори та їх пріоритетність для розвитку національного ринку фармацевтичної продукції з метою підвищення обсягу внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичною продукцією до 24 % у 2026 році.

13. На основі аналізу діючого нормативно-правового забезпечення розвитку національної економіки та реформ медичної галузі розроблено дорожню карту забезпечення здорового розвитку національної економіки, яка враховує комплекс цілей, індикаторів та кроків по їх досягненню. Визначено та описано основні політики в сфері громадського здоров'я, надання медичних послуг, медичної освіти, а також фармацевтичну, економічну та маркетингову політики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 2022 Eurobarometer on Sport and Physical Activity reveals that 45 % of Europeans never exercise or play sport. URL : <https://www.europeactive.eu/news/2022-eurobarometer-sport-and-physical-activity-reveals-45-europeans-never-exercise-or-play> (дата звернення: 19.05.2023 р.).
2. 28 млн в YouTube, 10 млн у TikTok: як війна змінила українські соцмережі. URL : <https://ain.ua/2022/08/06/yak-vijna-zminylo-soczmerezhi/#:~:text=Серед%2076,6%%20громадян%20 України,Facebook%20–15,45%20млн> (дата звернення: 14.05.2023 р.).
3. Adinolfi P., Borgonovi E. *The myths of health care: towards new models of leadership and management in the healthcare sector*. 2018, 272 p. DOI: 10.1007/978-3-319-53600-2.
4. Alfano V., Ercolano S. Stay at home! Governance quality and effectiveness of lockdown. *Social Indicators Research*. 2022. № 159. P. 101–123.
5. Alfaro M., Munoz-Godoy D., Vargas M., Fuertes G., Duran C. et al. National health systems and COVID-19 death toll doubling time. *Frontiers in Public Health*. 2021. № 9. 669038.
6. Alla K., Hall W. D., Whiteford H. A., Head B. W., Meurk C. S. How do we define the policy impact of public health research? A systematic review. *Health Research Policy and Systems*. 2017. № 15. 84. DOI 10.1186/s12961-017-0247-z.
7. Allam A., Schulz P. J., Krauthammer M. Toward automated assessment of health Web page quality using DISCERN instrument. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2017. Vol. 24 (3). P. 481–487.
8. Allen P., Pilar M., Walsh-Bailey C. et al. Quantitative measures of health policy implementation determinants and outcomes: a systematic review. *Implementation Science*. 2020. № 15. 47. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01007-w>.
9. Altman D. G. *Practical statistics for medical research*, Chapman & Hall, London, 1991.

10. Andreasen A. R. Challenges for the science and practice of social marketing. *Social Marketing: Theoretical and Practical Perspectives*. 2018. P. 3–19. DOI: 10.4324/9781315805795-1.
11. Anker T. B. The liberating power of commercial marketing. *Journal of Business Ethics*. 2009. № 93. P. 519–530.
12. Assefa Y., Gilks C. F., Reid S., van de Pas R., Gete D. G., van Damme W. Analysis of the COVID-19 pandemic: lessons towards a more effective response to public health emergencies. *Globalization and Health*. 2022. № 18. P. 10.
13. Availability of doctors. URL : <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/1d767767-en/index.html?itemId=/content/component/1d767767-en> (дата звернення: 27.05.2023 р.).
14. Availability of nurses. URL : <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/85ef89b8-en/index.html?itemId=/content/component/85ef89b8-en> (дата звернення: 27.05.2023 р.).
15. Ayati N., Saiyarsarai P., Nikfar S. Short and long term impacts of COVID-19 on the pharmaceutical sector. *DARU J Pharm Sci*. 2020. Vol. 28. P. 799–805.
16. Baldwin R. E., Freeman R. Trade conflict in the age of COVID-19. URL : <https://european.economicblogs.org/voxeu/2020/freeman-trade-conflict-age-covid-19> (дата звернення: 16.06.2023 р.).
17. Barbier E. B., Burgess J. C. The sustainable development goals and the systems approach to sustainability. *Economics*. № 11. P. 1–22.
18. Barlow P., van Schalkwyk M. C., McKee M., Labonte R., Stuckler D. COVID-19 and the collapse of global trade: Building an effective public health response. *The Lancet Planetary Health*. 2021. Vol. 5, No. 2. P. e102–e107.
19. Barua S. Understanding Coronavirus: the economic implications of the coronavirus (COVID-19) pandemic. URL : https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3566477 (дата звернення: 16.06.2023 р.).

20. Basboga K. The role of open borders and cross-border cooperation in regional growth across Europe. *Regional Studies, Regional Science*. 2020. № 7 (1), P. 532–549.
21. Batzilis D. The political determinants of government spending allocation and growth. *Research in Economics*. 2020. № 74 (3). P. 213–220.
22. BCG. Immunization coverage estimates by country. URL : <https://apps.who.int/gho/data/view.main.80500?lang=en> (дата звернення: 29.06.2023 р.).
23. Bekö J., Jagrič T., Fister D., Brown Ch., Beznec P., Kluge H., Boyce T. The economic effects of health care systems on national economies: an input-output analysis of Slovenia. *Applied Economics*. 2019. № 51. P. 4116–4126.
24. Bevan G., Helderman J.-K., Wilsford D. Changing choices in health care: Implications for equity, efficiency and cost. *Health Economics, Policy and Law* 2010. № 5 (3). P. 251–267.
25. Bhargava A., Jamison D. T., Lau L. J., Murray C. J. L. Modeling the effects of health on economic growth. *Journal of Health Economics*. 2001. № 20(3). P. 423–440.
26. Bilan Y., Vasilyeva T., Lyulyov O., Pimonenko T. EU vector of Ukraine development: linking between macroeconomic stability and social progress. *International Journal of Business & Society*. 2019. № 20 (2). P. 433–450.
27. Bondarenko A., Zakharkina L., Syhyda L., Saher L. The economic and marketing attractiveness of countries: Measurement and positioning in terms of economic security. *International Journal of Sustainable Development and Planning*. 2020. № 15 (4). P. 439–449.
28. Borg E. A., Ljungbo K. International market-oriented strategies for medical tourism destinations. *International Journal of Market Research*. 2018. № 60 (6). <https://doi.org/10.1177/1470785318770134>.
29. Borio C. The COVID-19 economic crisis: dangerously unique. *Business Economics*. 2020. № 55. P. 181–190.

30. Broadbent P., Thomson R., Kopasker D., McCartney G., Meier P., Richiardi M., McKee M., Katikireddi S. V. The public health implications of the cost-of-living crisis: Outlining mechanisms and modelling consequences. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2023. Vol. 27. 100585.

31. Broman G. I., Robèrt K.-H. A framework for strategic sustainable development. *Journal of Cleaner Production*. 2017. № 140. P. 17–31.

32. Bryant T., Raphael D. The modern welfare state and the post-pandemic world. *Post-Pandemic Welfare and Social Work: Re-imagining the New Normal*. Routledge, 2023. P. 28–38.

33. Calvano J. D., Fundingsland E. L., Lai D., Silacci S., Raja A. S., He Sh. Applying website rankings to digital health centers in the United States to assess public engagement: website usability study. *JMIR Human Factors*. 2021. Vol. 8 (1). e20721.

34. Casais B., Proenca J. The use of positive and negative appeals in social advertising: a content analysis of television ads for preventing HIV/AIDS. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*. 2022. № 19 (3). P. 623–647.

35. Censolo R., Morelli M. COVID-19 and the potential consequences for social stability. *Peace Economics, Peace Science and Public Policy*. 2020. № 26 (3). <https://doi.org/10.1515/peps-2020-0045>.

36. Ceylan R. F., Ozkan B., Mulazimogullari E. Historical evidence for economic effects of COVID-19. *European Journal of Health Economics*. 2020. Vol. 21, No. 6. P. 817–823.

37. Charnock D., Shepperd Ch., Needham G., Gann R. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *J Epidemiol Community Health*. 1999. Vol. 53. P. 105–111.

38. Chen P.-T., Lin Ch.-Li, Wu W.-N. Big dat management in healthcare: adoption challenges and implications. *International Journal of Information Management*. 2020. № 53. 102078. DOI: 10.1016/j.ijinfomgt.2020.102078.

39. Chen S., Kuhn M., Prettner K., Bloom D., Wang Ch. Macro-level efficiency of health expenditure: Estimates for 15 major economies. *Social Science and Medicine*. 2021. № 287. 114270.

40. Chiplunkar S. et al. Adaptation of pharmaceutical marketing and drug promotion practices in times of pandemic COVID-19. *International Journal of Health & Allied Sciences*. 2020. Vol. 9, No. 5. P. 11.

41. Chughtai S., Blanchet K. Systems thinking in public health: a bibliographic contribution to a meta-narrative review. *Health Policy Plan*. 2017. № 32 (4). P. 585-594.

42. Chyzhykov H. How changing the behavior of Ukrainians can make the country richer. URL : <https://www.epravda.com.ua/rus/columns/2021/09/16/677896/> (дата звернення: 25.10.2022 р.).

43. Circulatory diseases killed more than COVID-19 in 2020. URL : <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20230307-3> (дата звернення: 29.06.2023 р.).

44. Closing sixty-ninth session, General Assembly President, Secretary-general hail 2030 Agenda as ‘Crowning’ feat amid bold efforts to tackle broad concerns. URL : <https://press.un.org/en/2015/ga11680.doc.htm> (дата звернення: 12.02.2022 р.).

45. Coccia M. Preparedness of countries to face COVID-19 pandemic crisis: Strategic positioning and factors supporting effective strategies of prevention of pandemic threats. *Environmental Research*. 2022. № 203. 111678. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111678>.

46. Connell J. COVID-19 in the Pacific territories: Isolation, borders and the complexities of governance. *Asia and the Pacific Policy Studies*. 2022. Vol. 9, No. 3. P. 394–407.

47. Consumption of fisheries and aquaculture products. URL : https://oceans-and-fisheries.ec.europa.eu/facts-and-figures/facts-and-figures-common-fisheries-policy/consumption_en (дата звернення: 18.05.2023 р.).

48. Consumption of food products. URL : <https://www.csb.gov.lv/en/statistics/statistics-by-theme/social-conditions/household-budget/key-indicator/consumption-food-products> (дата звернення: 17.10.2022 р.).

49. Cooper W. Which countries have the worst healthcare in the world in 2023? URL : <https://www.william-russell.com/blog/countries-worlds-worst-healthcare/> (дата звернення: 08.06.2023 р.).

50. Coronavirus infection COVID-19. URL : <https://news.google.com/covid19/map?hl=ru&mid=%2Fm%2F07t21&gl=UA&ceid=UA%3Aru> (дата звернення: 12.03.2023 р.).

51. Countries with the highest share of domestic government health expenditure in 2019. URL : <https://www.statista.com/statistics/281589/countries-with-highest-health-expenditure-as-a-percent-of-gdp/> (дата звернення: 26.06.2023 р.).

52. COVID-19 coronavirus pandemic. URL : <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (дата звернення: 25.06.2023 р.).

53. COVID-19's impact on Ireland. URL : <https://borgenproject.org/covid-19s-impact-on-ireland/> (дата звернення: 11.01.2022 р.).

54. Cristea M.-A. FDI fell by 42% in 2020. What's next in 2021? URL : <https://business-review.eu/investments/fdi-fell-by-42-in-2020-whats-next-in-2021-216936> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

55. Dairy industry in Europe – statistics & facts. URL : <https://www.statista.com/topics/3955/dairy-industry-in-europe/#topicOverview> (дата звернення: 18.02.2023 р.).

56. Dann D. Redefining social marketing with contemporary commercial marketing definitions. *Journal of Business Research*. 2010. № 63 (2). P. 147–153.

57. Dash P., Dorling G., Linzer K., Ramdorai A., Remes J., Rutter K.-A., Singhal Sh. How prioritizing health could help rebuild economies. URL : <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/how-prioritizing-health-could-help-rebuild-economies>.

58. De Beule F., Klein M., Verwaal E. Institutional quality and inclusive strategies at the base of the pyramid. *Journal of World Business*. 2020. Vol. 55, No. 5. 101066.

59. Deloitte. Споживацькі настрої українців у 2020 році. URL : <https://www2.deloitte.com/ua/uk/pages/press-room/press-release/2021/2020-consumer-behavior-in-ukraine.html> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

60. Dennis R. Beyond policy analysis: the raw politics behind opposition to healthy public policy. *Health Promotion International*. 2015. Vol. 30, Issue 2. P. 380–396.

61. Di Fabio A., Peiro J. M. Human capital sustainability leadership to promote sustainable development and healthy organizations: A new scale. *Sustainability*. 2018. Vol. 10, No. 7. 2413.

62. di Mauro B.W. (eds.). Macroeconomics of the flu. Economics in the Time of COVID-19. 2020. A VoxEU.org Book, Centre for Economic Policy Research, London. URL : <https://voxeu.org/system/files/epublication/COVID19.pdf> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

63. Diab A., Metwally A. B. M. Institutional complexity and CSR practices: Evidence from a developing country. *Journal of Accounting in Emerging Economies*. 2020. Vol. 10, No. 4. P. 655–680.

64. Diez Roux A. V. On the distinction – or lack of distinction – between population health and public health. *Am J Public Health*. 2016. № 106. P. 619–620.

65. Domestic general government health expenditure per capita. URL : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD> (дата звернення: 15.06.2023 р.).

66. Dryhurst S., Schneider C. R., Kerr J., Freeman A. L. J., Recchia G., van der Bles A. M., Spiegelhalter D., van der Linden S. Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*. 2020. № 23 (7–8). P. 994–1006.

67. Dutta M. J. Culture-centered approach to communicating health and development: Communication, social justice, and social change. *The Handbook of*

Global Interventions in Communication Theory / Eds. Miike Y., Yin J. Routledge. 2022. P. 440–455.

68. Dutta M. J. Pandemic communication as transformation. *Journal of Applied Communication Research*. Vol. 50, No. 6. P. 593–594.

69. Dutta M. J., Rahman Md. M. The city eats the worker: Migrant negotiations of COVID-19 and resistance amidst the COVID-19 crisis. *Consumption Markets and Culture*. 2023. Vol. 26, No. 3. P. 194–209.

70. Economic decline index – country ranking. URL : https://www.theglobaleconomy.com/rankings/economic_decline_index/ (дата звернення: 11.01.2022 р.).

71. Ek S. Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. *Health Promotion International*. 2015. Vol. 30, Iss. 3. P. 736–745.

72. Esposito A. Hospital branding in Italy: a pilot study based on the case method. *Health Marketing Quarterly*. 2017. № 34 (1). P. 35–47.

73. EU Regional Competitiveness Index. URL : https://ec.europa.eu/regional_policy/information-sources/maps/regional-competitiveness_en (дата звернення: 18.03.2023 р.).

74. Eurostat. URL : <https://ec.europa.eu/eurostat> (дата звернення: 12.02.2022 р.).

75. Eurostat. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat> (дата звернення: 12.05.2023 р.).

76. Evans R. G., Stoddart G. L. Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*. 1990. № 31 (12). P. 1347–1363.

77. Fahy N., Hervey T., Dayan M., Flear M., Galsworthy M., Greer S., Jarman H., McCarey M., McKee M., Wood M. *Health Economics, Policy and Law*. 2022. Vol. 17, No. 4. P. 471–496.

78. Feldman M. P. The character of innovative places: Entrepreneurial strategy, economic development, and prosperity. *Small Business Economics*. 2014. № 43 (1). P. 9–20.

79. Felin T., Zenger T. R. Closed or open innovation? Problem solving and the governance choice. *Research Policy*. 2014. № 43. P. 914–925.

80. Fetzner T., Hensel L., Hermle J., Roth C. Coronavirus perceptions and economic anxiety. *The Review of Economics and Statistics*. 2020. https://doi.org/10.1162/rest_a_00946.

81. Fitzgibbons J., Mitchell C. Just urban futures? Exploring equity in “100 resilient cities”. *World Development*. 2019. Vol. 122. P. 648–659.

82. Fonseca G. L., Penalver A. J. B., Anunciacao P.F. Effective hospital response to covid-19: evidence from social healthcare organizations in Brazil and Portugal. *CIRIEC-Espana Revista de Economia Publica, Social y Cooperativa*. 2022. № 104. P. 267–301.

83. Fornaro L., Wolf M. Covid-19 Coronavirus and macroeconomic policy. Working Paper, Centre de Recerca en Economia Internacional (CREi). 2020. URL: <http://www.crei.cat/wp-content/uploads/2020/03/C19-1.pdf> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

84. Frankovic I., Kuhn M. Health insurance, endogenous medical progress, health expenditure growth, and welfare. *Journal of Health Economics*. 2023. Vol. 87. 102717.

85. Franzini L., Giannoni, M. (2010). Determinants of health disparities between Italian regions. *BMC Public Health*. 2010. № 10. 296.

86. Freeman T., Fran B., Connie M., Flavel J., McKee M. et al. Illustrating the impact of commercial determinants of health on the global COVID-19 pandemic: Thematic analysis of 16 country case studies. *Health Policy*. 2023. № 134. 104860.

87. Galasso V., Pons V., Profeta P., Foucault M. Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: Panel evidence from eight countries. *PNAS*. 2020. № 117 (44). P. 27285–27291.

88. Gavurova B., Kocisova K., Sopko J. Health system efficiency in OECD countries: Dynamic network DEA approach. *Health Econ. Rev.* 2021, № 11. P. 1–25.

89. Gerdtham U.-G., Löthgren M. New panel results on cointegration of international health expenditure and GDP. *Applied Economics*. 2002. № 34. P. 1679–1686.

90. Ghezzi A., Mangiaracina R., Perego A. Shaping the e-commerce logistics strategy: A decision framework. *International Journal of Engineering Business Management*. 2012. <https://doi.org/10.5772/51647>.

91. Giuntella O., Hyde K., Saccardo S., Sadoff S. Lifestyle and mental health disruptions during COVID-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, PNAS March 2*. 2021. № 118 (9). e2016632118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2016632118>.

92. Glinka P., Hesse I., Jänchen T., Starke M. Prosperous cities, remote regions? Empirical study on economic and tax power. URL : <https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2019/heft/10/beitrag/prosperierende-staedte-abgehaengte-regionen-empirische-untersuchung-zu-wirtschafts-und-steuerkraft.html> (дата звернення: 29.06.2023 р.).

93. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. URL : <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930977-6> (дата звернення: 27.06.2023 р.).

94. Global economic effects of COVID-19. URL : <https://sgp.fas.org/crs/row/R46270.pdf> (дата звернення: 05.01.2022 р.).

95. Glovo запустив послуги, доступні на всій території України. URL : <https://biz.nv.ua/ukr/markets/glovo-teper-pracyuye-na-vsiy-teritoriji-ukrajini-novini-ukrajini-50226989.html> (дата звернення: 14.05.2023 р.).
96. Golfajn I. Are currency crises predictable? *European Economic Review*. 1998. P. 39.
97. Gori L., Mammanna C., Manfredi P., Michetti E. Economic development with deadly communicable diseases and public prevention. *Journal of Public Economic Theory*. 2022. Vol. 24, No. 5. P. 912–943.
98. Gori L., Sodini M. A contribution to the theory of fertility and economic development. *Macroeconomic Dynamics*. 2021. Vol. 25, No. 3. P. 753–775.
99. Government at Glance 2021. URL : <https://www.oecd.org/gov/government-at-a-glance22214399.htm> (дата звернення: 10.01.2022 р.).
100. Grandy G., Cukier W., Gagnon S. (In)visibility in the margins: COVID-19, women entrepreneurs and the need for inclusive recovery. *Gender in Management*. 2020. Vol. 35, No. 7-8. P. 667–675.
101. Gray N. J., Klein J. D., Noyce P. R., Sesselberg T. S., Cantrill J. A. Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. *Social Science & Medicine*. 2005. № 60. P. 1467–1478.
102. Gupta D. An empirical study of predictive model for website quality analytics using dataset of different domains of websites. *Recent Advances in Computer Science and Communications*. 2021. Vol. 14(4). P. 995–1007.
103. Gusmano M. K., Weisz D., Rodwin V. G., Lang J., Qian M., Bocquier A., Moysan V., Verger P. Disparities in access to health care in three French regions. *Health Policy*. 2014. № 114 (1). P. 31–40.
104. Haar J. M., Russo M., Suñe A., Ollier-Malaterre A. Outcomes of work-life balance on job satisfaction, life satisfaction and mental health: A study across seven cultures. *Journal of Vocational Behavior*. 2014. Vol. 85, No. 3. P. 361–373.
105. Hallegatte S. Economic Resilience: Definition and Measurement : Policy Research Working Paper No. 6852. World Bank Group Open Knowledge Repository.

URL : <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/18341> (дата звернення: 04.10.2022 р.).

106. Hambleton R. The new civic leadership: Place and the co-creation of public innovation. *Public Money and Management*. 2019. Vol. 39, No. 4. P. 271–279.

107. Hampel K. D. Patients' assessment of medical services quality – a determinant of changes in medical entity management on the example of Poland. *Journal of Organizational Change Management*. 2021. № 34 (7). P. 1270–1284.

108. Hanefeld J., Lunt N., Smith R., Horsfall D. Why do medical tourists travel to where they do? The role of networks in determining medical travel. *Social Science & Medicine*. 2015. № 124. P. 356–363.

109. Hassan A., Kotval-K Z. Framework for measuring urban sustainability in an emerging region: The city of Duhok as a case study. *Sustainability*. 2019. № 11. <https://doi.org/10.3390/su11195402>.

110. Health and health systems ranking of European countries in 2013, by health index score. URL : <https://www.statista.com/statistics/1376355/health-index-of-countries-in-europe/> (дата звернення: 25.06.2023 р.).

111. Health at a Glance: Europe 2022. State of health in the EU cycle. URL : https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en#page1 (дата звернення: 12.02.2023 р.).

112. Healthcare prices – Country ranking. URL : https://www.theglobaleconomy.com/rankings/healthcare_prices_wb/ (дата звернення: 27.06.2023 р.).

113. Health-for-all policy for the 21st century. World Health Organization Regional Office for Europe. URL : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf (дата звернення: 26.06.2023 р.).

114. Healthiest Countries 2023. URL : <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/healthiest-countries> (дата звернення: 26.06.2023 р.).

115. Healthiest places to live 2022. URL : <https://www.money.co.uk/mortgages/healthiest-places> (дата звернення: 26.06.2023 р.).

116. Healthy Regions. URL : <http://www.healthyregions.eu/> (дата звернення: 03.10.2021 р.).

117. Hertzman C., Frank J. W., Evans R. G. Heterogeneities in health status and the determinants of population health. *Why Are Some People Healthy and Others Not? Hawthorne*. New York, 1994. P. 67–92.

118. Herzer D. The long-run relationship between trade and population health: evidence from five decades. *The World Economy*. 2016 doi: 10.1111/twec.12419.

119. Hjemdal O., Friborg O., Stiles T. C., Martinussen M., Rosenvinge J. H. A new scale for adolescent resilience: Grasping the central protective resources behind healthy development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. Vol. 39, No. 2. P. 84–96.

120. Hospital beds and discharges. URL : <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/518727bb-en/index.html?itemId=/content/component/518727bb-en> (дата звернення: 27.05.2023 р.).

121. House J. S. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of Health and Social Behavior*. 2001. Vol. 43. P. 125–142.

122. How COVID-19 is affecting companies around the world. URL : <https://www.worldbank.org/en/news/infographic/2021/02/17/how-covid-19is-affecting-companies-around-the-world> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

123. How COVID-19 is changing the world: a statistical perspective. URL : <https://unstats.un.org/unsd/ccsa/documents/covid19-report-ccsa.pdf> (дата звернення: 10.01.2022 р.).

124. How have the preferences and interests of Ukrainians in the media changed after the 2019 elections? and the beginning of the COVID-19 pandemic. URL : <https://razumkov.org.ua/napriamky/sotsiologichni-doslidzhennia/yak->

zminyls-upodobannia-ta-interesy-ukraintsiv-do-zasobiv-masovoi-informatsii-pisliavyboriv-2019r-ta-pochatku-pandemii-covid19-serpen-2020r (дата звернення: 18.08.2022 р.).

125. Hudson R. The costs of globalization: Producing new forms of risk to health and well-being. *Risk Manag.* 2009. № 11. P. 13–29.

126. Human Development Report. URL : <http://hdr.undp.org/> (дата звернення: 17.10.2022 р.).

127. Humphries N., Creese J., Byrne J.-P., Connell J. COVID-19 and doctor emigration: the case of Ireland. *Human Resources for Health.* 2021. Vol. 19, No. 1. 29.

128. Husain L., Bloom G. Understanding China's growing involvement in global health and managing processes of change. *Globalization and Health.* 2020. Vol. 16, No. 1. 39.

129. Husain L., Bloom G., Xiao Y. Building policy capacity for managing rapid, complex change in China's health system. *Policy and Society.* 2022. Vol. 42, Issue 1. P. 28–48.

130. Ibn-Mohammed T., Mustapha K. B., Godsell J., Adamu Z., Babatunde K. A., Akintade D. D., Acquaye A., Fujii H., Ndiaye M. M., Yamoah F. A., Koh S. C. L. A critical review of the impacts of COVID-19 on the global economy and ecosystems and opportunities for circular economy strategies. *Resources, Conservation and Recycling.* 2021. Vol. 164. 105169.

131. Ignatyevs S. et al. Engagement of regional stakeholders in territory marketing of Latvian regions. *Journal of Advanced Research in Law and Economics.* 2018. Volume IX, Fall. № 6(36). P. 1972–1985.

132. Ignatyevs S., Diegtiar O., Osypenko K., Gaponiuk O., Omelchenko V., Cherkasov A. Engagement of regional stakeholders in territory marketing of Latvian regions. *Journal of Advanced Research in Law and Economics.* 2019. № 9 (6). P. 1972–1985.

133. Internet usage in the European Union. URL : <https://www.internetworldstats.com/stats9.htm> (дата звернення: 27.05.2023 р.).

134. Italy loses almost one million jobs in a year to the coronavirus crisis. URL : <https://www.thelocal.it/20210406/italy-loses-almost-one-million-jobs-in-a-year-to-the-coronavirus-crisis> (дата звернення: 11.01.2022 р.).

135. Jagric T., Grbenic S.O., Jagric V. What drives the healthcare sector's economic impact? Evidence from European countries. *International Journal of Health Governance*. 2022. Vol. 27 (1). P. 41–53.

136. Jakubowska A., Horváthová Z. Economic growth and health: a comparative study of the EU countries. *Economics and Sociology*. 2016. Vol. 9 (3). P. 158–168.

137. Johns Hopkins. University of Medicine. Mortality analyses. URL : <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

138. Junk food companies' advertising budget is 27 times bigger than cash the government uses to promote healthy eating. URL : <https://www.dailymail.co.uk/health/article-4968306/Junk-food-ads-spend-27-times-health-scheme.html> (дата звернення: 14.06.2023 р.).

139. Kadar B., Reicher R. Zs. Innovations in health care management: the effect of the pandemic on the labour market change. *Marketing and Management of Innovations*. 2020. № 4. P. 120–130.

140. Kaicker J., Debono V. B., Dang W., Buckley N., Thabane L. Assessment of the quality and variability of health information on chronic pain websites using the DISCERN instrument. *BMC Medicine*. 2010. Vol. 8. 59.

141. Kalkanci B., Rahmani M., Toktay L. B. The role of inclusive innovation in promoting social sustainability. *Production and Operations Management*. 2019. Vol. 28. No. 12. P. 2960–2982.

142. Kelly N. E. W., Murray K. E., McCarthy C., O'Shea D. B. An objective analysis of quality and readability of online information on COVID-19. *Nature Public Health Emergency Collection*. 2021. Vol. 1–7.

143. Kennedy A. M., Parsons A. Macro-social marketing and social engineering: a systems approach. *Journal of Social Marketing*. 2012. № 2 (1). P. 37–51.

144. Khan M. M. R., Basak K. Shifts in pharma-marketing trends in post COVID-19 era. *International Journal of Multidisciplinary: Applied Business and Education Research*. 2021. Vol. 2(2). P. 108–114.

145. Kindig D., Stoddart G. What is population health? *Am J Public Health*. 2003. № 93 (3). P. 380–383.

146. Klapkiv Yu., Vovk V., Klapriv L. Comparative analysis of the health care institutions' competitiveness level. *Montenegrin Journal of Economics*. 2020. № 16 (3). P. 69–82.

147. Kolk A. The social responsibility of international business: From ethics and the environment to CSR and sustainable development. *Journal of World Business*. 2016. № 51 (1). P. 23–34.

148. Koshkalda I., Bezuhla L., Nihatova O. Ilchenko T. The role of organic brand in the development of farmers association: Evidence from Ukraine. *Advanced Trends in ICT for Innovative Business Management*. CRC Press, 2021. URL : <https://www.routledge.com/Advanced-Trends-in-ICT-for-Innovative-Business-Management/Szymczyk-Emary/p/book/9780367460624> (дата звернення: 17.10.2022 р.).

149. Kotenko S., Kobushko I., Heiets I., Rusanov O. KPI model impact on employee motivation and competitiveness of private healthcare facilities. *Health Economics and Management Review*. 2021. № 2 (2). P. 31–42.

150. Kotler Ph., Kartajaya H., Setiawan I. *Marketing 4.0: Moving from Traditional to Digital*. John Wiley & Sons, 2016.

151. Koumpouros Y., Toulis T. L., Koumpouros N. The importance of patient engagement and the use of social media marketing in healthcare. *Technology and Health Care*. 2015. № 23 (4). P. 495–507.

152. Kraft M. H. G. The role of health promotion in management development. A systematic review of training concepts in an organizational context. *Business Ethics and Leadership*. 2021. № 5 (1). P. 89–97.

153. Kuc-Czarnecka M. COVID-19 and digital deprivation in Poland. *Oeconomia Copernicana*. 2020. № 11 (3). P. 415–431.

154. Kumari R., Sharma A. K. Long-term relationship between population health, FDI and economic growth: new empirical evidence. *International Journal of Business and Globalisation*. 2018. № 20(3). P. 371–393.

155. Kuzior A., Kashcha M., Kuzmenko O., Lyeonov S., Brozek P. Public health system economic efficiency and COVID-19 resilience: Frontier DEA analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022. № 19. 14727.

156. Kuzior A., Kashcha M., Kuzmenko O., Lyeonov S., Brozek P. Public health system economic efficiency and COVID-19 resilience: Frontier DEA analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. № 19 (22). 14727.

157. Kuzior A., Krawczyk D., Brożek P., Pakhnenko O., Vasylieva T., Lyeonov S. Resilience of smart cities to the consequences of the COVID-19 pandemic in the context of sustainable development. *Sustainability*. 2022. № 14. 12645.

158. Kuzmenko O. V., Kashcha M. O., Marchenko R. V. Structural modelling of the relationship between the vulnerability of Ukrainian regions to COVID-19, environmental status and factors of readiness of the medical system. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Economics"*. 2021. № 8 (2). P. 123–130.

159. Kuzmenko O., Vasylieva T., Vojtovic S., Chygryn O., Snieska V. Why do regions differ in vulnerability to Covid-19? Spatial nonlinear modeling of social and economic patterns. *Economics and Sociology*. 2020. № 13(4). P. 318–340.

160. Kyriakopoulos K., Hughes M., Hughes P. The role of marketing resources in radical innovation activity: Antecedents and payoffs. *Journal of Product Innovation Management*. 2016. № 33 (4). P. 398–417.

161. Labonte R. A post-covid economy for health: From the great reset to build back differently. *The BMJ*. 2022. Vol. 376. e068126.

162. Labonte R. Ensuring global health equity in a post-pandemic economy. *International Journal of Health Policy and Management*. 2022. Vol. 11, No. 8. P. 1246–1250.

163. Landis J. R., Koch G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977. № 33. P. 159–174.

164. Lashitew A. A., Bals L., van Tulder R. Inclusive business at the base of the pyramid: The role of embeddedness for enabling social innovations. *Journal of Business Ethics*. 2020. № 162. P. 421–448.

165. Last J.M. A dictionary of public health. New York, 2007.

166. Leach M., MacGregor H., Scoones Ia., Wilkinson A. Post-pandemic transformations: how and why COVID-19 requires to rethink development. *World Development*. 2021. Vol. 138. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105233>.

167. Leading obstacles to getting or staying healthy in the United States in 2013, 2014 and 2016. URL : <https://www.statista.com/statistics/620764/obstacles-to-being-healthy-in-us/> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

168. Lee K. Globalisation: what is and how does it effect health? *Med J*. 2004. № 180 (4). P. 156–158.

169. Lengyel I. The pyramid-model: Enhancing regional competitiveness in Hungary. *Acta Oeconomica*. 2004. Vol. 54, No. 3. P. 323–342.

170. Lenton T. M., Boulton C. A., Scheffer M. Resilience of countries to COVID-19 correlated with trust. *Sci Rep*. 2022. № 12. 75. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03358-w>.

171. Letunovska N. Challenges for the health components of a region in the context of globalization. *Socio-economic challenges* : Proceedings of the

International Scientific and Practical Conference, November 3-4, 2020. Sumy: Sumy State University, 2020. P. 312–316.

172. Letunovska N. Energy-efficiency of the EU countries: on the way to a healthy region. *Circular and carbon-free economy: road map for harmonizing national and European standards for energy market* / edited by T. Pimonenko, O. Lyulyov, N. Letunovska : monograph. Szczecin : Centre of Sociological Research, 2021. P. 45–83.

173. Letunovska N. Ye. Marketing innovations in the tourism product of the sphere of health and treatment. *Маркетинг XXI століття : виклики змін* : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 8-10 жовтня 2020 р. Харків: ХДУХТ. С. 142–143.

174. Letunovska N. Ye., Kazymirova V. O. Using marketing techniques to promote healthy lifestyle among various segments of people. *Інфраструктура ринку*. 2023. № 72. URL : http://www.market-infr.od.ua/journals/2023/72_2023/10.pdf (дата звернення: 01.07.2023 р.).

175. Letunovska N. Ye., Nazarenko A. P. Medical content marketing for promotion healthcare services in a region. *Економічний розвиток держави, регіонів і підприємств: проблеми та перспективи* : матеріали IV Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції молодих учених, 28-29 квітня 2021 р. Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2022. С. 114–116.

176. Letunovska N. Ye. Feedback from customers of healthy products: strategy of marketing actions in the offline and online environment. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі*. 2021. № 1 (102). С. 82–89.

177. Letunovska N., Abazov R., Chen Y. Framing a regional spatial development perspective: the relation between health and regional performance. *Virtual Economics*. 2022. № 5 (4). P. 87–99.

178. Letunovska N., Boliukh V. Countries' vulnerability to COVID-19 depending on the health behaviour patterns of the population. *Health Economics and Management Research*. 2023. № 1. P. 103–112.

179. Letunovska N., Demchyshak N., Minchenko M., Kriskova P., Kashcha M., Volk A. Management of country's social brand under conditions of uncertainty in the health domain. *Marketing and Management of Innovations*. 2023. № 14 (2). P. 10–18.

180. Letunovska N., Kashcha M., Dluhopolskyi O., Lyeonov S., Artyukhova N., Gasior M., Sak-Skowron M. Health risks and country sustainability: the impact of the COVID-19 pandemic with determining cause-and-effect relationships and their transformations. *Sustainability*. 2023. № 15 (1). 222.

181. Letunovska N., Khomenko L., Saher L., Jasniewski A. Segmentation as a base for digital marketing strategies in blood service: A cluster analysis for classifying healthy regional subjects. *E3S Web Conf. International interdisciplinary Scientific Conference «Digitalisation and Sustainability for Development Management: Economic, Social, and Ecological Aspects»*, 2021. 03001.

182. Letunovska N., Kobushko Ia., Khrystii V. Basic determinants of effective health institutions management as an element of social and medical provision in a region. *Управління змінами та інновації*. 2022. № 3. P. 33–38.

183. Letunovska N., Koroshchenko V. Marketing innovations in the activities of medical institutions under the influence of COVID-19. *Цифрові трансформації та інноваційні технології в економіці: виклики, реалії, стратегії* : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 17–19 червня 2022 р. Суми : Сумський державний університет, 2022. С. 29–30.

184. Letunovska N., Koroshchenko V. The impact of the COVID-19 on the marketing activities of medical institutions. *Економіка та суспільство* . 2022. № 40. URL : <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1519> (дата звернення: 15.06.2023 р.).

185. Letunovska N., Kuzmenko O., Lyeonov S., Kashcha M., Strielkowski W. Impact of COVID-19 on the national development of countries: Implications for the public health. *PLoS ONE*. 2023. № 18 (3 March). e0277166.

186. Letunovska N., Kwilinski A., Dzwigol H., Lyulyov O., Pimonenko T. Sustainable tourism for the green economy. *Virtual Economics*. 2021. № 4 (4). P. 33–51.

187. Letunovska N., Lyulyov O., Pimonenko T., Stoyanets N. Sustainable development of agricultural sector: democratic profile impact among developing countries. *Research in World Economy*. 2019. № 10 (4). P. 97–105.

188. Letunovska N., Offei F.A. Influence of ICT on effectiveness of inventory control in the public sector on the way to healthy green development in conditions of uncertainty. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2022. № 1. P. 49–57.

189. Letunovska N., Rosokhata A., Jasniewski A., Moiseienko D. Marketing services MIX for healthy territories: Europe – Ukraine features. *Економічний простір*. 2020. № 162. P. 13–19.

190. Letunovska N., Rosokhata A., Saher L. Population health as a determinant of the level of regional development: examples of marketing programs to support a healthy lifestyle. *National health as a determinant of sustainable development of society* (Editors: N. Dubrovina, S. Filip) : monograph. School of Economics and Management in Public Administration in Bratislava, 2021. P. 527–539.

191. Letunovska N. Non-governmental organizations in the system of formation of a healthy region. *Проблеми третього сектора та соціально-орієнтованої економіки в Україні і світі* : збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної онлайн-конференції 30 березня 2021 року. Полтава, ПДАА, 2021. С. 60–62.

192. Letunovska N., Rosokhata A., Saher L., Lazorenko V. Health threats in the European region and their economic impact: lessons for Ukraine. *Economics and Region*. 2020. № 3 (78). P. 70–77.

193. Letunovska N., Saher L. Compatibility between the concepts of healthy region and regional health: comparison of values in Ukraine and other countries of the European region. *Innovation, Social and Economic Challenges* : Proceedings of

the International Scientific Online Conference, December 1–3, 2020). Sumy: Sumy State University, 2020. P. 33–34.

194. Letunovska N., Khomenko L., Lyulyov O. et al. *Marketing in Digital Environment : textbook ; ed. By N. Letunovska, L. Khomenko. Sumy : Sumy State University, 2023. 269 p.*

195. Letunovska N., Vasiliev Yu., Syhyda L., Tambovceva T., Khaba A., Honcharova K. Health care in rural areas in Ukraine: current business processes and prospects. *Health Economics and Management Review*. 2021. № 2 (3). P. 113–123.

196. Letunovska N., Vasilyeva T., Kuzmenko O., Kuryłowicz M. Neural network modeling of the economic and social development trajectory transformation due to quarantine restrictions during COVID-19. *Economics and Sociology*. 2021. № 14 (2). P. 313–330.

197. Letunovska N., Vasilyeva T., Lyeonov S. *Modeling and forecasting the impact of the COVID-19 pandemic on socio-economic development*. Poland: Centre of Sociological Research, 2020. 145 p.

198. Letunovska N., Voda H., Kadurina S., Tsunenکو S. Peculiarities of innovations implementation on the Ukrainian brand example. *Галицький економічний вісник*. 2020. № 2 (63). P. 45–55.

199. Letunovska N., Yashkina O., Saher L., Alkhashrami F. A., Nikitin Yu. Analysis of the model of consumer behavior in the healthy products segment as a perspective for the inclusive marketing development *Marketing and Management of Innovations*. 2021. № 4. P. 20–35.

200. Letunovska N., Zakharchenko V. Innovative marketing tools for prevention threats in the health sector. *Socio-economic challenges : proceedings of the International Scientific and Practical Conference, November 14-15, 2022*. Sumy : Sumy State University, 2022. P. 164–168.

201. Letunovska N., Kwilinski A., Kaminska B. Scientific research in the health tourism market: a systematic literature review. *Health Economics and Management Review*. 2020. № 1. P. 8–19.

202. Lewis A. Health as a social concept. *The British Journal of Sociology*. 1953. Vol. 4, No. 2 (June). P. 109–124.
203. Lhuillery S. Marketing and persistent innovation success. *Economics of Innovation and New Technology*. 2014. № 23 (5–6). P. 517–543.
204. Licsandru T. C., Cui Ch. Ch. Subjective social inclusion: A conceptual critique for socially inclusive marketing. *Journal of Business Research*. 2018. Vol. 82. P. 330–339.
205. Lifestyle among patients with infectious diseases in selected countries as of 2019. URL : <https://www.statista.com/statistics/418352/lifestyle-habits-among-infectious-diseases-patients-by-country/> (дата звернення: 12.05.2023 р.).
206. Liu Yu., Segev S., Villar M. E. Comparing two mechanisms for green consumption: Cognitive-affect behavior vs theory of reasoned action. *Journal of Consumer Marketing*. 2017. № 34 (5). P. 442–454.
207. Local consumer review survey 2023. URL : <https://www.brightlocal.com/research/local-consumer-review-survey/> (дата звернення: 12.06.2023 р.).
208. Lyeonov S., Bilan S., Yarovenko H., Ostasz G., Kolotilina O. Country's health profile: Social, economic, behavioral and healthcare determinants. *Economics and Sociology*. 2021. № 14 (3). P. 322–340.
209. Makkonen H. S., Johnston W. J. Innovation adoption and diffusion in business-to-business marketing. *Journal of Business and Industrial Marketing*. 2014. № 29 (4). P. 324–331.
210. Makris A., Kapetanaki A. Practice-based social marketing to improve well-being for people with intellectual disabilities. *Journal of Marketing Management*. 2022. № 38 (11-12). P. 1178–1202.
211. Markowicz I., Rudawska I. Struggling with COVID-19 – a framework for assessing health system performance. *Sustainability*. 2021. № 13. 11146. <https://doi.org/10.3390/su132011146>.

212. Martin R. Cambridge Econometrics. A study on the factors of regional competitiveness. A draft final report for the European Commission DG Regional Policy, 2003.

213. Mazari F. A. Kh., Holt S., Azmy I. A. The impact of «Be Clear on Cancer» campaign on breast care services provided by a specialist oncoplastic unit – A retrospective case control study. *International Journal of Surgery*. 2017. Vol. 47. P. 54–60.

214. McKinnon R. A., Siddiqi S. M., Chaloupka F. J., Mancino L., Prasad K.. Obesity-related policy environmental interventions: A systematic review of economic analyses. *American Journal of Preventive Medicine*. 2016. № 50 (4). P. 543–549.

215. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. URL : <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930750-9> (дата звернення: 27.06.2023 р.).

216. Medvedyuk S., Ali A., Raphael D. Ideology, obesity and the social determinants of health: a critical analysis of the obesity and health relationship. *Critical Public Health*. 2018. Vol. 28, No. 5. P. 573–585.

217. Melin H., Laurinkari H., Tukiainen T. How can online platforms contribute to smarter and more prosperous regions in Europe? *Technology Innovation Management Review*. 2016. № 6 (12). P. 61–66.

218. Michaelidou N., Reynolds N., Greenacre L., Hassan L. M., Newton J. D., Newton F. J. et al. A cross-nationally validated decision-making model of environmental coaction. *International Marketing Review*. 2015. Vol. 32, No. 3/4, P. 350–365.

219. Mofijur M., Rizwanul Fattah I. M., Asraful Alam Md., Saiful Islam A. B. M., Chyuan Ong Hwai, Ashrafur Rahman S. M., Najafi G., Ahmed S. F., Alhaz Uddin Md., Mahlia T. M. I. Impact of COVID-19 on the social, economic, environmental and energy domains: Lessons learnt from a global

pandemic. *Sustainable Production and Consumption*. 2021. № 26.
<https://doi.org/10.1016/j.spc.2020.10.016>.

220. Moldova exports (imports): medicinal and pharmaceutical product.
URL : <https://www.ceicdata.com/en/indicator/moldova/exports-medicinal-and-pharmaceutical-product> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

221. Mortality from cancer. Health at Glance: Europe 2022. URL :
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_68cf8742-en (дата звернення: 29.06.2023 р.).

222. Most important problem facing the world as of May 2023. URL :
<https://www.statista.com/statistics/946266/most-worrying-topics-worldwide/> (дата звернення: 25.06.2023 р.).

223. Moynihan R., Sanders Sh., Michaleff Z. A., Scott A. M., Clark J., To E. J., Jones M. et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *Health Services Research*. 2020. № 11 (3).
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045343>.

224. Mrabet S., Benachenhou S. M., Khalil A. Measuring the effect of healthcare service quality dimensions on patient's satisfaction in the algerian private sector. *SocioEconomic Challenges*. 2022. № 6 (1). P. 100–112.

225. Murray C. J., Lopez A. D. Measuring the global burden of disease. *New England Journal of Medicine*. 2013. № 369 (5). P. 448–457.

226. Neftci S. Economic time series asymmetric over the business cycle. *Journal of Political Economy*. 1984. № 92. P. 307–328.

227. Nesporkova R., Sidor J. Comparison of countries by the systems of health insurance. *Journal of Applied Economic Sciences*. 2015. № 10 (2). P. 301–310.

228. Network Readiness Index. URL : <https://networkreadinessindex.org/> (дата звернення: 25.06.2023 р.).

229. New Cohesion Policy. URL : https://ec.europa.eu/regional_policy/2021-2027_en (дата звернення: 12.06.2023 р.).

230. New members lag behind on competitiveness. URL : <https://www.euractiv.com/section/innovation-industry/news/new-members-lag-behind-on-competitiveness/> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

231. Novotný J., Stančíak J., Ďurišová E. Drogová závislosť, rizikové faktory vedúce k recidíve a prevencia. *Logos polytechnicos, Jihlava: Vysoká škola polytechnická*. 2014. № 5 (2). P. 17–36.

232. OECD Regional Statistics. URL : https://www.oecd-ilibrary.org/urban-rural-and-regional-development/data/oecd-regional-statistics/regional-well-being_data-00707-en (дата звернення: 12.06.2023 р.).

233. Onel N. Pro-environmental purchasing behavior of consumers: The role of norms. *Social Marketing Quarterly*. 2017. № 23 (2). P. 103–121.

234. Over half of adults in the EU are overweight. URL : <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210721-2> (дата звернення: 19.05.2023 р.).

235. Owen A. L., Pereira J. M. Bank concentration, competition, and financial inclusion. *Review of Development Finance*. 2018. Vol. 8. No. 1. P. 1–17.

236. Pascual-Saez M., Cantarero-Prieto D., Castañeda D. Public health expenditure, GDP and the elderly population: a comparative study. *International Journal of Social Economics*. 2017. Vol. 44 No. 10. P. 1390–1400.

237. Pelone F., de Belvis A. G., Volpe M., Ricciardi W. Is there a relationship between health care models and their performance assessment? The results of an extensive review. *Italian Journal of Public Health*. 2008. № 5 (2). P. 102–106.

238. Percentage of people worldwide who would like to know more about medicine, disease or health as of 2018, by region and gender. URL : <https://www.statista.com/statistics/1049456/share-of-people-worldwide-seeking-health-information-by-region-and-gender/> (дата звернення: 12.06.2023 р.).

239. Pereira M. A., Marques R. C. The ‘Sustainable Health Index’: What if public health and sustainable development are compatible? *World Development*. 2022. № 149, 105708. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2021.105708>.

240. Physicians (per 1,000 people). URL : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS> (дата звернення: 27.06.2023 р.).

241. Pimonenko T., Lyulyov O., Chygryn O., Palienko M. (2018). Environmental Performance Index: relation between social and economic welfare of the countries. *Environmental Economics*. 2018. № 9(3). P. 1–11.

242. Poczeta K., Kubu E., Yastrebov A. Analysis of an evolutionary algorithm for complex fuzzy cognitive map learning based on graph theory metrics and output concepts. *Biosystems*. 2019. № 179. P. 39–47.

243. Poland exports of pharmaceutical products. URL : <https://tradingeconomics.com/poland/exports/pharmaceutical-products> (дата звернення: 16.06.2023 р.)

244. Poland imports of pharmaceutical products. URL : <https://tradingeconomics.com/poland/imports/pharmaceutical-products> (дата звернення: 16.06.2023 р.)

245. Porter Diamond Model: What it is and how it works. URL : <https://www.investopedia.com/terms/p/porter-diamond.asp> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

246. Portillo I. A., Johnson C. V., Johnson S. Y. Quality evaluation of consumer health information websites found on Google using DISCERN, CRAAP, and HONcode. *Medical Reference Services Quarterly*. 2021, Vol. 40 (4). P. 396–407.

247. Public knowledge of stroke as an emergency. URL : <https://strokeeurope.eu/index/stroke-as-a-medical-emergency/3-1-public-knowledge-of-stroke-as-an-emergency/> (дата звернення: 27.05.2023 р.).

248. PWC. Підготовка до роботи з новим поколінням споживачів уже сьогодні: майбутнє споживчих ринків. URL : <https://www.pwc.com/ua/uk/survey/2021/future-of-consumer-markets-ukr.pdf> (дата звернення: 29.11.2022 р.).

249. Quality of life rating among chronic pain sufferers before and during the COVID-19 pandemic in Europe. URL : <https://www.statista.com/statistics/1256163/chronic-pain-sufferers-quality-of-life-before-and-during-the-pandemic-in-europe/> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

250. Quan J., Zhao Zh., Wang L., S. Ng C., Kwok H. H. Y., Zhang M., Zhou S., Ye J., Ong X. J., Ma R., Leung G. M., Eggleston K., Zhou M. Potential health and economic impact associated with achieving risk factor control in Chinese adults with diabetes: a microsimulation modelling study. *The Lancet Regional Health*. 2023. № 33. 100690.

251. Rana J., Paul J. Consumer behavior and purchase intention for organic food: A review and research agenda. *Journal of Retailing and Consumer Services*. Vol. 38. P. 157–165.

252. Raphael D., Bryant T. Emerging themes in social determinants of health theory and research. *International Journal of Health Services*. 2022. Vol. 52, No. 4. P. 428–432.

253. Rasu R. S., Bawa W. A., Suminski R., Snella K., Warady B. Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015. Vol. 4, No. 11. P. 747–755.

254. Rathipriya R., Rahman A. A. A., Dhamodharavadhani S., Meero A., Yoganandan G. Demand forecasting model for time-series pharmaceutical data using shallow and deep neural network model. *Neural Computing and Applications*. 2022. № 35. P. 1945–1957.

255. Razali N. M., Wah Y. B. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*. 2011. № 2 (1). P. 21–33.

256. Regional Innovation Scoreboard. URL : <https://ec.europa.eu/research-and-innovation/en/statistics/performance-indicators/european-innovation-scoreboard/eis> (дата звернення: 14.06.2023 р.).

257. Revoltella D. COVID-19 and the twin transition: How the recovery can boost sustainable and inclusive growth. *Intereconomics*. 2020. Vol. 55, No. 6. P. 352–355.

258. Rivera B., Currais L. Public health capital and productivity in the Spanish regions: A dynamic panel data model. *World Development*. 2004. № 32 (5). P. 871–885.

259. Roberts L. Health information and the Internet: The 5 Cs website evaluation tool. *British Journal of Nursing*. 2010. Vol. 19, No. 5. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.5.47075>.

260. Robillard J. M., Jun J. H., Lai J.-A., Feng T. L. The QUEST for quality online health information: validation of a short quantitative tool. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2018. Vol. 18. 87.

261. Rosengren K., Brannefors P., Carlström E. Adoption of the concept of person-centred care into discourse in Europe: a systematic literature review. *Journal of Health Organization and Management* 2021. № 35 (9). P. 265–280.

262. Roses J. R., Wolf N. Regional growth and inequality in the long-run: Europe, 1900-2015. *Oxford Review of Economic Policy*. 2021. № 37 (1). P. 17–48.

263. Rudenko L. A., Smiianov V. A., Smiianova O. I. Basic principles of behavioral economics and prospects for their application in the public system. *Wladomosci lekarskie*. 2020. Vol. 73 (9 cz 2). P. 2026–2030.

264. Salinsky E. What does «population health» mean to you? URL : <https://www.gih.org/publication/what-does-population-health-mean-to-you/> (дата звернення: 13.10.2022 р.).

265. Sanders B. (Ed.). *Drugs, clubs and young people: Sociological and public health perspectives*. Routledge, 2016. 208 p.

266. Sanje G., Basar E. E. *Pandemics and Consumer Behavior*. Nova Science Publishers, 2022. DOI: 10.52305/UNJX4854.

267. Sarabia M., Crecente F., del Val M. T. Health, longevity, infrastructure and competitiveness: The four horsemen of COVID-19. *Journal of Business Research*. 2021. № 129. P. 244–249.

268. Schrecker T. Globalization and health: Political grand challenges. *Review of International Political Economy*. 2020. Vol. 27, No. 1. P. 26–47.

269. Schrecker T. What is critical about critical public health? Focus on health inequalities. *Critical Public Health*. 2022. Vol. 32, No. 2. P. 139–144.

270. Schrecker T., Milne E. Public health: The global and the local. *Journal of Public Health*. 2019. Vol. 41, No. 1. P. 1–2.

271. Secundo G., Del Vecchio P., Passiante G. Creating innovative entrepreneurial mindsets as a lever for knowledge-based regional development. *International Journal of Knowledge-Based Development*. 2015. № 6 (4). P. 276–298.

272. Sharfstein J.M. The strange journey of population health. *Milbank Q*. 2014. № 92. P. 640–643.

273. Shymon S., Kolomiets-Ludwig E., Osiejewicz Jo., Krawczyk D., Kaminska B. The role of country brand in providing economic resilience. *Marketing and Management of Innovations*. 2020. № 1. P. 303–312.

274. Siddik Md. Nur A., Sajal K. Digital finance for financial inclusion and inclusive growth. *Digital Transformation in Business and Society: Theory and Cases*. Springer International Publishing. P. 155–168.

275. Siddiqui R., Azmat M., Ahmed Sh., Kummer S. A hybrid demand forecasting model for greater forecasting accuracy: the case of the pharmaceutical industry. *Supply Chain Forum: An International Journal*. 2022. Vol. 23, Issue 2. URL : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16258312.2021.1967081> (дата звернення: 03.06.2023 р.).

276. Silas B. G. Methodology and techniques 3.1 introduction. URL : <https://silo.tips/download/chapter-3-methodology-and-techniques-31-introduction> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

277. Silberberg M., Martinez-Bianchi V., Lyn, M. J. What is population health? *Primary care: clinics in office practice*. 2019. № 46 (4). P. 475–484.

278. Skrzyp J. Zroznicowany rozwój polskich regionow i jego konsekwencje. *Zeszyty Naukowe Akademii Podlaskej w Siedlcach. Seria: Administracja i Zarzadzanie*. 2009. № 8 (81). P. 9–20.

279. Sleuwaegen L., Ramboer S. Regional competitiveness and high growth firms in the EU: the creativity premium. *Applied Economics*. 2020. № 52 (22). P. 2325–2338.

280. Smarzewska D., Wereda W. S., Jonczyk J. A. Assessment of the health care system in Poland and other OECD countries using the Hellwig method. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022, № 19, 16733.

281. Smiianov V. A., Liulov O. V., Pimonenko T. V., Andrushchenko T. A., Sova S., Grechkovskaya N. V. The impact of the pandemic lockdown on air pollution, health and economic growth: system dynamics analysis. *Wiadomości Lekarskie*. 2020. Vol. 73, № 11. P. 2332–2338.

282. Smith A. D., Offodile O. F. Green and sustainability corporate initiatives: A case study of goods and services design. *International Journal of Process Management and Benchmarking*. № 6 (3). P. 273–299.

283. Smoking in Europe: Which countries are the most and least addicted to tobacco and vaping? URL : <https://www.euronews.com/next/2023/05/31/smoking-in-europe-which-countries-are-the-most-and-least-addicted-to-tobacco-and-vaping> (дата звернення: 19.05.2023 р.).

284. SOAR, addition to SWOT. URL : <https://uk.profi-management.net/12113043-soar-complement-to-swot> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

285. Spash C. L. ‘The economy’ as if mattered: Revisiting critiques of economic growth in a time of crisis. *Globalizations*. 2020. Vol. 18, No. 7. P. 1087–1104.

286. Stoto M. A. Population health in the Affordable Care Act era. Washington,

DC: AcademyHealth, 2013.

287. Su Ch. W., Dai K., Ullah S., Andlib Z. COVID-19 pandemic and unemployment dynamics in European economies. *Economic Research*. 2021. <https://doi.org/10.1080/1331677X.2021.1912627>.

288. Sugar consumption in Europe. URL : <https://landgeist.com/2023/04/01/sugar-consumption-in-europe/> (дата звернення: 19.05.2023 р.).

289. Sun D., Ahn H., Lievens T., Zeng W. Evaluation of the performance of national health systems in 2004-2011: An analysis of 173 countries. *PloS One*. 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173346>.

290. Sventickyte R. Consumer health in 2022: Priorities, opportunities and concerns. URL: https://www.euromonitor.com/article/consumer_health_in_2022_priorities_opportunities_and_concerns (дата звернення: 14.05.2023 р.).

291. Sygit K. M., Sygit M., Wojtyła-Buciora P. et al. Physical activity as an important element in organizing and managing the lifestyle of populations in urban and rural environments. *Annals of agricultural and environmental medicine*. 2019. № 26 (1). P. 8–12.

292. Szablewska N., Kubacki K. A human rights-based approach to the social good in social marketing. *Journal of Business Ethics*. 2019. № 155. P. 871–888.

293. Tahir M., Usman M., Muhammad F., ur Rehman Sh., Khan I., Idrees M., Irfan M., Glowacz A. Evaluation of quality and readability of online health information on high blood pressure using DISCERN and Flesch-Kincaid tools. *Applied Sciences*. 2020. Vol. 10. 3214. <https://doi.org/10.3390/app10093214>.

294. Tao D., LeRouge C., Smith K. J., De Leo G. Defining information quality into health websites: a conceptual framework of health website information quality for educated young adults. *JMIR Hum Factors*. 2017. Vol. 4 (4). e25.

295. Targets of Sustainable Development Goal 3. URL : <https://www.who.int/europe/about-us/our-work/sustainable-development-goals/targets-of-sustainable-development-goal-3> (дата звернення: 12.02.2022 р.).

296. Tchakarova V. The COVID-19 crisis and the Austrian response. URL : <https://www.orfonline.org/expert-speak/the-covid-19-crisis-and-the-austrian-response-64344/> (дата звернення: 11.01.2022 р.).

297. Temirkanova A.V. et al. Assessment of ecologo-economic health population risk. *International Journal of Applied Business and Economic Research*. 2017. № 15(23). P. 55–70.

298. Ten healthcare marketing trends for 2022. URL : <https://www.cardinaldigitalmarketing.com/healthcare-resources/blog/10-healthcare-marketing-trends-2022/> (дата звернення: 14.05.2023 р.).

299. The COVID Resilience Ranking the best and worst places to be as we learn to live with COVID. URL : <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-resilience-ranking/> (дата звернення: 11.01.2022 р.).

300. The Dahlgren-Whitehead rainbow. URL : <https://esrc.ukri.org/about-us/50-years-of-esrc/50-achievements/the-dahlgren-whitehead-rainbow/> (дата звернення: 13.10.2022 р.).

301. The impact of COVID-19 on poverty in France. URL : <https://www.borgenmagazine.com/impactof-covid-19-on-poverty-in-france/> (дата звернення: 11.01.2022 р.).

302. The Social Progress Index. URL : <https://www.socialprogress.org/global-index-2022overview/> (дата звернення: 25.06.2023 р.).

303. Thompson A. E., Anisimowicz Y., Miedema B., Hogg W., Wodchis W. P., Aubrey-Bassler K. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Family Practice*. 2016. 17.

304. Todua N., Jashi C.. Influence of social marketing on the behavior of Georgian consumers regarding healthy nutrition. *Bull. Georg. Natl. Acad. Sci.* 2018. № 12 (2). P. 183–190.

305. Tortorella G. L., Fogliatto F. S., Sunder M. V., Cawley Vergara A. M., Vassolo R. Assessment and prioritisation of Healthcare 4.0 implementation in

hospitals using Quality Function Deployment. *International Journal of Production Research*. 2021. P. 3147–3169.

306. Tyler P. The impact of regional policy on a prosperous region: The experience of the West Midlands. *Oxford Economic Papers*. 1980. Vol. 32 (1). P. 151–162.

307. UK maintains the largest HIV epidemic in Western Europe. URL : <https://www.aidsmap.com/news/dec-2015/uk-maintains-largest-hiv-epidemic-western-europe> (дата звернення: 27.05.2023 р.).

308. Us Ya., Pimonenko T., Tambovceva T., Segers J-P. Green transformations in the healthcare system: the covid-19 impact. *Health Economics and Management Review*. 2020. № 1 (1). P. 48–59.

309. van Barneveld K., Quinlan M., Kriesler P., Junor A., Baum F., Chowdhury A., Junankar P. N., Clibborn S., Flanagan F., Wright Ch. F., Friel Sh., Halevi J. The COVID-19 pandemic: Lessons on building more equal and sustainable societies. *Economic and Labour Relations Review*. 2020. Vol. 31, No. 2. P. 133–157.

310. Vanbelle S. Asymptotic variability of (multilevel) multirater kappa coefficients. *Statistical Methods in Medical Research*. 2018. Vol. 28 (10-11). P. 3012–3026.

311. Vasutinska Y., Kuzminska N. Estimating the degree of novelty of a new product: Innovative approach. *Marketing and Management of Innovations*. 2019. № 2. P. 282–294.

312. Vasylieva T., Kuzmenko O., Rashid M. N., Vojtovic S., Kascha M., Lieonov H. Innovations in government management of the healthcare system: forecasting of COVID-19 consequences in social, investment and business development. *Marketing and Management of Innovations*. 2020. № 4. P. 11–25.

313. Vasylieva T., Vysochyna A., Filep B. Economic development and income inequality: Role in country resistance to COVID-19. *Economics and Sociology*. 2022. № 15 (4). P. 286–302.

314. Vo D. H. Sustainable agriculture & energy in the U.S.: a link between ethanol production and the acreage for corn. *Economics and Sociology*. 2020. № 13 (3). P. 259–268.

315. Volgger M., Mainial T., Pechlaner H., Mitas O. Health region development from the perspective of system theory – An empirical cross-regional case study. *Social Science & Medicine*. 2015. Vol. 124. P. 321–330.

316. Vyrostopova E., Hrabovska Z., Dioba A. Tourism and regional growth in the Carpathian Euroregion – A panel data approach. *European Journal of Tourism Research*. 2021. № 29. 2911. <https://doi.org/10.54055/ejtr.v29i.2438>.

317. Vysochyna A., Vasylieva T., Dluhopolskyi O., Marczuk M., Grytsyshen D., Yunger V., Sulimierska A. Impact of Coronavirus disease COVID-19 on the relationship between healthcare expenditures and sustainable economic growth. *Int J Environ Res Public Health*. 2023. № 20 (4). 3049.

318. Vysochyna A., Jakubowska A. Influence of health expenditure on COVID-19 contraction: Theoretical and empirical analysis. *Health Economics and Management Review*. 2020. № 1. P. 51–61.

319. Waisbich L. T., Shankland A., Bloom G., Coelho V. S. P. Introduction: The accountability politics of reducing health inequalities. *Novos Estudos CEBRAP*. 2019. Vol. 38, No. 2. P. 271–289.

320. Wang D., Zhang E., Qiu P., Hong X. Does increasing public expenditure on sports promote regional sustainable development: Evidence from China. *Front. Public Health*. 2022. Vol. 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.976188>.

321. Wang J. Economic and cultural impact of tourism marketing. *Marketing and Management of Innovations*. 2017. № 3. P. 53–59.

322. Wang Y., Kung L., Byrd T. A. Big Data analytics: Understanding its capabilities and potential benefits for healthcare organizations. *Technological Forecasting and Social Change*. 2018. Vol. 126. P. 3–13.

323. Welfens P. J. J. Macroeconomic and health care aspects of the coronavirus epidemic: EU, US and global perspectives. *International Economics and Economic Policy*. 2020. № 17 (2). P. 295–362.

324. Wirtz B. W., Gottel V., Langer P. F., Thomas M.-J. Antecedents and consequences of public administration's social media website attractiveness. *International Review of Administrative Sciences*. 2020. Vol. 86 (1). P. 38–61.

325. Witvorapong N., Ratisukpimol W., Watanapongvanich S. Effectiveness of alcohol-prevention social marketing in the presence of alcohol advertising. *Journal of Social Marketing*. 2019. Vol. 9, No. 3. P. 309–328.

326. World Development Report. Investing in Health. New York: Oxford University Press. URL : <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976> (дата звернення: 25.10.2022 р.).

327. World Development Report. Investing in Health. New York: Oxford University Press, 1993.

328. World Happiness Report 2023. URL : <https://happiness-report.s3.amazonaws.com/2023/WHR+23.pdf> (дата звернення: 25.06.2023 р.).

329. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2023.

330. Yelnikova J., Kwilinski A. Impact-investing in the healthcare in terms of the new socially responsible state investment policy. *Business Ethics and Leadership*. 2020. № 4 (3). P. 57–64.

331. Yilmaz G. S. A comparative analysis of the health care financing models in the context of financing sources and health coverage: COVID-19 experience. *Contemporary Issues with Multidisciplinary Perspectives on Social Science*. 2021. P. 279–292.

332. Yoshida A., Higurashi T., Maruishi M., Tateiwa N., Hata N., Tanaka A., Wakamatsu T., Nagamatsu K., Tajima A., Fujisawa K. New performance index “Attractiveness Factor” for evaluating websites via obtaining transition of users' interests. *Data Science and Engineering*. 2020. Vol. 20 (1). P. 48–64.

333. Yüksel O. Comparison of healthcare system performances in OECD countries. *Int. J. Health Serv. Res. Policy*. 2021. № 6. P. 251–261.

334. Zdražil P., Kraftová I. Indirect estimation of the development of capital productivity in the regions: The case of Poland. *E a M: Ekonomie a Management*. 2021. № 24 (2). P. 4–20.

335. Zhao L, Jin Y, Zhou L, Yang P, Qian Y, Huang X and Min M Evaluation of health system resilience in 60 countries based on their responses to COVID-19. *Front. Public Health*. 2023. № 10. 1081068.

336. Zukin P. Planning a health component for an economic development program. *American Journal of Public Health*. 1971. № 61 (9). P. 1751–1759.

337. Абетка харчування. URL : <https://www.nestle.ua/media/абетка-харчування> (дата звернення: 17.05.2023 р.).

338. Бабенко В. А. Здоров'я нації: ключова проблема та пріоритети державної політики. Економічний аспект. *Наукові записки Міжнародного гуманітарного університету*. 2016. № 26. С. 12–15.

339. Баланси та споживання основних продуктів харчування населенням України : статистичний збірник. Київ, 2020. 60 с.

340. Баланси та споживання основних продуктів харчування населенням України : статистичний щорічник. Київ, 2021.

341. Балтачєєва Н. Типологізація регіонів України за рівнем соціального та економічного розвитку. *Україна: аспекти праці*. 2012. № 3. С. 31–37.

342. Бервено О. В. Якість життя як фактор національного економічного розвитку: концептуальні основи формування і управління : дис. ... д-ра екон. наук : 08.00.03 /Харк. нац. ун-т імені В. Н. Каразіна. Харків, 2016. 474 с.

343. Борщ В. І. Державно-приватне партнерство як запорука інноваційного розвитку національної галузі охорони здоров'я. *Вісник ЖДТУ. Серія Економіка, управління та адміністрування*. 2019. № 2 (88). С. 156–161.

344. В Україні щороку понад 400 тисяч осіб помирають від серцево-судинних захворювань. URL : <https://www.ukrinform.ua/rubric->

society/3713749-v-ukraini-soroku-ponad-400-tisac-osib-pomiraut-vid-sercevosudinnih-zahvoruvan.html (дата звернення: 24.06.2023 р.).

345. Вектори економічного розвитку 2030. URL : <https://nes2030.org.ua/docs/doc-vector.pdf> (дата звернення: 12.05.2023 р.).

346. Возняк Г. В. Регіональний розвиток: сутність і методологічна основа. *Регіональна економіка*. 2015. № 3. С. 34–43.

347. Войтик О. Особливості державного управління регіональним розвитком: теоретичні аспекти. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2017. Вип. 1(32). С. 21–26.

348. Гавриченко Д., Антонова Л., Петрик С., Автомеєнко Є., Тишко Д., Самчук П. Економічна оцінка регіональних викликів сфери охорони здоров'я України в умовах сталого розвитку. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*. 2023. № 1 (48). С. 409–417.

349. Гапонова Е. О. Сучасні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг : дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: 08.00.02. Харків, 2019. 248 с.

350. Голубка В. М. Механізми регулювання фармацевтичного ринку в Україні : дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : 08.00.03. Львів, 2015. 223 с.

351. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2016. Вип. 4, Том 1. С. 123–126.

352. Гуменна О. В., Гончарова К. О. Нейромаркетинг як інноваційний інструмент у маркетингу. *Наукові записки НаУКМА. Економічні науки*. 2018. Том. 3, Вип. 1. С. 38–44.

353. Гуєрра В. Медична реформа у час війни. URL : https://lb.ua/society/2022/06/18/520460_medichna_reforma_chas_viyuni_.html (дата звернення: 15.10.2022 р.).

354. Даниленко Н. В., Батир Р. Ю. Здоровий спосіб життя та засоби його формування. Міжнародний науковий журнал «Грааль науки». 2021. № 4. С. 502-510.

355. Деміхов О. Стратегія регіонального розвитку громадського здоров'я в Україні: інноваційні аспекти. *Механізми державного управління*. 2021. № 1 (82). С. 84–87.

356. Дергачова В., Макарова М. Виклики та пріоритети для фармацевтичних компаній в умовах пандемії COVID-19. URL : https://ir.kneu.edu.ua/bitstream/handle/2010/38074/sborun_21-26.pdf?sequence=1 (дата звернення: 13.06.2023 р.).

357. Долбнєва Д. В. Вплив COVID-19 на економіку країн світу. *Проблеми економіки*. 2020. № 1 (43). С. 20–26.

358. Долгіх М. В. Закордонний досвід формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2020. Вип. 1, Том 2. С. 107–114.

359. Доступ домогосподарств України до Інтернету у 2021 році : статистичний щорічник. Київ, 2022. 117 с.

360. Доходи та умови життя. URL : http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/17/Arch_snsz_zb.htm (дата звернення: 26.06.2023 р.).

361. Експортні горизонти для українських ліків. URL : <https://www.epravda.com.ua/projects/farmak/2020/03/16/657996/> (дата звернення: 16.06.2023 р.)

362. Естонію визнали найбільш «західною» з пострадянських країн, Україна – шоста. URL : <https://www.eurointegration.com.ua/news/2018/05/7/7081347/> (дата звернення: 22.04.2023 р.).

363. Євромапа здоров'я. URL : http://neweurope.org.ua/wp-content/uploads/2020/05/1590764088994_Evromap_health_01-29_graf_ukr.pdf.

364. Європейська програма роботи на 2020-2025 рр. Спільні дії для міцнішого здоров'я. URL : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/>

345924/WHO-EURO-2021-1919-41670-59496-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
(дата звернення: 15.05.2023 р.).

365. Європейські країни прийняли план дій у сфері цифрової охорони здоров'я. URL : <https://pravo.ua/ievropeiski-krainy-priynialy-plan-dii-u-sferi-tsyfrovoi-okhorony-zdorov-ia/> (дата звернення: 14.05.2023 р.).

366. Желюк Т. Фінансові аспекти функціонування ринку медичних послуг та закупівлі ліків. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2018. № 23. С. 113-117.

367. Забаштанський М., Драгунов Д., Ридзель Ю., Журман С. Світовий досвід державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Науковий вісник Полісся*. 2021. № 2 (18). С. 15–21.

368. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році : статистичний щорічник. Київ, 2018.

369. Закон України Про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року. URL : <https://ips.ligazakon.net/document/JH6YF00A?an=332> (дата звернення: 15.05.2023 р.).

370. Захисні щеплення для дітей з України. URL : <https://ua.um.warszawa.pl/-/zakhysni-shcheplennya-dlya-ditey-z-ukrayiny> (дата звернення: 26.06.2023 р.).

371. Заюков І. В. Збереження здоров'я зайнятого населення України в системі забезпечення людського розвитку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра екон. наук: 08.00.07. Вінниця, 2021. 43 с.

372. Здорова їжа: натуральність продуктів харчування стала трендом. URL : <https://rau.ua/novyni/health-food/> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

373. Зеленський презентував програму «Здорова Україна». URL : <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3268398-zelenskij-prezentuvav-programu-zdorova-ukraina.html> (дата звернення: 12.05.2023 р.).

374. Зовнішня реклама поступово стає цифровою – Дослідження eMarketer. URL : <https://adsider.com/ua/zovnishnia-reklama-postupovo-staie-tsyfrovoiu-doslidzhennia-emarketer/> (дата звернення: 14.06.2023 р.).

375. Карлаш В. В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України : дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. управління : 25.00.02 «Механізми державного управління». Національний університет цивільного захисту України. Харків, 2020. 280 с.

376. Качмарська М. О., Любінець О. В. Стосовно оцінки рівня громадського здоров'я в Україні та її регіонах. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 1 (67). С. 7–16.

377. Кількість абонентів Інтернету по регіонах на 01 січня 2020 року. URL : https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2019/zv/zv_reg/kaI_reg/kaI_reg0419_u.htm (дата звернення: 25.06.2023 р.).

378. Ковтонюк П., Корчак Т. Кризь війну: що відбулося з охороною здоров'я у 2022 році. URL : <https://life.pravda.com.ua/health/2023/04/3/253632/> (дата звернення: 17.06.2023 р.).

379. Концепція розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011–2020 роки: (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27.03.2013 № 242) URL : <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ11951> (дата звернення: 19.05.2023 р.).

380. Кордзая Н. Р. Вірусний маркетинг як метод електронної комерції. *Економіка та управління підприємствами*. 2018. № 15. С. 338–343.

381. Коронавірус в Україні. URL : <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/ukraine/2022-09-18/> (дата звернення: 17.06.2023 р.).

382. Коронавірус: статистика по країнах. URL : <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/geography/> (дата звернення: 25.06.2023 р.).

383. Костенко Н. І., Марцинковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Подільський науковий вісник. Серія «Економіка, педагогіка»*. 2018. № 3. С. 170.

384. Костюк В. «Безвіз для ліків» та Україна як потужний фармацевтичний хаб: утопія чи реальність. URL : <https://www.epravda.com.ua/columns/2023/04/6/698835/> (дата звернення: 23.06.2023 р.).

385. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія «Економіка і менеджмент»*. 2017. Вип. 24 (2). URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11 (дата звернення: 12.05.2023 р.).

386. Краснікова Л. І., Подвисоцька Т. О. Комплексний індекс суспільного здоров'я: емпіричний аналіз і застосування у дослідженні факторів економічного зростання. URL : <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/8707/19-Krasnikova.pdf?sequence=1> (дата звернення: 26.06.2023 р.).

387. Красовська О. Ю. Інтернет-маркетинг як сучасний інструмент комунікації підприємства. *Економіка та управління підприємствами*. 2018. С. 67–71.

388. Крикуненко І. Здоровий рух. Що і чому іноземці лікують в Україні. URL : <https://nv.ua/ukr/biz/markets/medichniy-turizm-v-ukrajini-shcho-privablyuy-einozemciv-50035518.html> (дата звернення: 15.05.2023 р.).

389. Криничко Л. Р., Малігон Ю. М. Нормативно-правове забезпечення реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Вісник ХНАУ. Серія «Економічні науки»: зб. наук. пр.* Харків : ХНАУ, 2020. № 3. С. 364–380.

390. Кросмедіа: контент, технології, перспективи : колективна монографія / за заг. ред. В. Е. Шевченко. Київ, 2017. 234 с.

391. Кундєєва Г. О. Капітал здоров'я як базовий компонент людського капіталу. *Наукові праці Національного університету харчових технологій*. 2020. Т. 26, № 2. С. 100–109.

392. Кундєєва Г. О., Соломка О. М. Здоров'я як чинник соціально-економічного розвитку країни: інтегрований підхід. URL : <https://dspace.nuft.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/31043/1/health.pdf> (дата звернення: 26.06.2023 р.).

393. Лебедев А. О. Державна підтримка системи охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. з держ. управління : 25.00.02. Запоріжжя, 2021. 23 с.

394. Левченко А. Заступниця міністра охорони здоров'я Карчевич: «Зараз електронні медзаписи покривають більше 80 % форм паперової документації. URL : <https://interfax.com.ua/news/interview/795328.html> (дата звернення: 12.06.2023 р.).

395. Летуновська Н. Є. Дослідження трендів здорового маркетингу. *Маркетинг : виклики та рішення* : матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції, 21 квітня 2021 р. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2021. С. 60–61.

396. Летуновська Н. Є. Індикатори прояву наслідків COVID-19 в регіоні. *Економічна безпека: держава, регіон, підприємство* : Матеріали Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції, 29 вересня 2022 р. Полтава: НУІП, 2022. С. 174–176.

397. Летуновська Н. Є. Маркетингові компоненти регіонального середовища в системі забезпечення здоров'я. *Вісник Черкаського національного університету ім. Б. Хмельницького. Серія «Економічні науки»*. 2021. № 4. С. 21–32.

398. Летуновська Н. Є. Рівень здоров'я та фактори, що впливають на позицію регіону за цим показником у рейтингах. *Бізнес Інформ*. 2021. № 6. С. 127–136. <https://doi.org/10.32983/2222-4459-2021-6-127-136>.

399. Летуновська Н. Є. Розвиток регіонів: від моделі економічного зростання до моделі здорової смарт-спеціалізації. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського*. 2021. Том 32(71), № 4. С. 87–94.

400. Летуновська Н. Є., Височина А. В., Сміянов В. А., Мінченко М. Г. Теоретико-емпіричний аналіз впливу видатків на охорону здоров'я на національну безпеку та макроекономічну стабільність. *Вплив COVID-19 на національну безпеку, соціально-економічне середовище країни та здоров'я населення*: монографія / за заг. ред. Височиної А. В., Летуновської Н. Є. Суми : Сумський державний університет, 2022. С. 21–31.

401. Летуновська Н. Є., Рибіна О. І. Порівняння та прогнозування детермінант формування здорового регіону. *Ефективна економіка*. 2020. № 4. URL : <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=7773>.

402. Летуновська Н. Є., Рибіна О. І., Кужьор А. Соціально-відповідальний маркетинг як спосіб підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання. *Механізм регулювання економіки*. 2020. № 1. С. 86–96.

403. Летуновська Н. Є., Росохата А. С., Кропива В. В. Тренди інтернет-маркетингу в оздоровчій галузі. *Актуальні проблеми теорії менеджменту, маркетингу та фінансів : наукові ідеї та механізми реалізації* : Матеріали всеукраїнської наукової конференції. Покровськ : ДВНЗ «ДонНТУ», 2021. С. 195–197.

404. Летуновська Н. Є., Сагер Л. Ю., Сигида Л. О. Формування стратегії випереджального інноваційного розвитку в умовах індустрії 4.0. *Економічний аналіз*. 2019. Том 29, № 2. С. 53–61.

405. Летуновська Н. Є., Телетов О. С. Інноваційно-маркетингові перспективи в умовах створення сільських територіальних громад. *Вісник Сумського національного аграрного університету. Серія «Економіка і менеджмент»*. 2018. № 6 (76). С. 71–76.

406. Летуновська Н. Є. Маркетинг оздоровлення: розвиток спеціалізованих напрямків туризму в регіоні. *Актуальні проблеми маркетингового менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки* : матеріали VIII Міжнародної наук.-практ. конф. здобувачів та молодих вчених, 26 березня 2021 р. Луцьк : ІВВ Луцького НТУ, 2021. С. 228–229.

407. Летуновська Н. Є. Маркетингові компоненти регіонального середовища в системі забезпечення здоров'я. *Вісник Черкаського національного університету ім. Б. Хмельницького. Серія «Економічні науки»*. 2021. № 4. С. 21–32.

408. Летуновська Н. Є. Рівень здоров'я та фактори, що впливають на позицію регіону за цим показником у рейтингах. *Бізнес Інформ*. 2021. № 6. С. 127–136.

409. Летуновська Н. Є. Система медико-соціального забезпечення населення та її роль в підтриманні національної та регіональної безпеки: кластеризація наукових досліджень. *Вісник Сумського державного університету. Серія «Економіка»*. 2022. № 2. С. 36–49.

410. Летуновська Н. Є., Васильєва Т. А., Сміянов В. А. Пандемія COVID-19 як кризоформуєчий фактор здорового розвитку регіонів. *Вісник Сумського державного університету. Серія «Економіка»*. 2020. № 3. С. 191–198.

411. Летуновська Н. Є., Каца М. О. Торгівля фармацевтичною продукцією в європейському регіоні: зміни тенденцій під впливом пандемії COVID-19. *Ефективна економіка*. 2022. № 11.

412. Летуновська Н. Є., Павленко М. С. Вплив COVID-19 на сферу електронно-комунікаційних послуг. *«Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень»*: матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції аспірантів і студентів, 17 травня 2022 р. Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2022. С. 279–281.

413. Летуновська Н. Є., Сагер Л. Ю., Назаренко А. П. Система забезпечення громадського здоров'я в умовах інклюзивного зростання регіону.

Вісник Сумського державного університету. Серія «Економіка». 2021. № 2. С. 165–171.

414. Летуновська Н. Є., Шевлюга О. Г. Оцінювання інноваційної активності країн Прибалтики, Казахстану та України на основі показників та рейтингів. *Випереджаючий інноваційний розвиток: теорія, методика, практика* : монографія / за ред. Ілляшенко Н.С. Суми : Триторія, 2018. С. 60–73.

415. Летуновська Н., Росохата А., Макерська В., Кропива В. Поведінка споживачів у цифровому середовищі під впливом пандемії COVID-19: важливість фактору здоров'я та транспарентності бізнесу. *Вісник економіки.* 2021. № 3. С. 98–109.

416. Лех Г. А., Ільчишин М. М., Туркало О. Я. Світовий досвід розвитку підприємств малого бізнесу. *Науковий вісник НЛТУ України.* 2011. Вип. 21.15. С. 224–229.

417. Лиштва О. Самооцінка стану здоров'я населенням України. URL : <https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=768&> (дата звернення: 12.02.2022 р.).

418. Лінніков С. В., Миронюк І. С. До питання оцінки ефективності інформаційно-комунікаційних кампаній у системі громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації.* 2022. № 3 (69). С. 5–11.

419. Лук'янчук Є. Рахуємо чужі гроші: де послуги у сфері охорони здоров'я найдешевші, а де – найдорожчі? URL : <https://www.apteka.ua/article/524775> (дата звернення: 17.10.2022 р.).

420. Лукіна Т. О., Рингач Н. О. Освіта як детермінанта здоров'я в політиці України: орієнтири на шляху досягнення цілей сталого розвитку у світлі Мінської декларації. *Державне управління: теорія і практика.* 2016. № 1. С. 158–171.

421. Люльов О. В. Макроекономічна стабільність національної економіки: соціальні, політичні та маркетингові детермінанти: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра екон. наук: 08.00.03. Суми, 2018. 39 с.

422. Майстерня здоров'я до Всесвітнього дня боротьби з інсультом. URL : <https://new.meduniv.lviv.ua/majsternya-zdorov-ya-do-vsесvitnogo-dnya-borotby-z-insultom/> (дата звернення: 15.06.2023 р.).

423. Макалюк І. В., Кисіль А. П. Наслідки пандемії COVID-19 для національних економік світу. Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Бізнес, інновації, менеджмент: проблеми та перспективи. (22 квітня 2021 р., м. Київ). С. 180–181.

424. Макаренко М. В. Світова практика трансформаційних змін у сфері охорони здоров'я. *Державне управління*. 2021. № 17. С. 120–122.

425. Мельник А. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів. *Вісник економіки*. 2022. Вип. 2. С. 111–127.

426. Мельник Р. КМІС: українські ЗМІ у 2022-му переламали негативний баланс довіри українців. URL : <https://detector.media/infospace/article/206978/2023-01-13-kmis-ukrainski-zmi-u-2022-mu-perelamaly-negatyvnyu-balans-doviry-ukraintsiv/> (дата звернення: 26.06.2023 р.).

427. Мельник Ю. М., Сагер Л. Ю., Ілляшенко Н. С., Рязанцева Ю. М. Класифікація основних форм та видів маркетингових інтернет-комунікацій. *Маркетинг і менеджмент інновацій*. 2016. № 4. С. 43–55.

428. Мельникова О. А. Тенденції та перспективи розвитку інтернет-реклами в Україні. URL : <https://ir.kneu.edu.ua/bitstream/handle/2010/21425/97-99.pdf?Sequence=1&isallowed=y> (дата звернення: 06.11.2022 р.).

429. Миронова Н. Тренди здорового харчування 2021: як поєднати смачне з корисним. URL : <https://thepage.ua/ua/style/beauty/zdorove-harchuvannya-2021-racion-produkti-ta-trendi> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

430. Наконечна Т., Крикавський В., Сочилияс Р. Дослідження фармацевтичного ринку в умовах COVID-19 та напрямів підвищення стійкості та надійності логістики в ланцюгу поставок. *Академічні візії*. 2022. Вип. 8–9. С. 70–82.

431. Населення України. URL : https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/10/zb_nas_2019.pdf (дата звернення: 27.06.2023 р.).

432. Населення України. Демографічний щорічник. Державна служба статистики України. Київ, 2021.

433. Оновлені фактори ризику в онкології. URL : <https://www.vz.kiev.ua/onovleni-factory-ryzyku-v-onkologiyi/> (дата звернення: 24.06.2023 р.).

434. Офіційний портал проекту «Активні парки». URL : <https://ap.sportforall.gov.ua/start> (дата звернення: 15.06.2023 р.).

435. Офіційний сайт «Медичні закупівлі України». URL : <https://bi.medzakupivli.com/> (дата звернення: 26.06.2023 р.).

436. Офіційний сайт Headspace.com. URL : <https://www.headspace.com/blog/2016/02/18/introducing-headspacemeditation-pods-making-the-invisible-visible/> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

437. Офіційний сайт Health and Global Policy Institute. URL : <https://hgpi.org/en/> (дата звернення: 10.06.2023 р.).

438. Офіційний сайт національної програми «Ти як?». URL : <https://www.howareu.com/> (дата звернення: 12.06.2023 р.).

439. Офіційний сайт проекту «Better health, healthier families». URL : <https://www.nhs.uk/healthier-families/> (дата звернення: 24.06.2023 р.).

440. Офіційний сайт статистики України. URL : https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/10/Arch_ztp_zb.htm (дата звернення: 16.06.2023 р.)

441. Парубчак І. О., Сіренко Р. Р., Рибчич І. Є. Формування та реалізація державної політики реформ у системі охорони здоров'я на сучасному етапі викликів пандемії COVID-19 в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2021. № 4 (31). С. 27–31.

442. Петкова Л. О., Паламарчук Н. О. Оцінка якості життя регіонів України: адаптація європейського досвіду. *Збірник наукових праць ЧДТУ*. 2017. № 2 (45). С. 30–37.

443. Під час повномасштабної війни в Україні зросла кількість курців: як запобігти проблемі. URL : <https://provse.cj.ua/pid-chas-povnomasshtabnoi-viynu-v-ukraini-zrosla-kilkist-kurtsiv-iak-zapobihty-problemi/> (дата звернення: 19.05.2023 р.).

444. Пімоненко Т. В. Маркетинг і менеджмент зелених інвестицій : дис. на здобуття наук. ступеня д-р екон. наук: 08.00.04. Суми, 2019. 481 с.

445. Поліщук Р. С. Підготовка банківських працівників до використання методів та оцінювання критеріїв вимірювання конкурентоспроможності банків у країнах ЄС. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2017. Вип. 57. С. 143–151.

446. Президент України Володимир Зеленський дав старт загальнонаціональній програмі «Здорова Україна». URL : <https://mms.gov.ua/news/prezident-ukrayini-volodimir-zelenskij-dav-start-zagalnonacionalnij-programi-zdorova-ukrayina> (дата звернення: 21.05.2023 р.).

447. Про затвердження пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023-2025 роки. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1832282-22#Text> (дата звернення: 17.06.2023 р.).

448. Проєкт з розвитку культури здоров'я в Україні «Здоровіші». URL : <http://zdorovi.agency/zdorovishi> (дата звернення: 15.10.2022 р.).

449. Реутов В. Є., Головченко Н. З. Генезис теоретичних поглядів на регіон та регіональний розвиток. *Економіка та держава*. 2010. № 3. С. 17–22.

450. Рівень смертності в Україні: від чого найчастіше помирають громадяни. URL : <https://www.slovoidilo.ua/2021/11/23/infografika/suspilstvo/riven-smertnosti-ukrayini-choho-najchastishe-pomyrayut-hromadyany> (дата звернення: 26.06.2023 р.).

451. Робоча сила за статтю, типом місцевості та віковими групами. URL : https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2017/rp/eans/eans_u/arch_eansmv_u.htm (дата звернення: 26.06.2023 р.).

452. Розпочала роботу платформа про здорове харчування у школах «Знаймо». URL : <https://mon.gov.ua/ua/news/rozpochala-robotu-platforma-pro-zdorove-harchuvannya-u-shkolah-znayimo> (дата звернення: 17.05.2023 р.).

453. Сакали О. Дослідники з'ясували, як часто люди звертають увагу на зовнішню рекламу. URL : <https://bazilik.media/doslidnyky-z-iasuvaly-iaak-chasto-liudy-zvertaiut-uvahu-na-zovnishniu-reklamu/> (дата звернення: 18.06.2023 р.).

454. Салата І. В., Горачук В. В. Підготовка кадрів для системи охорони здоров'я: організаційно-правові аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 5. С. 102–109.

455. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2020 році : статистичний щорічник. Київ, 2021.

456. Самооцінка стану здоров'я населенням України. URL: <https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=768&> (дата звернення: 17.10.2022 р.).

457. Світовий О. М. Деякі аспекти функціонування фармацевтичного ринку України. *Економіка та суспільство*. 2023. Випуск 47. URL : <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2178/2104> (дата звернення: 27.06.2023 р.).

458. Сидоренко С. Україна-лідерка та Україна-двієчниця: як Брюссель оцінює готовність Києва до вступу в ЄС. URL : <https://www.eurointegration.com.ua/articles/2023/02/7/7155643/> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

459. Славкова О. П., Соколов М. О. Механізми державної взаємодії в наданні якісних медичних послуг лікувальними закладами. *Наукові інновації та передові технології. Серія «Державне управління»*. 2022. № 2(4). С. 240–251.

460. Смертність в Україні. URL : <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/people/deaths/> (дата звернення: 29.06.2023 р.).

461. Соціальний захист населення України у 2020 році : статистичний щорічник. Київ, 2021.
462. Соціальний захист населення України у 2020 році : статистичний щорічник. Київ, 2021. 122 с.
463. Соціальний проект «Здорова нація – багата держава». URL : <http://kryla.org.ua/sotsialnyj-proekt-zdorova-natsiya-bagata-derzhava/> (дата звернення: 15.10.2022 р.).
464. Соціальний проект «Здоровий зір». URL : <https://zdrovivy-zir.ua/> (дата звернення: 15.10.2022 р.).
465. Співак М. В. *Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна* : монографія. Київ : Інститут держави і права ім. В. М. Корецького НАН України; Видавництво «Логос», 2016. 536 с.
466. Статистична інформація. Державна служба статистики України. URL : https://ukrstat.gov.ua/operativ/oper_new.html (дата звернення: 17.10.2022 р.).
467. Статистичний щорічник України. Державна служба статистики України. Київ, 2021.
468. Степурко Т., Семигіна Т., Барська Ю., Тимошевська В. Поведінкові детермінанти здоров'я (результати національного репрезентативного дослідження «Індекс здоров'я. Україна»). *Вісник АПСВТ*. 2019. № 1. С. 102-124.
469. Суганяка М. В. Структурно-логічна модель розрахунку інтегрального показника антикризової стійкості системного банку. *Ефективна економіка*. 2012. № 7. URL : <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=1251> (дата звернення: 07.07.2023 р.).
470. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. *Часопис Київського університету права*. 2018/9. № 2. С. 168–173.
471. Терзі О. О. Нормативно-правове регулювання у сфері надання медичних послуг населенню. *Наукові записки. Серія: Право*. 2021. № 10. С. 55–60.

472. Ткач К. Порівняльний аналіз нинішнього стану нормативно-правового регулювання галузі охорони здоров'я України та Угорщини. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2022. № 5. С. 311–317.

473. Ткачук А., Третяк Ю., Лукеря І. Державна регіональна політика 2023: бути чи не бути? URL : <https://zn.ua/ukr/internal/derzhavna-rehionalna-politika-2023-buti-chi-ne-buti.html> (дата звернення: 12.06.2023 р.).

474. Тривалість життя в Європі знову падає. URL : <https://monitorpress.info/uk/news/19286-trivalist-zittyu-v-jevropi-znovu-padaje> (дата звернення: 29.06.2023 р.).

475. Українці, віком 35-44 років, є найщасливішими. URL : <https://sostav.ua/publication/ukra-nts-v-kom-35-44-rokv-najshchasliv-shimi-87677.html> (дата звернення: 16.06.2023 р.).

476. Фармацевтичну промисловість включено до пріоритетних галузей економіки України. URL : <https://www.kmu.gov.ua/news/farmatsevtichnu-promyslovist-vkliucheno-do-priorytetnykh-haluzei-ekonomiky-ukrainy> (дата звернення: 23.05.2023 р.).

477. Фролова В. Ю. Математичне моделювання та прогнозування динаміки розвитку фармацевтичного ринку в умовах конкуренції. *Сталій розвиток економіки*. 2012. № 5. С. 49–53.

478. Ханік Ю.-Б. Р. Застосування публічного маркетингу у публічному управлінні Великобританії. *Державне управління*. 2022. № 4. С. 138-142.

479. Шапоренко О. І. Публічна регіональна політика у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління у сфері охорони здоров'я*. 2020. Вип. 2 (45). С. 220–228.

480. Шевченко А. Позитивні люди більше схильні до здорового харчування. URL : <https://cikavosti.com/pozitivni-lyudi-bilshe-shilni-do-zdorovogo-harchuvannya/> (дата звернення: 15.10.2022 р.).

481. Шевчук Р. Аналіз нормативно-правового забезпечення у сфері охорони здоров'я. *Наукові праці МАУП*. 2023. Вип. 1 (67). С. 65–70.

482. Школа здорового перекусу «Наша ряба». URL : <https://ryaba.ua/back-to-school/> (дата звернення: 15.10.2022 р.).

483. Школярів Полтавщини запрошують взяти участь у конкурсі есе «Здоров'я. Вибір кожного». URL : <https://poltava.to/project/4874/> (дата звернення: 15.10.2022 р.).

484. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення через призму соціального маркетингу. *Соціально-економічні відносини: теорія та практика*. 2014. № 2. С. 325–331.

485. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти нерівності у здоров'ї населення : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра екон. наук: 08.00.07. Київ, 2019. 40 с.

486. Щеплення – суперсила від хвороб: дорослі вакцинуються від дифтерії та правця кожні 10 років. URL : <http://www.rmn.sm.gov.ua/index.php/en/8-novini/13975-shcheplennya-supersila-vid-khvorob-dorosli-vaktsinuyutsya-vid-difteriji-ta-pravtsya-kozhni-10-rokiv> (дата звернення: 26.06.2023 р.).

487. Що означають кольорові смужки на тюбику зубної пасти? URL : <https://www.zuby.in.ua/?p=1501> (дата звернення: 17.11.2022 р.).

488. Як працює система охорони здоров'я Канади. Український медичний портал. URL : <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-pracyuye-sistemaohoroni-zdorov-ya-kanadi-535> (дата звернення: 28.05.2023 р.).

489. Як українські фармкомпанії розвиваються під час війни. URL : <https://biz.nv.ua/ukr/markets/farmaceutika-yak-ukrajinski-kompaniji-rozvivayut-virobnictvo-i-tehnologiji-pid-chas-viyeni-50284810.html> (дата звернення: 28.05.2023 р.).

490. Які маркетингові стратегії запустила пандемія коронавірусу. URL : <https://lvbs.com.ua/news/yaki-marketyngovi-strategiyi-zapustyla-pandemiya-koronavirusu/> (дата звернення: 13.10.2022 р.).

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця А.1

Порівняння країн ЄС та України за показниками Health Index, Happiness Index та Social Progress Index

Країна	Рівень здоров'я (шкала 0–100 балів / 43 країни)	Рівень задоволеності життям (шкала 0–8 балів / 137 країн)	Рівень соціального прогресу (шкала 0–100 балів / 168 країн)
Швеція	82,3/3	7,395/6	91,2/7
Нідерланди	82/5	7,403/5	90,57/8
Люксембург	81,6/6	7,228/9	88,75/15
Німеччина	81,4/7	6,892/16	90,32/10
Фінляндія	81,3/8	7,804/1	92,26/2
Данія	81,1/9	7,586/2	92,15/3
Італія	80,9/10	6,405/33	86,56/23
Бельгія	80,6/11	6,859/17	6,805/16
Франція	80,5/12	6,661/21	88,23/19
Мальта	80,4/13	6,3/37	85,24/28
Австрія	80,2/14	7,097/11	89,44/14
Ірландія	80/15	6,911/14	89,47/13
Словенія	79,9/16	6,65/22	85,83/26
Іспанія	79,7/17	6,436/32	87,53/26
Чехія	79,5/18	6,845/18	86,6/22
Кіпр	79,2/19	6,13/46	85,03/29
Естонія	79,1/20	6,455/31	87,38/21
Португалія	77,4/21	5,968/56	85,97/25
Греція	77,3/22	5,931/58	84,37/31
Словаччина	76,7/23	6,469/29	83,69/33
Угорщина	76,6/24	6,041/51	80,15/42
Польща	76,3/25	6,26/39	83,08/35
Хорватія	75,7/26	6,125/48	82,82/36
Латвія	74,5/27	6,213/41	83,43/34
Литва	74,4/28	6,763/20	85,58/27
Болгарія	74,1/30	5,466/77	78,81/43
Румунія	73/33	6,589/24	78,41/44
Україна	68,7/42	5,071/92	75,78/48

Джерело: сформовано на основі даних Statista, World Happiness Report, Social Progress Index

Додаток Б

Таблиця Б.1

Індикатори розрахунку рівня здорового розвитку регіону (демографічна, превентивна, медична та інклюзивна складові)

Регіон	ДМр1	ДМр2	ДМр3	ДМр4	ДМр5	ПРр1	ПРр2	ПРр3	МДр1	МДр2	МДр3	ФНр1	ФНр2	ФНр3
Вінницький	71,18	15,5	66,7	10,2	37	78	3,5	7,6	6,8	4,8	9,6	4,8	47,8	44,7
Волинський	70,7	12,9	62,8	9,6	46	68	2,9	6,8	7	3,8	10	10,4	4,9	8,7
Дніпропетровський	68,42	16	61,7	10,8	42	87	2,8	27,8	8,7	4,7	8,7	30,8	3,9	52,8
Житомирський	68,21	16,4	64,8	8,8	26	73	3,6	7,8	6,8	3,8	10,2	2,2	8	2,2
Закарпатський	69,45	12,4	55,1	10,7	25	92	2,6	7,5	6,8	3,9	8,2	12,5	16,6	22,8
Запорізький	68,64	16,4	54,7	11,9	34	86	3,8	10	8,3	4,9	8,9	11,8	27,3	72,5
Івано-Франківський	72,03	12,8	63,3	10,4	37	90	3,3	8	7,6	6,1	10,5	16,3	4,4	141,1
Київський	68,1	16,1	62,4	10,2	40	77	3,1	13,8	7,3	4,2	8,5	9,3	7,6	4,1
Кіровоградський	68,63	16,4	57,6	9,8	40	89	3	6,9	8,4	3,5	9,4	12,5	5,6	9
Львівський	71,51	13	55,1	10,7	42	89	3,7	4,6	8,2	5,5	10	17,4	4,1	21,1
Миколаївський	69,09	15,2	60,7	9,3	42	79	2,9	14,6	7	3,4	7,5	20	3,8	73,8
Одеський	69,21	13,9	57,8	11,3	50	86	3,1	31,2	7,7	4,7	8,3	8,2	4,3	15,7
Полтавський	70,01	16,4	64,5	10,6	42	92	4,4	7,8	7,8	4,8	9,4	1,3	2	10,1
Рівненський	69,92	12,3	65,4	10,4	37	93	2,6	7,6	7,4	4,1	10,4	5,4	7	5
Сумський	70,34	16,2	60,1	10,9	50	95	2,7	4,2	8,1	4	10,3	25	3,6	82,2
Тернопільський	72,11	14,2	66,6	9,9	37	92	3,3	7,7	8,2	5,2	10,2	10,9	2,2	3,7
Харківський	68,73	15,2	58,9	9,7	38	78	2,8	3,8	8,3	5,7	8,6	41,1	12,4	62,8
Херсонський	68,16	15,5	53,6	9,3	47	88	2,5	9,9	7,6	3,6	8,4	40,9	8,4	93
Хмельницький	70,27	15,4	64,1	10	48	95	3,7	5,7	7,8	4,3	9,9	12,9	11,7	20,7
Черкаський	70,57	16,4	64	10,6	32	94	3,1	9,8	8	3,8	9,6	13,6	16,6	57,1
Чернівецький	71,27	12,3	81,3	10,2	41	97	3	7,9	7,3	6	9,8	2,7	5,7	10,4
Чернігівський	68,94	18,6	66,8	8,7	27	77	3,4	9,2	9,1	3,6	10,2	74,4	12,3	44,6

Джерело: сформовано на основі даних Державної статистики України

Таблиця Б.2

Індикатори розрахунку рівня здорового розвитку регіону (інформаційна та поведінкова складові)

Регіон	ІНр ₁	ІНр ₂	ІНр ₃	ПВр ₁	ПВр ₂	ПВр ₃	ПВр ₄	ПВр ₅	ПВр ₆	ПВр ₇	ПВр ₈
Вінницький	73,8	58	90,5	198,9	63,5	15,4	30,6	19,3	19,5	15,2	60
Волинський	84,5	33	95	206,9	49,3	12,5	31,6	39,9	20,6	16,5	72
Дніпропетровський	90,5	54	63	197,5	68,1	13	28,5	17,9	30,9	16,4	54
Житомирський	79,4	31	90,5	209	54,6	15	26,8	7,7	23,3	18,2	47
Закарпатський	89,6	44	95	230,8	55,8	8	29,4	14,8	28,9	17,9	53
Запорізький	77,5	75	78	171,4	53,8	13,6	28,8	13,2	25,4	16,8	57
Івано-Франківський	84,6	11	95	276,7	54,7	9	32,5	7,1	22,3	14,4	88
Київський	79,2	49	90,5	211,2	81,4	16,8	24	11,8	27,3	19,4	36
Кіровоградський	72,3	70	90,5	213,8	53,5	13,5	32,7	5,8	21,5	18,9	58
Львівський	81,2	60	95	215,3	58,5	9,4	30,4	23,3	24,7	12,8	62
Миколаївський	81,3	70	78	204,3	62,1	13,4	29,4	11,3	22,3	14	45
Одеський	88,5	72	78	185,8	64,3	16	27	27,9	31,5	16	53
Полтавський	70,9	41	63	201,5	54,7	12	28,5	8,4	26,1	20,9	45
Рівненський	81,5	74	95	191,7	44,8	10,5	28,3	8,3	28,9	12,5	79
Сумський	74,7	15	63	182,4	45,8	9,5	31	14,2	27,5	14,9	64
Тернопільський	81,9	21	95	245,1	53,7	9,6	26,1	4,1	22,1	16,5	100
Харківський	90,6	54	63	203,9	55,6	9,2	25	10,9	21,1	14,8	54
Херсонський	81,5	60	78	183,9	52,1	14	31,6	20,4	22,6	22,1	73
Хмельницький	75,7	49	95	208,2	64,4	10,5	30	7,9	21,2	17,2	80
Черкаський	83,2	21	90,5	216,6	62,7	13,9	35	8,9	24,5	19	49
Чернівецький	84,3	47	95	226,6	70,1	10,5	31,2	11,5	19,9	18	73
Чернігівський	74,8	64	63	210,5	52,9	12,7	39,5	6,3	32,9	24,6	50

Джерело: сформовано на основі даних Державної статистики України

Додаток В

Таблиця В.1

Початкова сукупність індикаторів для перевірки показників конкурентоспроможності на мультиколінеарність
(економічна складова – Україна)

Рік	Наявний дохід у розрахунку на одну особу, грн	Валовий регіональний продукт у розрахунку на одну особу, грн	Обсяг реалізованої промислової продукції, млн грн	Капітальні інвестиції, тис. грн	Експорт товарів, млн дол. США	Імпорт товарів, млн дол. США	Експорт послуг, млн дол. США	Імпорт послуг, млн дол. США	Кількість підприємств, од.	Кількість найманих працівників, чол.	Частка збиткових підприємств, %
2010	18486	23600	1043110,8	180575,5	51405,2	60742,2	11936316,7	5421645,1	378810	9073663	41
2011	21638	28488	1305308	241286	68394,2	82608,2	14180342	6214212,1	375695	8986914	38
2012	25206	32002	1367925,5	273256	68830,4	84717,6	14096178,1	6650075,8	364935	8861469	44,7
2013	26719	33473	1322408,4	249873,4	63320,7	76986,8	14233226,1	7523029,1	393327	8515443	40
2014	26782	37569	1428839,1	219419,9	53901,7	54428,7	11520850,7	6373128,1	341001	7311651	33,7
2015	31803	46413	1496013	273116,4	38127,1	37516,4	9736654,2	5523022,4	343440	6589493	26,3
2016	37080	55899	1767093,3	359216,1	36361,7	39249,8	9867999,7	5326512,7	306369	6597583	26,6
2017	47270	70233	2153031,3	448461,5	43264,7	49607,2	10714369,5	5476148,9	338256	6706225	27,2
2018	58442	84235	2508579,5	578726,4	47335	57187,6	11637950,6	6308810,2	355877	7088709	25,7
2019	69140	94661	2480804,2	623978,9	50054,6	60800,2	15628855,9	6942150,2	380597	7418837	26

Джерело: сформовано на основі даних Державної статистики України

Таблиця В.2

Початкова сукупність індикаторів для перевірки показників конкурентоспроможності на мультиколінеарність
(соціальна складова – Україна)

Рік	Приріст населення, чол.	Кількість народжених, тис. осіб	Коефіцієнт шлюбності, шт. на 1000 осіб населення	Охоплення закладами дошкільної освіти, тис. од.	Забезпеченість клубними закладами, од.	Аварійний житловий фонд, од.	Рівень злочинності, злочинів	Державні витрати на соціальний захист, млн грн
2010	-200546	10,8	7,8	53	18600	14376,00	321228	104543,9
2011	-161993	11	7,9	55	18500	14670,00	343159	105434,8
2012	-142435	11,4	7,6	57	18500	14833,00	302563	125306,9
2013	-158712	11,1	7,4	61	18500	15100,00	426651	145062,6
2014	-166774	10,8	7,3	55	16800	15208,00	393532	138004,7
2015	-168782	10,7	7,8	55	17195	15414,00	412689	176339,8
2016	-175974	10,3	5,9	57	17133	15764,00	444617	258326,1
2017	-198139	9,4	6,5	59	17090	16453,00	374238	285761,7
2018	-233202	8,7	6	61	17017	16799,00	344780	309363,6
2019	-250785	8,1	6,3	63	16348	17099,00	301792	321786,7

Джерело: сформовано на основі даних Державної статистики України

Таблиця В.3

Початкова сукупність індикаторів для перевірки показників конкурентоспроможності на мультиколінеарність
(інноваційна складова – Україна)

Рік	Кількість працівників, задіяних у виконанні науково-дослідних робіт, осіб	Кількість інноваційно активних підприємств, од.	Впровадження інноваційних технологій, од.	Кількість заявок на винаходи, од.	Заявки на корисні моделі, од.	Кількість закладів вищої освіти, од.	Витрати на виконання наукових досліджень і розробок, млн грн
2010	182484	2170	2043	5312	10685	349	8107,1
2011	175330	1987	2510	5256	10437	345	8513,4
2012	164340	1789	2188	4955	10229	334	9419,9
2013	155386	1758	1576	5043	10175	325	10248,5
2014	136123	1540	1743	4813	9384	277	9487,5
2015	122504	1345	1217	4497	8616	288	11003,6
2016	97912	1269	3489	4092	9560	287	11530,7
2017	94274	1090	1831	4046	9118	289	13379,3
2018	88128	777	2002	3969	9120	282	16773,7
2019	79262	782	2318	3852	8459	281	17254,6

Джерело: сформовано на основі даних Державної статистики України

Таблиця В.4

Початкова сукупність індикаторів для перевірки показників конкурентоспроможності на мультиколінеарність
(екологічна складова – Україна)

Рік	Обсяги викидів в атмосферне повітря, кг	Утворення відходів, тис. т	Поточні витрати на охорону довкілля, тис. грн	Обсяги забруднення стічних вод, млн м ³	Енергоспоживання на основі відновних джерел енергії, тис. т н.е.	Обсяги знищення лісів, га
2010	6678	422549,9	10366565,5	312	2611	402,2
2011	6877,3	443795,5	12039439,5	309	2514	400,6
2012	6821,1	446716,9	13924654,3	292	2476	378,4
2013	6719,8	445262,1	14339060,4	265	3166	389,4
2014	5346,2	355000,4	13965726	175	2797	390,8
2015	4521,3	312267,6	16915535,2	184	2700	399,3
2016	4686,6	295870,1	19098224,8	164	3616	386,4
2017	4230,6	366054	20466423,3	158	3907	419,1
2018	4121,2	352333,9	24317991	141	4303	445,5
2019	4108,3	441516,5	27480190,3	88	4335	440,3

Джерело: сформовано на основі даних Державної статистики України

Додаток Д

Таблиця Д.1

Нормалізовані значення індикаторів економічної та соціальної складових конкурентоспроможності регіонів

Регіон	Валовий регіональний продукт	Експорт товарів	Експорт послуг	Кількість підприємств	Кількість найманих працівників	Кількість народжених	Кількість зареєстрованих шлюбів	Охоплення закладами дошкільної освіти	Місць у клуб закладах	Кількість осіб, потерпілих від злочинів
Вінницький	0,03	-0,07	-0,08	-0,26	-0,21	-0,21	-0,30	0,61	1,63	-0,16
Волинський	-0,61	-0,55	-0,47	-0,77	-0,10	3,17	0,61	-1,31	0,14	0,43
Дніпропетровський	3,18	4,02	0,03	2,53	2,56	-0,58	0,38	0,17	-1,72	0,27
Житомирський	-0,50	-0,53	-0,48	-0,63	-0,20	-0,11	-0,53	0,76	1,26	-0,05
Закарпатський	-0,79	-0,09	0,54	-0,69	-1,47	1,56	1,07	-1,46	-1,16	-0,95
Запорізький	0,35	0,95	-0,05	0,47	1,11	-0,84	-0,07	0,32	-1,08	1,28
Івано-Франківський	-0,48	-0,48	-0,58	-0,49	-0,98	0,41	0,38	-2,19	-0,41	-1,59
Київський	1,11	0,32	0,43	1,13	1,87	0,10	1,75	1,20	-0,42	-0,69
Кіровоградський	-0,64	-0,38	-0,75	-0,43	-0,17	-0,68	-1,67	0,02	0,86	1,50
Львівський	1,06	0,55	2,18	1,21	0,67	0,31	0,84	-1,31	-0,66	-0,26
Миколаївський	-0,41	0,50	0,78	-0,04	-0,36	-0,53	-0,76	0,61	-0,20	1,23
Одеський	0,85	-0,08	3,15	1,82	0,08	0,46	2,20	-0,87	-1,11	-0,42
Полтавський	0,73	0,55	-0,67	-0,09	1,01	-0,84	-0,76	0,91	0,21	1,34
Рівненський	-0,71	-0,67	-0,52	-0,77	-0,73	1,45	0,61	-0,72	-0,38	-0,37
Сумський	-0,61	-0,33	-0,73	-0,76	-0,09	-1,15	-2,12	1,64	0,38	0,00
Тернопільський	-0,84	-0,68	-0,34	-0,89	-0,84	-0,11	0,38	-0,87	0,94	-1,33
Харківський	1,46	-0,01	1,05	1,78	0,97	-0,79	0,61	0,46	-1,31	0,16
Херсонський	-0,78	-0,79	-0,71	-0,49	-0,99	-0,21	-0,30	0,02	-0,51	2,24
Хмельницький	-0,52	-0,54	-0,75	-0,55	-0,47	-0,06	-0,53	0,91	1,93	-1,38
Черкаський	-0,28	-0,44	-0,66	-0,34	0,11	-0,89	-0,76	1,05	1,06	-0,42
Чернівецький	-1,02	-0,86	-0,65	-1,01	-1,57	0,62	-0,07	-0,72	-0,53	-1,11
Чернігівський	-0,59	-0,39	-0,71	-0,74	-0,19	-1,10	-0,98	0,76	1,08	0,27
Максимум	3,18	4,02	3,15	2,53	2,56	3,17	2,2	1,64	1,93	-1,59

Таблиця Д.2

Нормалізовані значення індикаторів інноваційної та екологічної складових конкурентоспроможності регіонів

Регіон	Кількість працівників задіяних у НДР	Кількість заявок на корисні моделі	Витрати на наукові дослідження і розробки	Схильність до інновацій	Рівномірність	Обсяги викидів в атмосферне повітря	Утворення відходів	Скидання забруднених зворотних вод	Обсяги загибелі лісів	Встановлена потужність ВДЕ
Вінницький	-0,46	1,95	-0,48	1,18	-1,02	-0,33	-0,34	-0,44	-0,59	0,04
Волинський	-0,56	-0,72	-0,55	-0,44	0,71	-0,94	-0,39	-0,46	3,59	-1,01
Дніпропетровський	2,06	1,41	1,80	1,18	-1,02	-0,01	3,14	4,21	-0,49	2,36
Житомирський	-0,52	-0,64	-0,52	-0,44	0,71	0,73	-0,41	-0,42	0,31	-0,47
Закарпатський	-0,44	-0,62	-0,43	-0,44	0,71	-0,93	-0,42	-0,37	0,60	-0,08
Запорізький	0,69	0,16	1,84	1,18	-1,02	0,53	-0,28	0,84	-0,54	1,40
Івано-Франківський	-0,46	-0,46	-0,48	1,18	0,71	-1,22	-0,33	-0,44	-0,25	-0,17
Київський	-0,04	-0,33	-0,01	-0,44	-1,02	2,77	-0,39	-0,42	1,15	0,02
Кіровоградський	-0,57	-0,70	-0,53	-0,44	0,71	0,43	1,38	-0,44	-0,53	0,02
Львівський	0,78	0,26	0,21	1,18	0,71	-0,65	-0,39	0,99	-0,14	-0,02
Миколаївський	-0,12	-0,41	-0,09	-0,44	0,71	0,17	-0,33	-0,01	-0,60	1,77
Одеський	0,14	0,23	-0,07	1,18	0,71	-0,17	-0,41	0,21	-0,60	0,82
Полтавський	-0,42	-0,16	-0,50	1,18	0,71	2,18	2,73	-0,42	-0,61	-0,92
Рівненський	-0,52	-0,56	-0,54	-2,06	-1,02	-0,92	-0,40	-0,37	1,80	-1,02
Сумський	-0,32	-0,50	-0,32	-0,44	0,71	0,24	-0,39	0,01	-0,60	-1,00
Тернопільський	-0,58	0,26	-0,51	-0,44	-1,02	-0,86	-0,38	-0,42	-0,55	-0,57
Харківський	3,63	3,41	3,44	-0,44	0,71	-0,32	-0,39	-0,25	-0,60	-0,94
Херсонський	-0,44	-0,51	-0,44	-0,44	0,71	0,01	-0,41	-0,44	-0,04	1,82
Хмельницький	-0,50	-0,62	-0,53	1,18	0,71	0,02	-0,39	-0,44	-0,46	0,27
Черкаський	-0,46	-0,46	-0,45	-0,44	0,71	0,92	-0,38	-0,37	-0,39	-0,65
Чернівецький	-0,42	-0,24	-0,39	-2,06	-1,02	-1,47	-0,41	-0,42	-0,58	-0,69
Чернігівський	-0,45	-0,75	-0,45	-0,44	-2,76	-0,18	-0,39	-0,17	0,12	-0,99
Максимум	3,63	3,41	3,44	1,18	0,71	-1,47	-0,42	-0,46	-0,6	2,36

Додаток Ж

Pairwise Granger Causality Tests

Date: 04/06/23 Time: 14:17
Sample: 2010 2019
Lags: 2

Null Hypothesis:	Obs	F-Statistic
AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_GINI	8	21.8616 0.60244
AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD	8	2.34750 1.20255
AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT	8	1.07325 24.2431
AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN	8	3.46461 1.89256
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT	8	1.06156 0.13303
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC	8	5.02434 0.70058
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE	8	3.69699 0.18595
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY	8	1.32259 0.25685
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED	8	0.19374 0.24040
AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_GINI AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD	8	0.97295 0.50553
AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_GINI AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT	8	0.19697 2.33122
AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_GINI AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN	8	0.92346 2.76681
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_GINI AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT	8	0.05286 0.09954
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_GINI AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC	8	0.01160 3.51197
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_GINI AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE	8	0.03749 0.62065
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_GINI AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY	8	0.12136 0.94951
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_GINI AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED	8	0.72804 4.35837
AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT	8	7.55240 2.08630
AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN	8	0.51477 0.15679
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT	8	0.22208 0.20817
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC	8	4.61022 0.25639
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE	8	1.66121 0.88274
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY	8	1.14859 6.99262
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED	8	1.61134 3.14895
AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN	8	2.55066 0.64956
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT	8	0.43233 13.5705
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC	8	26.6780 0.16381
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE	8	1.85073 0.01461
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY	8	1.47757 3.61596
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED	8	3.37165 1.22798
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT	8	0.32398 2.50281
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC	8	0.06744 9.32652
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE	8	11.0413 0.56141
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY	8	0.55246 0.19891
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN AUSTRIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED	8	3.33172 0.26913
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC	8	1.95666 2.55904
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE	8	0.22559 0.02055
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY	8	2.48997 4.95395
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED	8	0.72466 0.22269
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE	8	1.08584 0.11358
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY	8	1.27690 10.6438
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED	8	0.03322 0.59295
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY	8	0.07509 2.47665
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED	8	0.19988 0.23248
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED	8	0.35358 0.16025

Pairwise Granger Causality Tests

Date: 04/06/23 Time: 20:19
Sample: 2010 2019
Lags: 2

Null Hypothesis:	Obs	F-Statistic
SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_GINI	8	1.05752 4.66307
SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD	8	0.30053 2.29853
SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT	8	0.62534 1.93021
SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN	8	1.25395 0.43826
SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT	8	0.09149 3.72066
SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC	8	1.38616 1.31063
SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE	8	0.97912 0.24959
SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY	8	0.21176 0.21722
SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED	8	0.37631 0.84946
SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_GINI SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD	8	0.77724 2.13851
SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_GINI SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT	8	3.71414 3.97380
SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_GINI SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN	8	2.77951 5.00456
SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_GINI SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT	8	0.95631 1.46576
SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_GINI SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC	8	6.67981 10.0275
SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_GINI SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE	8	2.60482 0.24626
SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_GINI SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY	8	2.10478 7.69176
SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_GINI SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED	8	0.56240 1.28709
SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT	8	1.89628 2.95687
SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN	8	1.64013 0.42012
SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT	8	5.77400 1.49144
SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC	8	2.52697 3.43813
SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE	8	24.6775 8.71778
SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY	8	5.59900 5.99887
SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED	8	1.09344 1.52681
SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN	8	2.31723 1.87309
SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT	8	0.80516 1.87238
SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC	8	0.27122 0.65614
SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE	8	3.19777 0.57095
SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY	8	0.49872 1.49051
SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED	8	2.93599 2.55966
SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT	8	0.18431 3.99426
SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC	8	1.35765 1.74669
SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE	8	1.31866 0.37674
SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY	8	6.74954 0.59625
SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN SLOVENIA_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED	8	0.30250 0.77474
SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC	8	12.4859 0.85622
SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE	8	0.11123 0.08721
SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY	8	27.8754 0.67628
SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED	8	0.07267 2.76176
SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE	8	0.96729 4.63572
SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY	8	29.4274 3.93637
SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED	8	0.36501 3.31827
SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY	8	4.52583 3.04744
SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED	8	0.64886 12.9137
SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED	8	0.24085 1.34965

Рисунок Ж.1 – Результати тесту Гренджера для Австрії та Словенії в допандемічний період

Pairwise Granger Causality Tests				Pairwise Granger Causality Tests			
Date: 04/06/23 Time: 22:00				Date: 04/06/23 Time: 22:36			
Sample: 2010 2019				Sample: 2010 2019			
Lags: 2				Lags: 2			
Null Hypothesis:	Obs	F-Statistic	Prob	Null Hypothesis:	Obs	F-Statistic	Prob
FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_BEDS	8	6.63194	0.079	UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINA_BEDS	8	0.98115	0.4701
FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_GINI		0.3534	0.738	UKRAINA_BEDS does not Granger Cause UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE		0.52932	0.6355
FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_BEDS	8	1.04187	0.453	UKRAINA_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINA_BEDS	8	6.00600	0.0893
FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD		1.65294	0.328	UKRAINA_BEDS does not Granger Cause UKRAINA_UNMET_NEED		12.3208	0.0358
FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_BEDS	8	2.63001	0.218	UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINA_BEDS	8	0.01485	0.9853
FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT		1.07669	0.444	UKRAINA_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_GINI		2.21543	0.2955
FRANCE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause FRANCE_BEDS	8	6.08659	0.087	UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINA_BEDS	8	0.14295	0.8724
FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_LIFEEPECTAN		0.45910	0.670	UKRAINA_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD		0.64104	0.5864
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_BEDS	8	10.1058	0.046	UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINA_BEDS	8	1.89099	0.2942
FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT		8.93284	0.054	UKRAINA_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT		0.57764	0.6135
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_BEDS	8	29.9502	0.010	UKRAINE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause UKRAINA_BEDS	8	0.86237	0.5060
FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC		2.54829	0.225	UKRAINA_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEPECTAN		3.19956	0.1803
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_BEDS	8	2.62537	0.219	UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINA_BEDS	8	2.74454	0.2101
FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE		2.85779	0.201	UKRAINA_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT		3.22841	0.1787
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_BEDS	8	1.56730	0.342	UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINA_BEDS	8	0.47481	0.6620
FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY		14.8862	0.027	UKRAINA_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC		22.4359	0.0157
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_BEDS	8	5.88595	0.091	UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINA_BEDS	8	1.64438	0.3295
FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED		1.34965	0.381	UKRAINA_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY		1.62175	0.3331
FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_GINI	8	1.06309	0.447	UKRAINA_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE	8	1.53600	0.3473
FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD		0.21526	0.817	UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINA_UNMET_NEED		2.83298	0.2037
FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_GINI	8	0.01082	0.989	UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE	8	1.25659	0.4014
FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT		9.17532	0.052	UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_GINI		5.35881	0.1023
FRANCE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause FRANCE_GINI	8	0.63682	0.588	UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE	8	1.98836	0.2808
FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_LIFEEPECTAN		3.20556	0.180	UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD		1.31395	0.3892
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_GINI	8	9.89190	0.047	UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE	8	0.45876	0.6701
FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT		0.97837	0.470	UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT		2.56501	0.2247
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_GINI	8	0.43663	0.681	UKRAINE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE	8	2.69686	0.2132
FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC		1.62520	0.332	UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEPECTAN		2.53454	0.2267
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_GINI	8	0.23212	0.805	UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE	8	0.61739	0.5963
FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE		0.47085	0.664	UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT		0.35922	0.7247
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_GINI	8	0.71548	0.557	UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE	8	6.02850	0.0899
FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY		3.25831	0.177	UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC		3.75376	0.1526
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_GINI	8	0.05375	0.948	UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE	8	0.01538	0.9848
FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED		16.9637	0.023	UKRAINA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY		0.86965	0.5036
FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD	8	1.34641	0.382	UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINA_UNMET_NEED	8	0.06464	0.9387
FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT		3.68211	0.155	UKRAINA_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_GINI		0.19129	0.9420
FRANCE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD	8	0.79763	0.527	UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINA_UNMET_NEED	8	1.70450	0.3203
FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_LIFEEPECTAN		1.30020	0.392	UKRAINA_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD		0.73146	0.5511
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD	8	19.0769	0.019	UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINA_UNMET_NEED	8	5.84152	0.0924
FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT		0.01444	0.985	UKRAINA_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT		0.64358	0.5854
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD	8	2.84351	0.202	UKRAINE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause UKRAINA_UNMET_NEED	8	0.64763	0.5837
FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC		2.37082	0.241	UKRAINA_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEPECTAN		1.87174	0.2967
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD	8	1.99886	0.280	UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINA_UNMET_NEED	8	33.7927	0.0088
FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE		1.53489	0.347	UKRAINA_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT		2.40156	0.2384
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD	8	8.49572	0.058	UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINA_UNMET_NEED	8	1.45212	0.3622
FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY		16.0552	0.025	UKRAINA_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC		50.9222	0.0048
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD	8	1.93725	0.288	UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINA_UNMET_NEED	8	9.74106	0.0487
FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED		4.07965	0.139	UKRAINA_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY		0.92840	0.4855
FRANCE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT	8	1.81798	0.304	UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_GINI	8	2.99010	0.1931
FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_LIFEEPECTAN		0.37012	0.718	UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD		1.34478	0.3829
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT	8	2.85025	0.202	UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_GINI	8	3.69147	0.1553
FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT		5.58446	0.097	UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT		0.55921	0.6217
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT	8	3.69885	0.155	UKRAINE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_GINI	8	0.52431	0.6379
FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC		1.67405	0.324	UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEPECTAN		1.51563	0.3508
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT	8	4.27781	0.132	UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_GINI	8	4.10721	0.1384
FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE		0.75037	0.544	UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT		0.28708	0.7690
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT	8	1.10376	0.437	UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_GINI	8	0.07242	0.9317
FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY		7.19496	0.071	UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC		2.81788	0.2048
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT	8	2.17793	0.260	UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_GINI	8	6.06893	0.0882
FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED		8.56908	0.057	UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY		0.30669	0.5765
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_LIFEEPECTAN	8	3.41114	0.168	UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD	8	0.40102	0.7009
FRANCE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT		0.69227	0.566	UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT		0.56813	0.6177
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_LIFEEPECTAN	8	0.43830	0.680	UKRAINE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD	8	1.18883	0.4167
FRANCE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC		4.21174	0.134	UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEPECTAN		2.70456	0.2131
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_LIFEEPECTAN	8	3.19841	0.180	UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD	8	0.68559	0.5686
FRANCE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE		3.14060	0.183	UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT		5.44694	0.1003
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_LIFEEPECTAN	8	0.13315	0.880	UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD	8	5.89050	0.0914
FRANCE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY		1.37367	0.377	UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC		4.18159	0.1357
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_LIFEEPECTAN	8	0.67732	0.571	UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD	8	0.81347	0.5221
FRANCE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED		12.3839	0.035	UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY		4.51241	0.1246
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT	8	4.31929	0.130	UKRAINE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT	8	0.07739	0.9273
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC		2.02885	0.277	UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEPECTAN		0.93744	0.4828
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT	8	4.59301	0.122	UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT	8	0.08988	0.9164
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE		0.59885	0.604	UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT		0.12264	0.8888
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT	8	4.25726	0.133	UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT	8	0.48257	0.6581
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY		11.2925	0.040	UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC		7.30784	0.0703
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT	8	12.2413	0.036	UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT	8	0.07262	0.9315
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED		0.98762	0.468	UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY		0.29648	0.7630
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC	8	2.97665	0.194	UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEPECTAN	8	0.47153	0.6636
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE		0.81136	0.522	UKRAINE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT		0.67483	0.5728
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC	8	12.5744	0.034	UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEPECTAN	8	1.24974	0.4029
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY		0.29308	0.791	UKRAINE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC		4.06737	0.1398
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC	8	10.8869	0.043	UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEPECTAN	8	1.34217	0.3834
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED		2.15091	0.263	UKRAINE_LIFEEPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY		0.13882	0.9787
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE	8	0.14314	0.872	UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT	8	1.04418	0.4527
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY		37.4921	0.007	UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC		15.0832	0.0272
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE	8	3.45489	0.166	UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT	8	0.82965	0.5167
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED		3.37194	0.170	UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY		0.93559	0.4833
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY	8	3.45111	0.166	UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC	8	10.3147	0.0452
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED		3.15505	0.182	UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY		1.09706	0.4389

Рисунок Ж.2 – Результати тесту Гренджера для Франції та України в допандемічний період

Pairwise Granger Causality Tests				Pairwise Granger Causality Tests			
Date: 04/06/23 Time: 23:13				Date: 04/06/23 Time: 23:29			
Sample: 2012 2021				Sample: 2012 2021			
Lags: 2				Lags: 2			
Null Hypothesis:	Obs	F-Statistic	Pr	Null Hypothesis:	Obs	F-Statistic	Pr
AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS	8	1.76829	0.3	SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS	8	0.39737	0.7
AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_GINI		1.77537	0.3	SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_GINI		2.42925	0.2
AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS	8	3.49730	0.1	SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS	8	0.39361	0.7
AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD		1.84038	0.3	SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD		4.04930	0.1
AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS	8	0.46332	0.6	SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS	8	4.69633	0.1
AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT		50.4900	0.0	SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT		17.9768	0.0
AUSTRIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS	8	86.8059	0.0	SLOVENIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS	8	0.12117	0.8
AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEPECTAN		0.21273	0.8	SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEPECTAN		0.01674	0.9
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS	8	1.33946	0.3	SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS	8	0.65784	0.5
AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT		3.09644	0.1	SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT		0.22096	0.8
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS	8	0.84945	0.5	SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS	8	0.32801	0.7
AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC		0.34558	0.7	SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC		0.91651	0.4
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS	8	6.21678	0.0	SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS	8	1.10194	0.4
AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE		2.83773	0.2	SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE		6.77672	0.0
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS	8	0.22425	0.8	SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS	8	4.92625	0.6
AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY		0.21057	0.8	SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY		0.99976	0.4
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_BEDS	8	0.05388	0.9	SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_BEDS	8	0.00031	0.9
AUSTRIA_BEDS does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED		5.41860	0.1	SLOVENIA_BEDS does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED		2.48969	0.2
AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_GINI	8	10.6678	0.0	SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_GINI	8	1.46131	0.3
AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD		1.48245	0.3	SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD		1.95172	0.2
AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_GINI	8	1.34679	0.3	SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_GINI	8	0.13832	0.8
AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT		1.48932	0.3	SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT		5.20179	0.1
AUSTRIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_GINI	8	9.90522	0.0	SLOVENIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_GINI	8	1.11807	0.4
AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEPECTAN		0.22632	0.8	SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEPECTAN		4.29338	0.1
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_GINI	8	1.81576	0.3	SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_GINI	8	1.34730	0.3
AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT		0.18540	0.8	SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT		3.04341	0.1
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_GINI	8	1.87721	0.2	SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_GINI	8	0.97827	0.4
AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC		0.10986	0.8	SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC		0.72914	0.5
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_GINI	8	1.63202	0.3	SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_GINI	8	0.04268	0.9
AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE		0.17724	0.8	SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE		8.28639	0.2
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_GINI	8	0.31625	0.7	SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_GINI	8	0.24173	0.7
AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY		0.11458	0.8	SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY		1.36086	0.3
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_GINI	8	0.17877	0.8	SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_GINI	8	2.34529	0.2
AUSTRIA_GINI does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED		6.21639	0.0	SLOVENIA_GINI does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED		7.53003	0.0
AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD	8	1.01271	0.4	SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD	8	27.8312	0.0
AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT		0.30188	0.7	SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT		6.41557	0.0
AUSTRIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD	8	1.48801	0.3	SLOVENIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD	8	4.61308	0.1
AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEPECTAN		1.14517	0.4	SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEPECTAN		0.15632	0.8
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD	8	0.63110	0.5	SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD	8	2.18476	0.2
AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT		0.11268	0.8	SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT		2.73529	0.2
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD	8	2.59015	0.2	SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD	8	4.72820	0.1
AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC		0.90009	0.4	SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC		0.80160	0.5
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD	8	1.85899	0.2	SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD	8	0.29670	0.7
AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE		0.80337	0.5	SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE		3.11703	0.1
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD	8	3.28986	0.1	SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD	8	5.75378	0.0
AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY		0.24715	0.7	SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY		33.7763	0.0
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_HOUSEHOLD	8	1.08339	0.4	SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_HOUSEHOLD	8	0.71462	0.5
AUSTRIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED		1.08559	0.4	SLOVENIA_HOUSEHOLD does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED		2.50001	0.2
AUSTRIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT	8	39.0872	0.0	SLOVENIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT	8	5.04997	0.1
AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEPECTAN		0.63339	0.5	SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEPECTAN		3.49708	0.1
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT	8	0.62508	0.5	SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT	8	2.37373	0.2
AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT		14.7130	0.0	SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT		0.96283	0.4
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT	8	0.21364	0.8	SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT	8	7.38408	0.0
AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC		0.58296	0.6	SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC		3.70809	0.1
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT	8	1.69528	0.3	SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT	8	0.80178	0.5
AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE		0.41099	0.6	SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE		0.27970	0.7
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT	8	0.33231	0.7	SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT	8	11.6642	0.0
AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY		0.30387	0.7	SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY		28.0003	0.2
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_IMMUNAZAT	8	26.1500	0.0	SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_IMMUNAZAT	8	2.74953	0.2
AUSTRIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED		6.40757	0.0	SLOVENIA_IMMUNAZAT does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED		0.15620	0.8
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEPECTAN	8	0.28355	0.7	SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEPECTAN	8	1.04716	0.4
AUSTRIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT		1.89720	0.2	SLOVENIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT		3.33020	0.1
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEPECTAN	8	2.19159	0.2	SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEPECTAN	8	2.83764	0.2
AUSTRIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC		0.16659	0.8	SLOVENIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC		0.33454	0.7
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEPECTAN	8	0.59350	0.6	SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEPECTAN	8	1.71925	0.3
AUSTRIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE		0.84122	0.5	SLOVENIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE		2.66711	0.2
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEPECTAN	8	6.27570	0.0	SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEPECTAN	8	9.35271	0.0
AUSTRIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY		0.30736	0.7	SLOVENIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY		3.91595	0.1
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_LIFEEPECTAN	8	0.59567	0.6	SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_LIFEEPECTAN	8	0.50074	0.6
AUSTRIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED		0.41900	0.6	SLOVENIA_LIFEEPECTAN does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED		0.40204	0.7
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT	8	2.31076	0.2	SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT	8	1.15180	0.4
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC		1.92489	0.2	SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC		1.02429	0.4
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT	8	7.47028	0.0	SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT	8	3.45896	0.1
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE		0.17968	0.8	SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE		11.4519	0.0
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT	8	0.37963	0.7	SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT	8	3.64982	0.1
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY		1.75586	0.3	SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY		1.70086	0.3
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_NET_MIGRAT	8	7.59715	0.0	SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_NET_MIGRAT	8	0.05055	0.9
AUSTRIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED		0.60718	0.6	SLOVENIA_NET_MIGRAT does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED		4.23726	0.1
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC	8	0.22826	0.8	SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC	8	1.44716	0.3
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE		1.35484	0.3	SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE		5.23957	0.1
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC	8	1.21882	0.4	SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC	8	2.43195	0.2
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY		0.36270	0.7	SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY		1.61779	0.3
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_SOCPROTEC	8	0.42938	0.6	SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_SOCPROTEC	8	0.38480	0.7
AUSTRIA_SOCPROTEC does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED		0.93566	0.4	SLOVENIA_SOCPROTEC does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED		2.87384	0.2
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY	8	4.66339	0.1	SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY	8	465.380	0.0
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE		0.59651	0.6	SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE		0.22584	0.8
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE	8	0.17622	0.8	SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE	8	1.71797	0.3
AUSTRIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED		1.48536	0.3	SLOVENIA_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED		0.39445	0.7
AUSTRIA_UNMET_NEED does not Granger Cause AUSTRIA_UNEMPLOY	8	1.37581	0.3	SLOVENIA_UNMET_NEED does not Granger Cause SLOVENIA_UNEMPLOY	8	0.85969	0.5
AUSTRIA_UNEMPLOY does not Granger Cause AUSTRIA_UNMET_NEED		0.14811	0.8	SLOVENIA_UNEMPLOY does not Granger Cause SLOVENIA_UNMET_NEED		2.32587	0.2

Рисунок Ж.3 – Результати тесту Гренджера для Австрії та Словенії у період з урахуванням пандемії

Pairwise Granger Causality Tests
Date: 04/06/23 Time: 23:28
Sample: 2012 2021
Lags: 2

Null Hypothesis:	Obs	F-Statistic	Prob.
FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_BEDS FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_GINI	8	5.15608 0.83975	0.1070 0.5133
FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_BEDS FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD	8	0.66417 2.87489	0.5770 0.2008
FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_BEDS FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT	8	1.82101 0.32760	0.3036 0.7436
FRANCE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause FRANCE_BEDS FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_LIFEEEXPECTAN	8	16.5787 0.69642	0.0239 0.5644
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_BEDS FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT	8	4.63898 0.50653	0.1208 0.6463
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_BEDS FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC	8	4.22516 0.11084	0.1341 0.8986
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_BEDS FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE	8	2.48653 1.33579	0.2308 0.3847
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_BEDS FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY	8	2.05262 9.18630	0.2744 0.0526
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_BEDS FRANCE_BEDS does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED	8	3.75037 0.91978	0.1527 0.4881
FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_GINI FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD	8	1.50762 1.00572	0.3522 0.4629
FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_GINI FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT	8	1.19520 0.94354	0.4152 0.4810
FRANCE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause FRANCE_GINI FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_LIFEEEXPECTAN	8	0.24113 1.32601	0.7996 0.3867
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_GINI FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT	8	2.43405 1.36985	0.2354 0.3779
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_GINI FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC	8	0.14852 2.06433	0.8679 0.2730
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_GINI FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE	8	0.35221 0.88665	0.7288 0.4983
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_GINI FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY	8	8.74522 0.10030	0.0560 0.9075
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_GINI FRANCE_GINI does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED	8	0.66150 0.93536	0.5781 0.4834
FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT	8	0.67060 0.04471	0.5745 0.9569
FRANCE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_LIFEEEXPECTAN	8	6.56345 2.16892	0.0802 0.2614
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT	8	3.60588 0.80112	0.1592 0.5263
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC	8	6.78478 0.12409	0.0770 0.8876
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE	8	2.05535 28.6596	0.2740 0.0111
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY	8	3.21395 0.82442	0.1795 0.5184
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_HOUSEHOLD FRANCE_HOUSEHOLD does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED	8	0.45987 3.59561	0.6696 0.1597
FRANCE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_LIFEEEXPECTAN	8	7.49098 0.12853	0.0681 0.8940
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT	8	0.52216 1.32919	0.6389 0.3860
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC	8	0.10597 0.70603	0.9027 0.5607
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE	8	3.48211 1.89167	0.1652 0.2941
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY	8	0.06941 3.77197	0.9344 0.1518
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_IMMUNAZAT FRANCE_IMMUNAZAT does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED	8	22.6361 1.15893	0.0155 0.4237
FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_LIFEEEXPECTAN FRANCE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT	8	0.69408 2.32924	0.5653 0.2452
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_LIFEEEXPECTAN FRANCE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC	8	1.80540 0.07264	0.3057 0.9315
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_LIFEEEXPECTAN FRANCE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE	8	0.33139 1.63752	0.7413 0.3306
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_LIFEEEXPECTAN FRANCE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY	8	0.47765 0.05526	0.6606 0.9472
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_LIFEEEXPECTAN FRANCE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED	8	2.36088 0.20753	0.2422 0.8234
FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC	8	0.71690 0.07779	0.5566 0.9270
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE	8	0.42966 10.2108	0.6854 0.0458
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY	8	0.77138 10.5832	0.5367 0.0437
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_NET_MIGRAT FRANCE_NET_MIGRAT does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED	8	0.28928 3.78145	0.7676 0.1514
FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE	8	0.19719 9.65889	0.8309 0.0493
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY	8	0.04387 0.75900	0.9577 0.5411
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_SOCPROTEC FRANCE_SOCPROTEC does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED	8	1.42798 7.80753	0.3667 0.0647
FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY	8	0.90686 7.04526	0.4920 0.0735
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_TOTAL_HEALSCARE FRANCE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED	8	16.4526 0.22016	0.0242 0.8143
FRANCE_UNMET_NEED does not Granger Cause FRANCE_UNEMPLOY FRANCE_UNEMPLOY does not Granger Cause FRANCE_UNMET_NEED	8	8.38362 2.90332	0.0591 0.1988

Pairwise Granger Causality Tests
Date: 04/06/23 Time: 23:30
Sample: 2012 2021
Lags: 2


Null Hypothesis:	Obs	F-Statistic	Prob.
UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_BEDS UKRAINE_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE	8	4.32922 29.7922	0.1305 0.0105
UKRAINE_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_BEDS UKRAINE_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_UNMET_NEED	8	1.02193 1.66267	0.4587 0.3266
UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_BEDS UKRAINE_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_GINI	8	0.87378 1.83194	0.5022 0.3021
UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_BEDS UKRAINE_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD	8	2.44485 0.92170	0.2345 0.4875
UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_BEDS UKRAINE_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT	8	5.04805 4.26680	0.1096 0.1327
UKRAINE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_BEDS UKRAINE_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEEXPECTAN	8	0.98195 0.23435	0.4698 0.8043
UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_BEDS UKRAINE_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT	8	0.57044 8.04524	0.6167 0.0622
UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_BEDS UKRAINE_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC	8	1.17187 13.9189	0.4206 0.0303
UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_BEDS UKRAINE_BEDS does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY	8	1.04616 1.74814	0.4522 0.3138
UKRAINE_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_UNMET_NEED	8	5.98172 1.23853	0.0896 0.4055
UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_GINI	8	13.5712 20.5320	0.0314 0.0176
UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD	8	1.92509 8.82020	0.2898 0.5198
UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT	8	22.0761 21.1057	0.0166 0.0171
UKRAINE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEEXPECTAN	8	9.29442 3.81795	0.0516 0.1498
UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT	8	2.64039 10.9962	0.2181 0.0416
UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC	8	0.15650 8.80858	0.8617 0.5002
UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE UKRAINE_TOTAL_HEALSCARE does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY	8	7.37746 0.01660	0.0698 0.9836
UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_UNMET_NEED UKRAINE_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_GINI	8	0.05970 3.01607	0.9431 0.1914
UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_UNMET_NEED UKRAINE_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD	8	5.11393 1.73488	0.1088 0.3158
UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_UNMET_NEED UKRAINE_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT	8	1.24418 7.96793	0.4041 0.0631
UKRAINE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_UNMET_NEED UKRAINE_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEEXPECTAN	8	0.20872 0.66002	0.8225 0.5787
UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_UNMET_NEED UKRAINE_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT	8	9.00180 0.91761	0.0548 0.4887
UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_UNMET_NEED UKRAINE_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC	8	0.84177 1.91424	0.5128 0.2912
UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_UNMET_NEED UKRAINE_UNMET_NEED does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY	8	1.60881 0.21404	0.3352 0.8187
UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_GINI UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD	8	32.5118 19.5292	0.0093 0.0191
UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_GINI UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT	8	4.68247 33.8659	0.1195 0.0087
UKRAINE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_GINI UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEEXPECTAN	8	23.1546 3.62717	0.0158 0.1582
UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_GINI UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT	8	2.15642 28.2872	0.2628 0.0113
UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_GINI UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC	8	0.01885 0.24821	0.9814 0.7948
UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_GINI UKRAINE_GINI does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY	8	6.69040 0.00389	0.0784 0.9961
UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT	8	2.99366 2.54631	0.1928 0.2257
UKRAINE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEEXPECTAN	8	24.4600 16.0753	0.0136 0.0245
UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT	8	0.59514 8.23369	0.6056 0.0605
UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC	8	1.47818 1.47524	0.3574 0.3588
UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_HOUSEHOLD UKRAINE_HOUSEHOLD does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY	8	0.30946 6.51321	0.7548 0.0811
UKRAINE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEEXPECTAN	8	13.1684 2.06435	0.0327 0.2738
UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT	8	5.93535 78.4502	0.0908 0.0026
UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC	8	1.11851 0.85485	0.4336 0.5084
UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_IMMUNAZAT UKRAINE_IMMUNAZAT does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY	8	3.77158 0.00931	0.1518 0.9908
UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEEXPECTAN UKRAINE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT	8	0.90582 9.21630	0.4922 0.0524
UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEEXPECTAN UKRAINE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC	8	0.19688 1.11677	0.8313 0.4343
UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_LIFEEEXPECTAN UKRAINE_LIFEEEXPECTAN does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY	8	2.20712 0.05398	0.2574 0.9484
UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC	8	0.60808 4.29499	0.6002 0.1317
UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_NET_MIGRAT UKRAINE_NET_MIGRAT does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY	8	0.44040 0.74576	0.6797 0.5455
UKRAINE_UNEMPLOY does not Granger Cause UKRAINE_SOCPROTEC UKRAINE_SOCPROTEC does not Granger Cause UKRAINE_UNEMPLOY	8	2.64500 0.58816	0.2177 0.6088

Рисунок Ж.4 – Результати тесту Гренджера для Франції та України в період з урахуванням пандемії

3. При виборі продукту в сегменті здорового харчування серед перелічених параметрів найбільш важливими для мене є (оберіть не більше 2-х відповідей):

- а) ціна;
 - б) смакові якості;
 - в) упаковка;
 - г) зручність купівлі (доступність точки продажу, простота доставки, наявність у магазині тощо);
 - д) довіра до виробника продукту;
 - е) регіон походження товару;
 - є) екологічність продукту в ланцюгу "виробництво-споживання-утилізація";
- Інше _____
-
-

4. Розгляньте зображення. По кожному з них висловіть свою думку (можливо обрати кілька варіантів у кожному рядку):

	Зустрічав(ла)	Розумію значення позначки	Звертаю увагу на цю позначку при купівлі товарів	Вважаю це зображення зайвим серед інших зображень	Жоден з варіантів не підходить
1 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 – підпис під позначенням видалено; 2 – позначення на упаковці продукту; 3 – позначення на упаковці продуктів харчування; 4 – смужки на тюбиках зубної пасти, крему, гелю тощо; 5 – позначення на упаковці продуктів харчування

5. Оцініть зазначені групи продуктів (можливо обрати кілька варіантів у кожному рядку):

	Не знайомий з цими продуктами	Розумію, що це за продукти	Купував(ла) кілька разів	Постійно купую
Органічні продукти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Free-from-food продукти (безглютенові, зернові, безцукрові технології)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Корисні дієтичні добавки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Енергетичні продукти для спортсменів	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дитячі продукти харчування	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ви купуєте продукти сегменту здорового харчування переважно (можливо обрати кілька варіантів):

- а) собі;
- б) близьким людям (наприклад, членам родини, друзям);
- в) домашнім улюбленцям;
- Інше _____

7. Надійну інформацію про товари в сегменті здорових продуктів доречно одержувати з таких джерел (можливо обрати кілька варіантів):

- а) інформаційні портали в мережі Інтернет;
- б) онлайн-відгуки споживачів;
- в) сторінки в соціальних мережах;
- г) інформація в точках продажу (включаючи консультації продавця);
- д) інформація в офлайн ЗМІ;
- е) спілкування зі знайомими;
- є) інформація від фахівця (лікар, дієтолог, тренер тощо);
- Інше _____

8. Ваша стать:

- а) чоловіча;
- б) жіноча.

9. Ваш вік:

- а) менше 18 років;
- б) 18-25 років;
- в) 26-39 років;
- г) 40-50 років;
- д) 51-60 років;
- е) старше 60 років.

10. Ваш сімейний стан:

- а) неодружений/незаміжня;
 - б) одружений/заміжня без дітей;
 - в) одружений/заміжня з дітьми;
 - г) громадянський шлюб без дітей;
 - д) громадянський шлюб з дітьми;
 - е) сам(а) з дитиною(дітьми);
- Інше _____

11. Ваш рід діяльності:

- а) повна зайнятість;
 - б) часткова зайнятість;
 - в) власний бізнес;
 - г) фрілансер;
 - д) студент;
 - е) пенсіонер;
 - є) домогосподар(ка)/безробітний;
- Інше _____

12. Перелічіть бренди продуктів здорового харчування, які Вам відомі (до п'яти назв).

Додаток К

Визначення технічних параметрів вебсайтів про здоров'я (фрагмент)

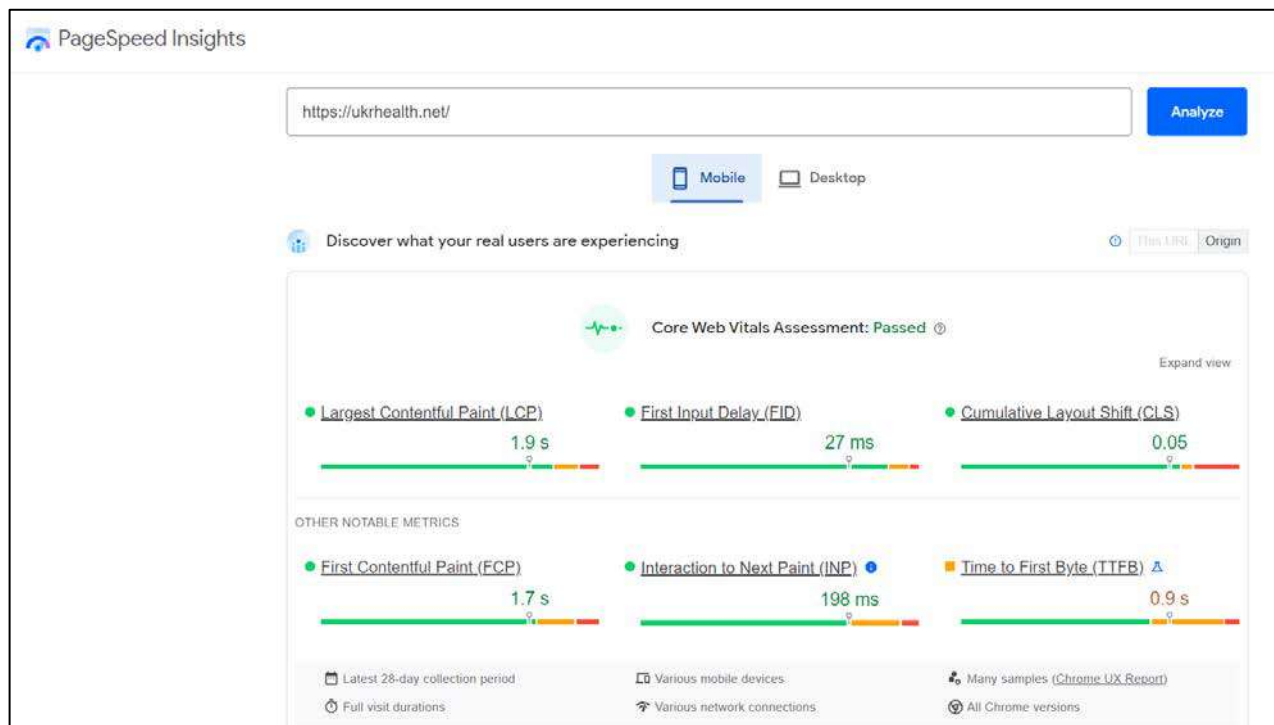


Рисунок К.1 – Визначення продуктивності вебсайту ukrhealth.net

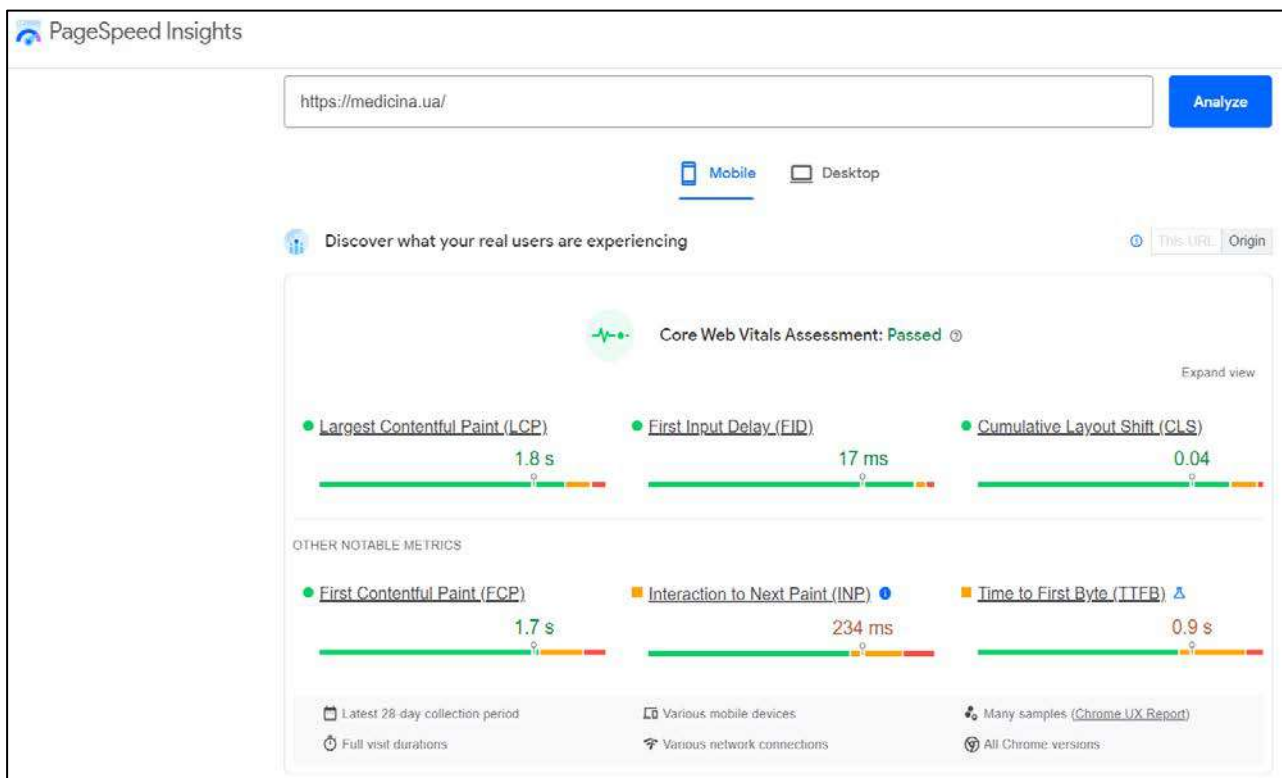


Рисунок К.2 – Визначення продуктивності вебсайту medicina.ua

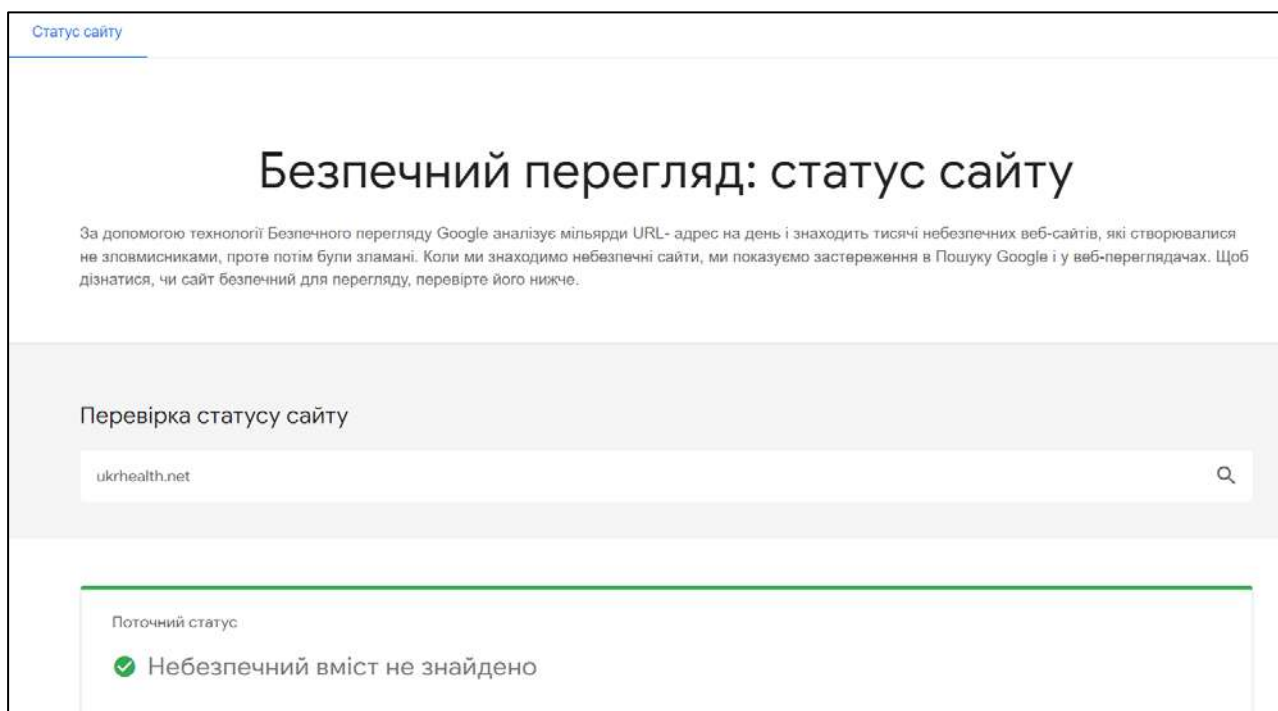


Рисунок К.3 – Скріншот перевірки сайту на наявність вірусів за допомогою інтернет-сервісу Google Safe Browsing

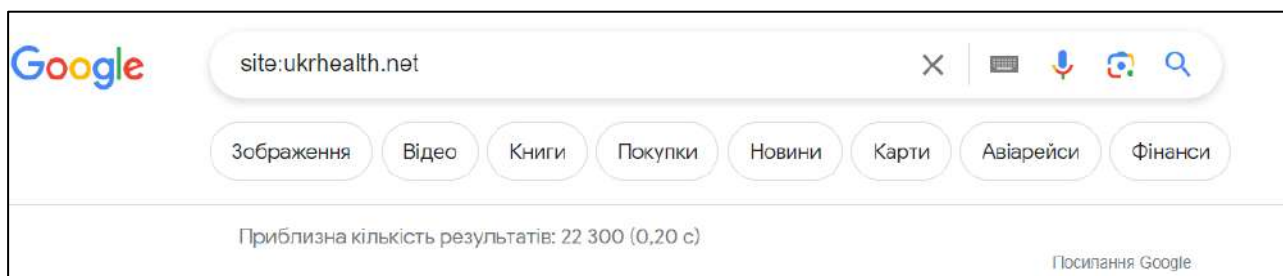


Рисунок К.4 – Скріншот перевірки кількості сторінок сайту в індексі Google (сайт ukrhealth.net)

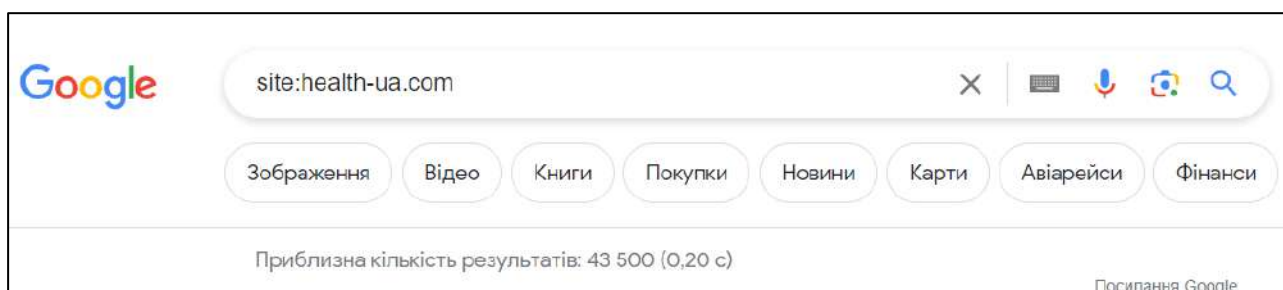


Рисунок К.5 – Скріншот перевірки кількості сторінок сайту в індексі Google (сайт health-ua.com)

The screenshot shows the Whois website interface. At the top, there is a search bar with the text "Search for domains or IP addresses...". Below the search bar, the domain "ukrhealth.net" is displayed in large blue letters, followed by "whois information". There are three buttons: "Whois" (highlighted in blue), "DNS Records", and "Diagnostics". Below these buttons, a message states "cache expires in 1 days, 0 hours, 0 minutes and 0 seconds". The main content area is divided into two sections: "Registrar Info" and "Important Dates".

Registrar Info	
Name	HOSTING UKRAINE LLC
Whois Server	whois.ukraine.com.ua
Referral URL	https://www.ukraine.com.ua
Status	ok http://www.icann.org/epp#ok

Important Dates	
Expires On	2023-12-29
Registered On	2012-12-29

Рисунок К.6 – Скріншот перевірки віку домену на інтернет-ресурсі Whois (сайт ukrhealth.net)

The screenshot shows the Ahrefs website interface. At the top, there is a navigation bar with the Ahrefs logo and links for "Tools", "Our data", "Resources", "Pricing", and "Enterprise". Below the navigation bar, the text "Free SEO Tools /" is visible. The main content area displays the domain "ukrhealth.net" and its performance metrics:

- Domain Rating**: 35 (represented by a circular progress indicator)
- Backlinks**: 26K (with 30% dofollow)
- Linking websites**: 1.3K (with 46% dofollow)

There is also a link for "Top 100 backlinks" below the backlinks metric.

Рисунок К.7 – Скріншот перевірки рейтингу домену на інтернет-ресурсі Ahrefs (сайт ukrhealth.net)

Додаток Л

**Визначення узгодженості думок експертів при оцінюванні компонент рівня
якості залучення аудиторії національними вебсайтами про здоров'я
методом Каппа Флейса (фрагмент)**

Таблиця Л.1

Для вебресурсу ukrhealth.net

Компонент	0 балів	1 бал	2 бали	Сума квадратів та різниць значень	Сума квадратів та різниць значень/*(10*9)	
X ₇	0	8	2	58	0,6444444444	
X ₈	0	3	7	48	0,5333333333	
X ₉	1	8	1	56	0,6222222222	
X ₁₀	0	4	6	42	0,4666666667	
X ₁₁	0	4	6	42	0,4666666667	
X ₁₂	0	0	10	90	1	
X ₁₃	0	10	0	90	1	
X ₁₄	1	9	0	72	0,8	
X ₁₅	0	10	0	90	1	
X ₁₆	0	1	9	72	0,8	
X ₁₇	1	9	0	72	0,8	
X ₁₈	0	10	0	90	1	
X ₁₉	0	10	0	90	1	
X ₂₀	0	10	0	90	1	
					11,13333333	Сума
					0,795238095	Сума/Кількість компонент
Сума	3	96	41			
Сума/42	0,071429	2,285714	0,97619			
(Сума/42) ²	0,005102	5,22449	0,952948	6,182539683		
				Сума		
Каппа Флейса	1					

Таблиця Л.2

Для вебресурсу medicina.ua

Компонент	0 балів	1 бал	2 бали	Сума квадратів та різниць значень	Сума квадратів та різниць значень / *(10*9)			
X ₇	2	2	6	34	0,3777778			
X ₈	0	7	3	48	0,5333333			
X ₉	1	8	1	56	0,6222222			
X ₁₀	0	8	2	58	0,6444444			
X ₁₁	0	8	2	58	0,6444444			
X ₁₂	4	5	1	32	0,3555556			
X ₁₃	5	2	2	23	0,2555556			
X ₁₄	3	4	3	24	0,2666667			
X ₁₅	3	4	3	24	0,2666667			
X ₁₆	0	8	2	58	0,6444444			
X ₁₇	1	9	0	72	0,8			
X ₁₈	3	4	3	24	0,2666667			
X ₁₉	3	4	3	24	0,2666667			
X ₂₀	3	4	3	24	0,2666667			
					6,2111111	Сума		
					0,4436508	Сума / Кількість параметрів		
Сума	28	77	34					
Сума/42	0,666	1,833	0,80952					
(Сума/42) ²	0,444	3,361	0,65532	4,460884				
				Сума				
Каппа Флейса	1							

Додаток М

Рейтингові показники ресурсної забезпеченості національних систем охорони здоров'я деяких країн світу

Таблиця М.1

Забезпеченість медичними закладами

Ранг	Країна	Загальна кількість медичних закладів, од.	Кількість закладів у розрахунку на 1 млн осіб населення, од.
1	Колумбія	10635	211,12
2	Південна Корея	4020	77,74
3	Японія	8300	65,79
4	Франція	3008	44,73
5	Фінляндія	239	43,28
6	Мексика	4707	37,19
7	Німеччина	3026	36,42
8	Литва	94	33,64
9	Швейцарія	281	32,77
10	Нідерланди	568	32,75

Таблиця М.2

Забезпеченість лікарняними ліжками

Ранг	Країна	Загальна кількість лікарняних ліжок, од.	Кількість лікарняних ліжок у розрахунку на 1 тис. населення
1	Японія	1620040	12,84
2	Південна Корея	643440	12,44
3	Німеччина	657662	7,91
4	Австрія	63838	7,19
5	Угорщина	67494	6,91
6	Чехія	70225	6,58
7	Литва	17733	6,35
8	Польща	234417	6,17
9	Франція	392593	5,84
10	Словаччина	32422	5,76

Таблиця М.3

Обсяги працевлаштованого медичного персоналу

Ранг	Країна	Загальна кількість працевлаштованого медичного персоналу	Кількість працевлаштованого персоналу в розрахунку на 1 тис. населення
1	Швейцарія	220960	25,77
2	Великобританія	1543387	23,11
3	Норвегія	116709	21,82
4	Ісландія	7570	21
5	Франція	1322184	19,66
6	Канада	644045	17,13
7	Німеччина	1422000	17,11
8	Литва	43414	15,54
9	Чехія	161128	15,1
10	Нідерланди	257862	14,87

Таблиця М.4

Річний обсяг заробітної плати лікаря загальної практики

Ранг	Країна	Річний обсяг заробітної плати, дол. США
1	Ісландія	178111,32
2	Нідерланди	125192,58
3	Фінляндія	85635,35
4	Великобританія	81179,92
5	Ізраїль	78041,21
6	Іспанія	75308,31
7	Словенія	61080,79
8	Чилі	52831,58
9	Коста-Ріка	47684,65
10	Естонія	32023,65

Додаток Н

Довідки та акти впровадження результатів дослідження



**СУМСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ МІЖНАРОДНОГО СПІВРОБІТНИЦТВА
ТА ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ**

майдан Незалежності, 2, м. Суми, 40000 тел. (0542) 78-98-31, факс (0542) 78-98-30
E-mail: gue@sm.gov.ua Код ЄДРПОУ 02742148

11.09.2023 № 031/НПР

На № _____ від _____

**Голові Спеціалізованої вченої ради
Д55.051.06
Леонову С.В.**

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи Летуновської Наталії Євгенівни

Даною довідкою підтверджується, що аналітичні матеріали та науково-практичні розробки, що містяться в дисертації Летуновської Н.Є. на тему: «Методологічні засади забезпечення здорового розвитку національної економіки», мають явну практичну цінність для виконання поточних завдань Стратегії регіонального розвитку Сумської області на 2021-2027 роки (у частині пункту 3.1). Тематика дослідження є актуальною, а завдання дисертаційної роботи є важливими в умовах реалізації кроків із досягнення основних пріоритетів національної економіки, серед яких є забезпечення населення доступною високоякісною медичною допомогою, що є критерієм підвищення якості життя та необхідною складовою розвитку людського потенціалу.

Необхідно відмітити ряд отриманих результатів досліджень у дисертаційній роботі. Так, авторкою емпірично доведено наявність коінтеграційних зв'язків між рівнем здоров'я регіону та його конкурентоспроможністю, що в подальшому формує підґрунтя для виокремлення напрямів зростання регіональної економіки як складової національної. Серед напрацьованих дисертаційної роботи заслугує на увагу авторський підхід до визначення рівня здорового розвитку національної економіки, який містить не лише демографічні та суто медичні індикатори, але й враховує превентивні, інформаційні та поведінкові детермінанти, що дозволяє комплексно врахувати всі аспекти розвитку національної економіки та обґрунтувати відповідні орієнтири політики розбудови безпечного та здорового середовища проживання населення.

Додатковою перевагою дисертаційної роботи слід відзначити запропоновані авторкою інструменти промоції бізнесу в сфері здорової продукції, а також заходи з просування українського бренду експортера товарів та послуг у сфері здоров'я, що створюють можливості для формування сприятливого бізнес-середовища в регіоні та ефективній зайнятості населення.

Пропозиції авторки можуть бути враховані в рамках реалізації заходів, викладених у Програмі економічного і соціального розвитку Сумської області на 2024 рік.

**Тимчасово виконуючий
обов'язки директора**



Віктор НІКОЛЕНКО



Сумська міська рада
ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ

40000, м. Суми, майдан Незалежності, 2, тел. (0542) 70-05-60

05.09.2023

№ 1318/0302-08

на _____ від _____

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційної роботи
Летуновської Наталії Євгенівни**

Розгляд матеріалів дисертаційної роботи Летуновської Наталії Євгенівни на тему «Методологічні засади забезпечення здорового розвитку національної економіки», поданої на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук за спеціальністю 08.00.03 – економіка та управління національним господарством, засвідчили високий рівень теоретичної та практичної значущості проведеного дослідження. Слід відмітити, що напрашування та висновки дисертаційної роботи щодо формування заходів із забезпечення здорового розвитку національної економіки будуть враховані при корегуванні та імплементації плану заходів Стратегії розвитку міста Суми до 2030 року в рамках трансформаційних процесів із покращення якості життя населення міста.

Зокрема, заслуговує на увагу здійснене авторкою емпіричне обґрунтування впливу поведінкових патернів населення на спроможність країни до нівелювання негативного впливу дестабілізуючих факторів у сфері громадського здоров'я. Це дає можливість формувати дієву систему інструментів та каналів комунікації з основними стейкхолдерами національної економіки для промоції та адвокації здоров'я. Також цінним доробком дисертації є розроблені методологічні засади кластеризації регіонів з визначенням показника рівня здоров'я у відповідному кластері. Це дозволить обґрунтувати домінантні орієнтири регіональної та міської політик у сфері здорового розвитку. Крім того, визначені індикатори ефективності імплементації сформованої дорожньої карти здорового розвитку національної економіки можуть бути використані для корегування інструментів реалізації завдань, закріплених Стратегією розвитку міста Суми до 2030 року.

Керуючий справами виконавчого
комітету Сумської міської ради

Юлія ПАВЛИК



СУМСЬКА ОБЛАСНА РАДА
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
«РЕГІОНАЛЬНИЙ КЛІНІЧНИЙ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГІЧНИЙ
МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР»

вул. Торонівська, 6, смт. Степанівка, Сумський район, Сумська область, 42304
 факс/тел. 69-95-27 e-mail: mjo.sumy@gmail.com, код ЄДРПОУ 02000292

17.08.23 № 914/1

на № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи кандидата економічних наук, доцента кафедри маркетингу Сумського державного університету Летуновської Наталії Євгенівни, подану на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук за спеціальністю 08.00.03 – економіка та управління національним господарством

Результати наукового дослідження Летуновської Н. Є. на тему «Методологічні засади забезпечення здорового розвитку національної економіки» мають науково-практичне значення в процесі організації національної лікувально-профілактичної роботи мережі закладів системи охорони здоров'я. Подані дисертанткою пропозиції щодо шляхів підвищення рівня поінформованості громадськості з питань профілактики захворювань, відповідального ставлення до власного здоров'я та своєчасного лікування вже існуючих хвороб можуть бути використаними при формуванні комунікаційної стратегії з питань профілактики туберкульозу серед вразливих верств населення.

Заслуговує на увагу розроблена концентрична модель маркетингу здорового розвитку національної економіки, а саме інструменти впливу на ключових стейкхолдерів, імпадна та просвітницько-культурна стратегії у системі охорони здоров'я; система заходів вирішення існуючих недоліків національної комунікаційної політики в сфері протидії поширенню захворюваності серед населення. Підтверджуємо, що наукові та практичні результати дисертаційної роботи, отримані Летуновською Н. Є., є актуальними та можуть застосовуватися в процесі реалізації заходів із посилення комунікаційної стратегії КНП Сумської обласної ради «Регіональний клінічний фтизіопульмонологічний медичний центр».

Директор
 КНП СОР «Регіональний клінічний
 фтизіопульмонологічний
 медичний центр»



Леонід БОНДАРЕНКО



ДОВІДКА про впровадження результатів дисертаційної роботи Летуновської Наталії Євгенівни

Аналіз дисертаційної роботи Летуновської Н. Є. на тему «Методологічні засади забезпечення здорового розвитку національної економіки», поданої на здобуття наукового рівня доктора наук за спеціальністю 08.00.03 – економіка та управління національним господарством, засвідчив високий науковий рівень та важливість її висновків для розвитку медичної системи та національної економіки в цілому. Необхідність нарощення потенціалу національної економіки протистояти викликам у сфері здоров'я, забезпечення достатнього обсягу фінансових ресурсів для підвищення рівня здорового розвитку національної економіки, впровадження маркетингової стратегії з метою промоції здорового способу життя обґрунтовує актуальність теми дослідження. Отримані результати, що стосуються визначення ефективних інструментів забезпечення здорового розвитку національної економіки, можуть бути використані в діяльності КНП Сумської обласної ради «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань».

Особливу наукову цінність становить проведений дисертанткою аналіз щодо характеру зв'язків між поведінковими патернами населення та вразливістю національної економіки до ризиків у сфері громадського здоров'я, який разом із пропозиціями Летуновської Н. Є. щодо формування пріоритетів та першочергових заходів з реалізації просвітницьких та інформаційних кампаній з питань попередження розповсюдження соціально небезпечних захворювань може бути імplementований у поточну діяльність КНП Сумської обласної ради «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань» при реалізації програмних заходів із профілактики захворювань, на яких спеціалізується центр.

Виконуючий обов'язки директора



Тарас ЗЛИДЕННИЙ

КОД ЄДРПОУ 41983514
40007, Україна, м.Суми,
вул. Покровська 9/1, 213,
тел. +38 (050) 973-65-25
тел. +38 (050) 260-39-95



Registry code is 41983514
9/1 Pokrovska street, app.213,
Sumy, Ukraine, 40007
Phone: +38 (050) 973-65-25
Phone: +38 (050) 260-39-95

№154-2 від 24.05.2023 р.

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційної роботи
Летуновської Наталії Євгенівни
на тему «Методологічні засади забезпечення здорового
розвитку національної економіки»

Результати вивчення основних положень дисертаційної роботи Летуновської Н. Є. на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук за спеціальністю 08.00.03 – економіка та управління національним господарством, дозволили зробити висновок про можливість їх використання в діяльності ГО «Центр освіти впродовж життя». Зважаючи на те, що на сьогодні освіта в галузі здоров'я визначається одним із пріоритетних напрямів національного розвитку, окреслена тематика дисертаційної роботи є актуальною та практично значимою.

У запропонованій авторкою дорожній карті здорового розвитку національної економіки ключовим стратегічним напрямком є формування здорового способу життя як створення умов для стабілізації фізичного та психоемоційного стану людини (холістичний підхід), що відповідає сучасній концепції розвитку особистості. Виконані дисертанткою аналітичні розрахунки щодо ефективності впливу різних інструментів маркетингових комунікацій на цільову аудиторію, зокрема залежно від її обізнаності про екологічне маркування, дозволяють у подальшому більш ефективно планувати кампанії з промоції освіти в сфері здоров'я впродовж життя. Розроблені Летуновською Н. Є. теоретичні та практичні рекомендації можуть бути використані при розбудові національної системи освіти впродовж життя для підвищення кваліфікації медичних кадрів та поінформованості населення про здоровий спосіб життя.

Виконавчий директор
ГО «Центр освіти впродовж життя»



Г. О. Швіндіна

09.06.2023 р. №114

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційної роботи
Летуновської Наталії Євгенівни

Розгляд матеріалів дисертаційної роботи Летуновської Наталії Євгенівни на тему «Методологічні засади забезпечення здорового розвитку національної економіки», поданої на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук за спеціальністю 08.00.03 – економіка та управління національним господарством, засвідчили високий рівень теоретичної та практичної значимості проведеного дослідження. Важливою умовою реалізації основних пріоритетів щодо підвищення конкурентоспроможності міста Суми є нарощування його туристичного потенціалу. Враховуючи актуальність та необхідність формування сильного туристичного бренду міста Суми, однією зі складових якого є його сфера здоров'я, своєчасною та доречною є тема дисертаційної роботи, у якій основним завданням є обґрунтування стратегічних напрямків забезпечення здорового розвитку країни в контексті підвищення її конкурентоспроможності в довгостроковій перспективі.

Практичну цінність становлять розробки дисертантки щодо рекомендованих складових атрактивної стратегії промоції туристичних локацій країни, унікальних рекреаційних зон, медичного туризму. Крім того, вагомим напрацюванням авторки є розроблений науково-методичний підхід до визначення рівня довіри до інструментів маркетингових комунікацій для поінформування ключових стейкхолдерів щодо проєктів у сфері здоров'я, що можуть бути враховані в діяльності Комунальної установи «Агенція промоції «Суми»».

Директор
 КУ «Агенція промоції «Суми»»



Ю. О. Левченко

ЗАТВЕРДЖУЮ
 проректор з науково-педагогічної роботи
 Інна ШКОЛЬНИК
 "15" квітня 2023 р.

АКТ

впровадження (використання) результатів
 дисертаційної роботи у навчальний процес

Дисертаційна робота Летуновської Наталії Євгенівни на тему «Методологічні засади забезпечення здорового розвитку національної економіки»

яка виконана в період з 01 жовтня 2020 р. по 30 березня 2023 р.

розроблено науково-методичний інструментарій комплексного оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки, що базується на вивченні окремих компонентних детермінант країни, що дозволило оцінити інтегральний рівень здорового розвитку національної економіки та виявити тенденції змін складових здоров'я в країні

Здобувач наукового ступеня

Летуновська Наталія Євгенівна

Комісія в складі:

Голова комісії: голова ради з якості інституту/факультету

Олексій ЗАХАРКІН

Члени комісії: гарант освітньої програми «Маркетинг»

Людмила САГЕР

завідувач кафедри маркетингу

Олексій ЛЮЛЬОВ

гарант освітньої програми «Менеджмент»

Каріна ТАРАНЮК

завідувач кафедри управління імені О. Балацького

Ігор РЕКУНЕНКО

Встановила, що результати дисертаційного дослідження використовуються в навчальному процесі за освітніми програмами «Маркетинг» та «Менеджмент» освітнього ступеня бакалавр спеціальностей 075 Маркетинг та 073 Менеджмент. Зокрема, розроблені в дисертаційній роботі Летуновської Н. Є. теоретико-методологічні, науково-методичні та практичні положення впроваджені в навчальний процес з наступних дисциплін: «Поведінка споживача», «Прогнозування в маркетингу», «Економічна політика та державне регулювання». Видано підручник «Маркетинг у цифровому середовищі» з розглядом кейсів щодо інтернет-просування продукції виробників сегменту здорової продукції. Застосування результатів дисертаційної роботи дало змогу адаптувати вказані дисципліни до умов сучасних трансформаційних процесів в соціально-економічному середовищі України, поглибити теоретико-методичні основи викладання цих дисциплін та підвищити якість підготовки фахівців з економічних спеціальностей.

"15" квітня 2023 р.

Голова комісії: _____

Олексій ЗАХАРКІН

Члени комісії: _____

Людмила САГЕР

Олексій ЛЮЛЬОВ

Каріна ТАРАНЮК

Ігор РЕКУНЕНКО

With the support of the
Erasmus+ Programme
of the European Union



№ 1 від 10.09.2022

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційної роботи на тему
«Методологічні засади забезпечення здорового розвитку національної
економіки» Наталії ЛЕТУНОВСЬКОЇ

Довідкою підтверджується, що результати дослідження, що викладені в дисертаційній роботі дисертанта ЛЕТУНОВСЬКОЇ Наталії використано при реалізації міжнародного грантового проекту за програмою Жана Моне (Еразмус+) Jean Monnet Module 101047530 – HEPE4U – ERASMUS-JMO-2021-HEI-TCH-RSCH «Healthy economy and policy: Values for Ukraine» та його результати впроваджені в навчальний процес. Так, використано напрацювання дисертанта щодо:

– механізму реалізації здорового підходу в регіональному розвитку HE з урахуванням загальноєвропейських принципів, викладених у EU Cohesion Policy та EU4Health 2021-2027 та включено в навчальний модуль «Healthy regional development: Best EU practices»;

– селекції моделей поведінки споживачів у сегменті здорової продукції з визначенням конфігурації критеріїв вибору продукту та інструментів маркетингового впливу для виокремлених моделей споживчої поведінки, що включені в модуль «Healthy consumer behavior and motivation: EU & Ukraine».

Керівник
Jean Monnet Module

Людмила САГЕР

Додаток П

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧКИ

Монографії

1. Летуновська Н. Є., Височина А. В., Росохата А. С. Основні детермінанти формування ефективної системи медико-соціального забезпечення населення: компаративний аналіз. *Вплив COVID-19 на національну безпеку, соціально-економічне середовище країни та здоров'я населення: монографія* / за заг. ред. Височиної А. В., Летуновської Н. Є. Суми : Сумський державний університет, 2022. С. 14-21. (0,33 друк. арк.). *Особистий внесок: визначені основні детермінанти формування ефективної системи медико-соціального забезпечення населення в умовах дії факторів дестабілізації* (0,14 друк. арк.).

2. Летуновська Н. Є., Височина А. В., Сміянов В. А., Мінченко М. Г. Теоретико-емпіричний аналіз впливу видатків на охорону здоров'я на національну безпеку та макроекономічну стабільність. *Вплив COVID-19 на національну безпеку, соціально-економічне середовище країни та здоров'я населення: монографія* / за заг. ред. Височиної А. В., Летуновської Н. Є. Суми : Сумський державний університет, 2022. С. 21-31. (0,4 друк. арк.). *Особистий внесок: змодельовано вплив загальних державних видатків на охорону здоров'я на рівень смертності населення* (0,15 друк. арк.).

3. Letunovska N. Energy-efficiency of the EU countries: on the way to a healthy region. *Circular and carbon-free economy: road map for harmonizing national and European standards for energy market* / edited by T. Pimonenko, O. Lyulyov, N. Letunovska : monograph. Szczecin: Centre of Sociological Research, 2021. P. 45-83 (1,36 друк. арк.).

4. Letunovska N., Rosokhata A., Saher L. Population health as a determinant of the level of regional development: examples of marketing programs to support a healthy lifestyle. *National health as a determinant of sustainable development of society* (Editors: N. Dubrovina, S. Filip) : monograph. School of Economics and

Management in Public Administration in Bratislava, 2021. P. 527-539 (0,53 друк. арк.). *Особистий внесок: здійснено компаративний аналіз маркетингових підходів до промоції здорового способу життя (0,18 друк. арк.).*

5. Letunovska N., Vasilyeva T., Lyeonov S. *Modeling and forecasting the impact of the COVID-19 pandemic on socio-economic development*. Poland: Centre of Sociological Research, 2020. 145 p. (6,31 друк. арк.). *Особистий внесок: виявлено основні канали прояву наслідків дії фактору дестабілізації – пандемії COVID-19 на національний соціально-економічний розвиток (4,98 друк. арк.).*

6. Летуновська Н. Є., Шевлюга О. Г. Оцінювання інноваційної активності країн Прибалтики, Казахстану та України на основі показників та рейтингів. *Випереджаючий інноваційний розвиток: теорія, методика, практика* : монографія / за ред. Ілляшенко Н.С. Суми : Триторія, 2018. С. 60-73 (0,62 друк. арк.). *Особистий внесок: формалізовано інноваційні показники складових інтегрального рівня конкурентоспроможності регіонів країни (0,56 друк. арк.).*

Публікації у зарубіжних наукових виданнях

7. Letunovska N., Kuzmenko O., Lyeonov S., Kashcha M., Strielkowski W. Impact of COVID-19 on the national development of countries: Implications for the public health. *PLoS ONE* (Scopus, Web of Science та ін.). 2023. № 18 (3 March). e0277166 (1,25 друк. арк.). *Особистий внесок: систематизовано наслідки COVID-19 як дестабілізуючого фактору національної економіки на параметри добробуту в країні, фінансово-бюджетне та політико-інституційне середовища (0,5 друк. арк.).*

8. Letunovska N., Kashcha M., Dluhopolskyi O., Lyeonov S., Artyukhova N., Gasior M., Sak-Skowron M. Health risks and country sustainability: the impact of the COVID-19 pandemic with determining cause-and-effect relationships and their transformations. *Sustainability* (Scopus, Web of Science та ін.). 2023. № 15 (1). 222 (1,25 друк. арк.). *Особистий внесок: досліджено типи моделей систем медико-соціального забезпечення та їх резильєнтність до впливу пандемії коронавірусу (0,4 друк. арк.).*

9. Letunovska N., Saher L., Syhyda L., Yevdokymova A. Analysis of health care system development in the regions amidst the economic inclusiveness and social determinants of health. *WSEAS Transactions on Environment and Development*. (Scopus та ін.). 2023. № 19. P. 163-173 (0,56 друк. арк.). *Особистий внесок: розвинуто методологічні засади оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки (0,25 друк. арк.).*

10. Letunovska N., Abazov R., Chen Y. Framing a regional spatial development perspective: the relation between health and regional performance. *Virtual Economics* (Scopus та ін.). 2022. № 5 (4). P. 87-99 (0,77 друк. арк.). *Особистий внесок: визначено вплив рівня здорового розвитку регіонів на їх конкурентоспроможність (0,55 друк. арк.).*

11. Letunovska N., Vasilyeva T., Kuzmenko O., Kuryłowicz M. Neural network modeling of the economic and social development trajectory transformation due to quarantine restrictions during COVID-19. *Economics and Sociology* (Scopus, Web of Science та ін.). 2021. № 14 (2). P. 313-330 (0,97 друк. арк.). *Особистий внесок: оцінено зміну показників розвитку національної економіки при пандемії COVID-19 (0,6 друк. арк.).*

12. Letunovska N., Kwilinski A., Dzwigol H., Lyulyov O., Pimonenko T. Sustainable tourism for the green economy. *Virtual Economics* (Scopus та ін.). 2021. № 4 (4). P. 33-51 (0,48 друк. арк.). *Особистий внесок: визначено особливості просування туристичних послуг у рамках реалізації атрактивної маркетингової стратегії здорового розвитку національної економіки (0,3 друк. арк.).*

13. Letunovska N., Teletov A., Teletova S., Lazorenko V. Innovations in online advertising management of Ukrainian business entities. *International Journal of Advanced Trends in Computer Science and Engineering* (Google Scholar та ін.). 2020. № 9 (1.2). P. 272-279 (0,93 друк. арк.). *Особистий внесок: розроблено науково-методологічний підхід до оцінювання рівня якості залучення цільової аудиторії вебресурсами сфери здоров'я (0,65 друк. арк.).*

14. Letunovska N., Lyulyov O., Pimonenko T., Stoyanets N. Sustainable development of agricultural sector: democratic profile impact among developing countries. *Research in World Economy* (Scopus та ін.). 2019. № 10 (4). P. 97-105 (0,9 друк. арк.). *Особистий внесок: визначено основні складові ринку здорової продукції як драйвера здорового розвитку національної економіки (0,4 друк. арк.).*

Публікації в наукових фахових виданнях України

15. Letunovska N., Demchyshak N., Minchenko M., Kriskova P., Kashcha M., Volk A. Management of country's social brand under conditions of uncertainty in the health domain. *Marketing and Management of Innovations* (Web of Science та ін.). 2023. № 14(2). P. 10-18 (0,62 друк. арк.). *Особистий внесок: обґрунтовано вплив пандемії коронавірусу на бренд країни (0,3 друк. арк.).*

16. Letunovska N., Boliukh V. Countries' vulnerability to COVID-19 depending on the health behaviour patterns of the population. *Health Economics and Management Research* (Index Copernicus та ін.). 2023. № 1. P. 103-112 (0,63 друк. арк.). *Особистий внесок: визначено вплив патернів поведінки населення на резильєнтність національної економіки в умовах дії факторів дестабілізації (0,5 друк. арк.).*

17. Letunovska N. Ye., Kazymirova V. O. Using marketing techniques to promote healthy lifestyle among various segments of people. *Інфраструктура ринку* (Index Copernicus та ін.). 2023. № 72 (0,37 друк. арк.). *Особистий внесок: описано компоненти концентричної моделі маркетингу здорового розвитку національної економіки (0,28 друк. арк.).*

18. Letunovska N., Kobushko Ia., Khrystii V. Basic determinants of effective health institutions management as an element of social and medical provision in a region. *Управління змінами та інновації* (Index Copernicus та ін.). 2022. № 3. P. 33-38 (0,54 друк. арк.). *Особистий внесок: запропоновані заходи щодо покращання маркетингової діяльності закладів охорони здоров'я (0,35 друк. арк.).*

19. Letunovska N., Koroshchenko V. The impact of the COVID-19 on the marketing activities of medical institutions. *Економіка та суспільство* (Index Copernicus та ін.). 2022. № 40 (0,83 друк. арк.). *Особистий внесок: описано інформаційні кампанії промоції здорового способу життя (0,6 друк. арк.).*

20. Letunovska N., Offei F.A. Influence of ICT on effectiveness of inventory control in the public sector on the way to healthy green development in conditions of uncertainty. *Проблеми і перспективи економіки та управління* (Google Scholar та ін.). 2022. № 1. Р. 49-57 (0,6 друк. арк.). *Особистий внесок: обґрунтовано вплив інформаційно-комунікаційних технологій на здоровий розвиток національної економіки (0,3 друк. арк.).*

21. Летуновська Н. Є. Система медико-соціального забезпечення населення та її роль в підтриманні національної та регіональної безпеки: кластеризація наукових досліджень. *Вісник Сумського державного університету. Серія «Економіка»* (Google Scholar та ін.). 2022. № 2. С. 36-49 (0,66 друк. арк.).

22. Летуновська Н. Є., Каща М. О. Торгівля фармацевтичною продукцією в європейському регіоні: зміни тенденцій під впливом пандемії COVID-19. *Ефективна економіка* (Index Copernicus та ін.). 2022. № 11 (0,7 друк. арк.). *Особистий внесок: розроблено інструментарій до прогнозування зміни рівня внутрішньогалузевої торгівлі фармацевтичної галузі національної економіки (0,4 друк. арк.).*

23. Letunovska N. Ye. Feedback from customers of healthy products: strategy of marketing actions in the offline and online environment. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі* (Index Copernicus та ін.). 2021. № 1 (102). С. 82-89 (0,56 друк. арк.).

24. Letunovska N., Yashkina O., Saher L., Alkhashrami F. A., Nikitin Yu. Analysis of the model of consumer behavior in the healthy products segment as a perspective for the inclusive marketing development. *Marketing and Management of Innovations* (Web of Science та ін.). 2021. № 4. Р. 20-35 (1,08 друк. арк.).

Особистий внесок: класифіковано моделі поведінки споживачів у сегменті здорової продукції національної економіки (0,65 друк. арк.).

25. Летуновська Н. Є. Рівень здоров'я та фактори, що впливають на позицію регіону за цим показником у рейтингах. *Бізнес Інформ* (DOAJ та ін.). 2021. № 6. С. 127-136 (0,4 друк. арк.).

26. Летуновська Н. Є. Розвиток регіонів: від моделі економічного зростання до моделі здорової смарт-спеціалізації. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія «Економіка та управління»* (Index Copernicus та ін.). 2021. Том 32(71), № 4. С. 87-94 (0,45 друк. арк.).

27. Летуновська Н. Є., Сагер Л. Ю., Назаренко А. П. Система забезпечення громадського здоров'я в умовах інклюзивного зростання регіону. *Вісник Сумського державного університету. Серія «Економіка»* (Google Scholar та ін.). 2021. № 2. С. 165-171 (0,24 друк. арк.). *Особистий внесок: проаналізовано профілі громадського здоров'я регіонів (0,14 друк. арк.).*

28. Летуновська Н., Росохата А., Макерська В., Кропива В. Поведінка споживачів у цифровому середовищі під впливом пандемії COVID-19: важливість фактору здоров'я та прозорості бізнесу. *Вісник економіки* (Index Copernicus та ін.). 2021. № 3. С. 98-109 (0,36 друк. арк.). *Особистий внесок: проаналізовано зміну поведінки споживачів у цифровому середовищі під впливом пандемії коронавірусу (0,18 друк. арк.).*

29. Летуновська Н. Є. Маркетингові компоненти регіонального середовища в системі забезпечення здоров'я. *Вісник Черкаського національного університету ім. Б. Хмельницького. Серія «Економічні науки»* (Google Scholar та ін.). 2021. № 4. С. 21-32 (0,58 друк. арк.).

30. Letunovska N., Rosokhata A., Saher L., Lazorenko V. Health threats in the European region and their economic impact: lessons for Ukraine. *Economics and Region* (Index Copernicus та ін.). 2020. № 3 (78). P. 70-77 (0,45 друк. арк.). *Особистий внесок: обґрунтовано змістовну сутність здорового розвитку національної економіки (0,15 друк. арк.).*

31. Letunovska N. Ye., Saher L.Yu., Nazarenko A. P. Comparison of Ukraine and the EU on key indicators of a healthy economy. *Механізм регулювання економіки* (Google Scholar та ін.). 2020. № 3. Р. 134-141 (0,21 друк. арк.). *Особистий внесок: побудовано ретроспективні портрети здорового розвитку національної економіки (0,11 друк. арк.).*

32. Letunovska N., Rosokhata A., Jasnikowski A., Moiseienko D. Marketing services MIX for healthy territories: Europe – Ukraine features. *Економічний простір* (Index Copernicus та ін.). 2020. № 162. Р. 13-19 (0,63 друк. арк.). *Особистий внесок: обґрунтовано концепти маркетингу здорового розвитку національної економіки (0,3 друк. арк.).*

33. Летуновська Н. Є., Рибіна О. І. Порівняння та прогнозування детермінант формування здорового регіону. *Ефективна економіка* (Index Copernicus та ін.). 2020. № 4 (0,61 друк. арк.). *Особистий внесок: сформовано методологічний підхід до кластеризації регіонів залежно від узгодженості та збалансованості складових здорового розвитку (0,45 друк. арк.).*

34. Летуновська Н. Є., Васильєва Т. А., Сміянов В. А. Пандемія COVID-19 як кризоформуєчий фактор здорового розвитку регіонів. *Вісник Сумського державного університету. Серія «Економіка»* (Google Scholar та ін.). 2020. № 3. С. 191-198 (0,44 друк. арк.). *Особистий внесок: визначено принципи забезпечення здорового розвитку національної економіки в умовах дії факторів дестабілізації (0,3 друк. арк.).*

35. Летуновська Н. Є., Рибіна О. І., Кужьор А. Соціально-відповідальний маркетинг як спосіб підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання. *Механізм регулювання економіки* (Google Scholar та ін.). 2020. № 1. С. 86-96 (0,4 друк. арк.). *Особистий внесок: досліджено особливості впровадження маркетингових стратегій у процесі формування та реалізації політики здорового розвитку національної економіки в ланцюзі «держава – регіон – бізнес» (0,25 друк. арк.).*

36. Летуновська Н. Є., Телетов О. С. Інноваційно-маркетингові перспективи в умовах створення сільських територіальних громад. *Вісник*

Сумського національного аграрного університету. Серія «Економіка і менеджмент» (Google Scholar та ін.). 2018. № 6 (76). С. 71-76 (0,58 друк. арк.).
Особистий внесок: описано концепцію маркетингу здорового розвитку національної економіки на різних рівнях (0,4 друк. арк.).

37. Letunovska N., Voda H., Kadurina S., Tsunenکو S. Peculiarities of innovations implementation on the Ukrainian brand example. Галицький економічний вісник (Index Copernicus та ін.). 2020. № 2 (63). Р. 45-55 (0,74 друк. арк.).
Особистий внесок: описано маркетингові інструменти розвитку національного бренду країни як експортера товарів та послуг у сфері охорони здоров'я (0,6 друк. арк.).

38. Летуновська Н. Є., Сагер Л. Ю., Сигида Л. О. Формування стратегії випереджального інноваційного розвитку в умовах індустрії 4.0. *Економічний аналіз* (Index Copernicus та ін.). 2019. Том 29, № 2. С. 53-61 (0,44 друк. арк.).
Особистий внесок: обгрунтовано складові маркетингу здорового розвитку національної економіки в диджитал-середовищі (0,24 друк. арк.).

Публікації в інших наукових виданнях України

39. Letunovska N., Vasiliev Yu., Syhyda L., Tambovceva T., Khaba A., Honcharova K. Health care in rural areas in Ukraine: current business processes and prospects. *Health Economics and Management Review* (Google Scholar та ін.). 2021. № 2 (3). Р. 113-123 (0,63 друк. арк.).
Особистий внесок: визначено рівень задоволеності населення якістю та доступністю медичних послуг (0,37 друк. арк.).

40. Letunovska N., Kwilinski A., Kaminska B. Scientific research in the health tourism market: a systematic literature review. *Health Economics and Management Review* (Google Scholar та ін.). 2020. № 1. Р. 8-19 (0,65 друк. арк.).
Особистий внесок: проведено бібліометричний аналіз маркетингу здорового розвитку національної економіки (0,48 друк. арк.).

Тези доповідей на наукових конференціях

41. Letunovska N., Koroshchenko V. Marketing innovations in the activities of medical institutions under the influence of COVID-19. *Цифрові трансформації та*

інноваційні технології в економіці: виклики, реалії, стратегії : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 17-19 червня 2022 р. Суми : Сумський державний університет, 2022. С. 29-30 (0,13 друк. арк.). *Особистий внесок: досліджено трансформацію каналів комунікації стейкхолдерів національної економіки під час пандемії COVID-19 (0,9 друк. арк.).*

42. Letunovska N., Zakharchenko V. Innovative marketing tools for prevention threats in the health sector. *Socio-economic challenges* : proceedings of the International Scientific and Practical Conference, November 14-15, 2022. Sumy : Sumy State University, 2022. P. 164-168 (0,17 друк. арк.). *Особистий внесок: описано компоненти маркетингу у сфері громадського здоров'я (0,12 друк. арк.).*

43. Летуновська Н. Є. Індикатори прояву наслідків COVID-19 в регіоні. *Економічна безпека: держава, регіон, підприємство* : Матеріали Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції, 29 вересня 2022 р. Полтава: НУПП, 2022. С. 174-176 (0,07 друк. арк.).

44. Летуновська Н. Є., Павленко М. С. Вплив COVID-19 на сферу електронно-комунікаційних послуг. *«Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень»*: матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції аспірантів і студентів, 17 травня 2022 р. Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2022. С. 279-281 (0,08 друк. арк.). *Особистий внесок: проаналізовано інструментарій оцінювання контенту вебресурсів у сфері охорони здоров'я (0,05 друк. арк.).*

45. Letunovska N., Saher L., Vasylieva T., Lieonov S. Dependence of public health on energy consumption: a cross-regional analysis. *1st Conference on Traditional and Renewable Energy Sources: Perspective and Paradigms for the 21st Century*, 2021. Vol. 250, 04014 (0,32 друк. арк.). *Особистий внесок: досліджено зв'язки між індикаторами розвитку національної економіки та рівнем її здорового розвитку (0,12 друк. арк.).*

46. Letunovska N. Ye., Nazarenko A. P. Medical content marketing for promotion healthcare services in a region. *Економічний розвиток держави, регіонів і підприємств: проблеми та перспективи* : матеріали IV Міжнародної

науково-практичної інтернет-конференції молодих учених, 28-29 квітня 2021 р. Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2022. С. 114-116 (0,08 друк. арк.).
Особистий внесок: досліджено особливості та інструментарій медичного контент-маркетингу (0,05 друк. арк.).

47. Letunovska N., Khomenko L., Saher L., Jasniewski A. Segmentation as a base for digital marketing strategies in blood service: A cluster analysis for classifying healthy regional subjects. *E3S Web Conf. International interdisciplinary Scientific Conference «Digitalisation and Sustainability for Development Management: Economic, Social, and Ecological Aspects»*, 2021. 03001 (0,64 друк. арк.).
Особистий внесок: здійснено класифікацію стейкхолдерів національної економіки за способом життя (0,15 друк. арк.).

48. Летуновська Н. Є. Маркетинг оздоровлення: розвиток спеціалізованих напрямків туризму в регіоні. *Актуальні проблеми маркетингового менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки* : матеріали VIII Міжнародної наук.-практ. конф. здобувачів та молодих вчених, 26 березня 2021 р. Луцьк : ІВВ Луцького НТУ, 2021. С. 228-229 (0,1 друк. арк.).

49. Летуновська Н. Є., Росохата А. С., Кропива В. В. Тренди інтернет-маркетингу в оздоровчій галузі. *Актуальні проблеми теорії менеджменту, маркетингу та фінансів : наукові ідеї та механізми реалізації* : Матеріали всеукраїнської наукової конференції. Покровськ : ДВНЗ «ДонНТУ», 2021. С. 195-197 (0,1 друк. арк.).
Особистий внесок: обґрунтовано цифрові маркетингові стратегії здорового розвитку національної економіки (0,05 друк. арк.).

50. Летуновська Н. Є. Дослідження трендів здорового маркетингу. *Маркетинг : виклики та рішення* : матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції, 21 квітня 2021 р. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2021. С. 60-61 (0,14 друк. арк.).

51. Letunovska N. Ye. Marketing innovations in the tourism product of the sphere of health and treatment. *Маркетинг XXI століття : виклики змін* : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 8-10 жовтня 2020 р. Харків: ХДУХТ. С. 142-143 (0,09 друк. арк.).

52. Letunovska N. Challenges for the health components of a region in the context of globalization. *Socio-economic challenges* : Proceedings of the International Scientific and Practical Conference, November 3-4, 2020. Sumy: Sumy State University, 2020. P. 312-316 (0,19 друк. арк.).

53. Letunovska N., Rosokhata A., Jasnikowski A. Current issues of a healthy economy in the region: marketing aspects. *Conference proceedings of the 3rd International Scientific Conference «Economic and Social-Focused Issues of Modern World*, 17-18 November 2020. Bratislava: The School of Economics and Management in Public Administration in Bratislava, 2020. P. 41-43 (0,12 друк. арк.).
Особистий внесок: обґрунтовано місце маркетингу у вирішенні питань громадського здоров'я в країні (0,04 друк. арк.).

54. Letunovska N., Saher L. Compatibility between the concepts of healthy region and regional health: comparison of values in Ukraine and other countries of the European region. *Innovation, Social and Economic Challenges* : Proceedings of the International Scientific Online Conference, December 1-3, 2020). Sumy: Sumy State University, 2020. P. 33-34. (0,1 друк. арк.).
Особистий внесок: здійснено типологізацію підходів до оцінювання рівня здорового розвитку національної економіки (0,05 друк. арк.).